



Faculté de médecine et médecine dentaire

Master complémentaire en médecine
générale

TRAVAIL DE FIN D'ÉTUDES

**Prescrire ou ne pas prescrire : étude qualitative sur
l'expérience de médecins généralistes molenbeekoïses dans
l'antibiothérapie des infections des voies respiratoires
supérieures courantes**

KERMOUNI Younes

Année académique : 2022-2023

Promoteur : Dr MOHYI TEMSAMANI Souhaïb

Ce travail de fin d'études n'aurait pas vu le jour sans de nombreuses personnes que je souhaite remercier.

Tout d'abord les médecins interviewés qui ont donné de leur temps et de leur énergie, dont je ne peux citer le nom pour des raisons de confidentialité.

Ensuite, je suis très reconnaissant envers mon promoteur Dr MOHYI TEMSAMANI Souhaïb, pour son aide, ses nombreuses astuces et sa supervision.

Enfin, mes pensées vont à mes collègues, amis et à ma famille proche, qui m'ont toujours soutenu et encouragé.

Table des matières

Abstract	5
Introduction	6
Etat des lieux	7
En chiffres	7
Implications individuelles et collectives	8
Législation.....	8
Problématique.....	8
Questionnement	10
Méthodologie	11
Recrutement et sélection des candidats	11
Mode opératoire	12
Analyse	13
Résultats	14
Echantillon	14
Processus décisionnel de prescription d'antibiothérapie dans les IVRS	14
1) Les critères anamnestiques	15
2) Les éléments sémiologiques.....	19
3) Les facteurs non cliniques.....	21
4) Le choix de l'antibiothérapie	25
Les autres thématiques subsidiaires	29
Discussion	33
Les recommandations de bonne pratique.....	33
Les autres études sur la question	35
Forces et faiblesses de notre étude qualitative.....	37
Perspectives.....	38
Conclusions.....	39
Bibliographie	40

Abstract

Introduction : Les infections des voies respiratoires supérieures sont un groupe de pathologies fréquentes en médecine générale. Elles sont classées parmi les premiers diagnostics pour lesquels les antibiotiques sont prescrits. Cette étude a voulu décrire le comment de la décision qui sous-tend une éventuelle prescription d'antibiothérapie dans ces infections, en identifiant des facteurs à la prescription. Le focus a été porté sur la médecine générale bruxelloise en particulier dans la commune de Molenbeek-Saint-Jean.

Méthodologie : Etude qualitative menée auprès de dix médecins généralistes molenbeekoïses, de profils différents, qui ont été interviewés lors d'entretiens semi-dirigés enregistrés et retranscrits par la suite.

Résultats : Le processus décisionnel de potentielle prescription est complexe, personnel et très souvent multifactoriel. Les généralistes intègrent dans leur raisonnement aussi bien des critères cliniques que non cliniques. D'une part, ont été retrouvés des critères anamnestiques et sémiologiques comme la couleur de la rhinorrhée, l'exsudat amygdalien, la purulence tympanique et la sévérité des épisodes antérieurs. D'autre part, ont émergé des facteurs non cliniques tels que les moments de la semaine, le rôle de l'organisation de la pratique de médecine générale, les ressentis du soignant et du soigné.

Conclusions : Le choix de traiter par antibiotiques ou non, implique des facteurs interreliés, propres à chaque médecin, de différents ordres : le patient, sa famille, le médecin, le système de soins de santé, la société.

Mots clés : Prescriptions, Agents antibactériens, Infections du tractus respiratoire, Otite moyenne, Médecine générale

Indexation CISP et Q-codes : QD325 ; H71 ; R72 ; R74 ; R75 ; R76 ; R80

Liste des abréviations

BAPCOC : Belgian Antibiotic Policy Coordination Commission
CISP : Classification internationale des soins primaires
DALY : Disability-adjusted life years
DDD : Defined Daily Dose
HAS : Haute autorité de santé
IVR(S) : infection(s) des voies respiratoires (supérieures)

MG : médecin généraliste
OMA : otite moyenne aiguë
UE : Union européenne

Introduction

« Me faut-il un **antibiotique**, Docteur ? » : voici une question que posent les patients à leur **médecin généraliste (MG)**.

Durant mon assistantat, un des diagnostics plus rencontré est **l'infection des voies respiratoires supérieures (IVRS)**. J'ai quitté les bancs de l'université avec un certain intérêt pour l'infectiologie et l'idée que l'antibiothérapie empirique était rarement indiquée dans ces maladies majoritairement virales. Toutefois, dans les IVRS courantes, j'ai remarqué que j'avais plus de propension, pour diverses raisons, à **prescrire** plus d'antibiotiques par rapport à ce qui est recommandé dans les guidelines belges, notamment celles de la BAPCOC. De plus, j'ai pu constater, dans les différents lieux où j'ai pu travailler y compris lors du service de garde : l'antibiothérapie empirique m'apparaissait surutilisée en pratique dans le traitement des IVRS courantes par rapport à ce qui est préconisé.

D'ailleurs, ces situations m'ont parfois généré des difficultés. Je pense à ce jour où un collègue plus âgé m'a enjoint à prescrire de l'azithromycine pour une IVRS à Covid-19, démarche justifiée selon lui par une efficacité qu'il remarque. Je songe également à une minorité de patients atteints d'IVRS, qui vraisemblablement ne justifiaient pas l'usage d'antibiothérapie. Certains quittaient ma consultation mécontents en disant être venus chez moi « pour rien ». D'autres malades ne voulaient pas quitter mon cabinet sans antibiotique ou allaient consulter directement après chez un collègue pour obtenir une prescription.

En parlant de ce sujet autour de moi, j'ai noté que certains médecins prescrivaient très facilement une antibiothérapie empirique dans cette indication et en prenaient eux-mêmes pour leur propre IVRS. D'autres disaient rarement utiliser cette classe thérapeutique au vu d'une efficacité limitée et des effets indésirables potentiels. Certaines connaissances avaient la notion que souvent les antibiotiques n'étaient pas indiqués dans les IVRS. D'autres éprouvaient une grande satisfaction à en prendre car disaient, entre autres, guérir plus vite.

Le traitement par antibiothérapie demeure un sujet d'actualité comme en témoignent diverses campagnes comme : « parlons antibiotiques », « la semaine mondiale pour le bon usage des antimicrobiens », etc.

D'où, l'émergence d'une envie d'étudier la prescription empirique d'antibiotiques dans des IVRS aiguës courantes non compliquées en médecine générale : la rhinite, la pharyngite, la

sinusite et l'otite moyenne aiguë (OMA). Ainsi, un des buts personnels d'étudier ce thème est de me voir pouvoir prescrire de manière sensée dans ce groupe de maladies. Ceci s'inscrit dans un objectif plus large lors de ma future carrière : se doter d'une thérapeutique économe, écologique, responsable tant au niveau des individus que de la société, tout en respectant le principe "primum non nocere".

Etat des lieux

En chiffres

En Belgique, 76% des prescriptions d'antibiotiques, sont faites par les généralistes, ce qui représente 557 041 DDD (dose définie journalière) pour 100 praticiens. Les infections des voies respiratoires (IVR) sont la 1^e cause d'usage d'antibiotiques en ambulatoire [1]. En maison de repos et de soins, elles représentent la 2^e cause de consommation d'antibiotiques (31,5%) derrière les infections urinaires. [2]

Les IVRS sont un groupe de maladies fréquent, classées parmi les 20 diagnostics les plus rencontrés en médecine générale. Le rang de chaque entité varie selon les pays. Par exemple, le libellé « infection aiguë des voies respiratoires supérieures (R74¹) » est le premier diagnostic encodé en consultation par les généralistes à Malte, et le huitième aux Pays-Bas. La sinusite (R75) et la pharyngite (R76) occupent également ce top 20. [3]

Dans une étude observationnelle rétrospective ayant étudié la qualité de prescription d'antibiotiques par des généralistes belges, néerlandais et suédois, les incidences belges étaient les suivantes [4] (*tableau 1*) :

Tableau 1 : incidences des IVRS en Belgique

Diagnostic (code en terminologie CISP)	Incidence* (habitants/an)
<i>otite moyenne aiguë; myringite (H71)</i>	<i>18/1000</i>
<i>infection aiguë des voies respiratoires supérieures (R74)</i>	<i>190/1000</i>
<i>sinusite aiguë; sinusite chronique (R75)</i>	<i>22/1000</i>
<i>angine aiguë (R76)</i>	<i>20/1000</i>

**L'incidence des IVRS varie également en fonction de la saison, de l'âge du patient et de la région étudiée (cfr annexe 1 : incidence des infections respiratoires aiguës en Belgique).*

¹ Selon la classification CISP

Implications individuelles et collectives

Prescrire un antibiotique n'est pas un acte anodin a fortiori dans une IVRS dont on sait qu'elle se résoudra très souvent spontanément [2]. En effet, cette action peut mener à mal la santé du patient par les effets indésirables d'une part et d'autre part à cause de l'antibiorésistance qui peut en découler. Les maladies infectieuses concernent, par essence, tant l'individu que la société car il y a cette notion de contagiosité. Les germes (dont les multirésistants) sont transmissibles horizontalement et verticalement (de générations en générations).

En 1928, Fleming découvrait la pénicilline. Dans les années 1940, les antibiotiques étaient produits par des usines, commercialisés et très utilisés. Beaucoup de maladies comme la tuberculose ont vu leur prévalence diminuer grâce à ces nouvelles « armes miracles ».

En 1945, Fleming lui-même avait mis en garde contre l'antibiorésistance en rappelant des règles élémentaires sur l'usage des antibiotiques [5].

Une antibiorésistance acquise à cause de traitements futiles peut entraîner une moins bonne réponse thérapeutique à une bactérie potentiellement mortelle, des hospitalisations prolongées coûteuses en termes économiques et de morbi-mortalité. [6]

Aujourd'hui, l'antibiorésistance est un des chevaux de bataille de l'OMS tant la menace est grande en termes de santé collective et de coûts. L'OCDE a estimé qu'entre 2015 et 2050, ce phénomène sera responsable d'environ 33 000 décès par an dans les pays de l'UE. Pour la Belgique, ce phénomène impliquera 76 586 journées d'hospitalisation supplémentaires, environ 27 727 390 de dollars de dépenses en soins de santé et la perte de 13 149 DALYs. [1]

Législation

En Belgique, les antibiotiques sont soumis à prescription médicale. Depuis avril 2017, ils sont passés de la catégorie de remboursement "B" à "C" [1]. Il y a donc un coût sociétal "immédiat" à prescrire une antibiothérapie en plus des coûts à long terme.

Problématique

Dans une étude précitée, les MGs belges avaient plus de propension à s'écarter des guidelines dans la prescription d'antibiotiques dans les IVRS quand on compare à d'autres pays européens. [4] Les recommandations belges notamment celles de la BAPCOC incitent à ne prescrire des antibiotiques uniquement dans des cas très limités d'IVRS courantes alors

que vraisemblablement, nous observons, dans la pratique, malgré des campagnes de conscientisation, une surprescription de ces molécules. [7]

Des études ont étudié ce phénomène de prescription et ont mis en évidence des facteurs qui poussent à la (sur)prescription d'antibiotiques dans ce groupe de pathologies. Parmi les critères relatifs à la condition médicale, au sens biologique, on peut citer la coloration des expectorations, la fièvre élevée ou persistante et la présence de comorbidités chez le patient [8,9,10,11]. D'autres peuvent être qualifiés de non cliniques comme l'usage de l'impression générale du médecin, le doute diagnostique, la peur du développement de complications en cas de non-prescription, le primat de l'expérience personnelle sur les guidelines etc. [8,9,11] Les guidelines tiennent bel et bien compte des critères comme les comorbidités, la purulence de la rhinorrhée, de la fièvre mais dans une moindre mesure de ceux qualifiés *supra* de non cliniques.

Si l'on récapitule, une surprescription d'antibiotiques est constatée à l'échelle nationale. Les généralistes sont premiers au classement des plus grands prescripteurs d'antibiotiques. Les IVRS sont des diagnostics fréquents en médecine générale. La plupart d'entre elles sont virales et ne nécessitent donc pas d'antibiothérapie. Or, nous observons sur le terrain une surprescription apparente d'antibiotiques pour cette catégorie de pathologies.

Ainsi est né le souhait d'enquêter sur ce sujet en me focalisant sur le contexte, le milieu dans lesquelles j'ai grandi et commencé à pratiquer la médecine : Bruxelles et en particulier Molenbeek-Saint-Jean. De plus, quand on s'attarde sur les chiffres de prescriptions d'antibiotiques² faites par les médecins et/ou délivrées en officine dans cette commune, nous observons que :

- Bien que Molenbeek représente la 4^e commune la plus habitée de Bruxelles (soit 8% de la population bruxelloise), elle est première dans la consommation du groupe d'antibiotiques des pénicillines (J01C), (*cf* [annexe 2](#) : *démographie et consommation du groupe des pénicillines à Bruxelles*).
- Si nous nous focalisons sur les prescriptions faites par les MGs bruxellois, nous voyons par exemple qu'en 2019³, 13 % des conditionnements de l'amoxicilline codée JOACA04 et souvent utilisée en première ligne dans les IVRS, sont délivrés dans les

² disponibles via l'agence intermutualiste et/ou la base de données Pharmanet mise à disposition par l'INAMI

³ année précédant celle de la crise sanitaire du Covid-19 en Belgique

officines molenbeekoises, à Bruxelles. ⁴ (cfr annexe 3 : prescriptions de l'amoxicilline faites par les généralistes bruxellois et délivrées en officine)

Questionnement

Ainsi ont émergé les interrogations suivantes :

Comment les généralistes décident ou non de prescrire une antibiothérapie dans les IVRS courantes ? Quels éléments intègrent-ils dans leur démarche décisionnelle ? Quels critères utilisent-ils, tant cliniques que non cliniques ? Comment utilisent-ils les guidelines et quel est leur avis sur ces dernières ? Quelle est leur perception de l'usage des antibiotiques au niveau régional/national ? Que pensent-ils de l'antibiorésistance ?

D'où la question clinique : **Quelle est l'expérience des médecins généralistes molenbeekoises dans la prescription d'antibiotiques, dans le traitement des IVRS courantes ?**

En termes PICO, nous pouvons retranscrire ces interrogations comme suit :

- P** Médecins généralistes molenbeekoises confrontés au traitement médicamenteux d'une IVRS courante
- I** Partage d'expérience, de manières de prescrire ou non des antibiotiques
- C** Guidelines (BAPCOC entre autres), autres déterminants de prescription déjà identifiés dans la littérature
- O** Identifier, comprendre les facteurs cliniques et non cliniques menant à l'abstention ou à la prescription

Notre hypothèse a priori se construit comme suit. Molenbeek est une commune où sont délivrés ou prescrits des antibiotiques en plus grande proportion par rapport à d'autres communes. Les MGs devraient donc utiliser outre les critères des recommandations de bonne pratique, des critères de prescription supplémentaires.

⁴ Ces chiffres m'ont interpellé mais leur interprétation est difficile car plusieurs facteurs rentrent en ligne de compte : « corrélation n'est pas raison ».

Méthodologie

Afin d'approfondir ce thème, une recherche bibliographique a été menée du 01/03/2022 au 01/05/2022 avec les mots clés dans les bases de données ci-dessous (*tableau 2*) (cfr *annexe 4 : équations de recherche détaillées*). La littérature grise a également été consultée (cfr *annexe 5 : diagramme de flux*).

Tableau 2 : mots-clés, ébauche d'équation et base de données

Mots-clés	« Prescription »	et	« Antibiotique »	et	« IVRS »	et	« Médecine générale »
Base de données	Pubmed		Embase		Cochrane		Tripdatabase

Pour répondre à cette question, a été choisie une recherche qualitative. En effet, nous cherchons à explorer l'expérience des MGs. Chaque praticien a ses manières de faire, d'interpréter les guidelines, d'intégrer sa propre expérience de clinicien et les souhaits de ses patients, dans cette démarche de (non-)prescription d'antibiothérapie dans les IVRS. L'idée est donc de retranscrire la pensée, le raisonnement qui mène à l'(in)action lorsque le soignant est confronté à ces diagnostics.

Les entretiens individuels ont été choisis afin de pouvoir écouter chaque médecin isolément en lui offrant un espace de parole confidentiel, sans influence d'autres pairs dans une démarche de compréhension de la pratique et de non-jugement. Ceux-ci ont été construits sous le mode semi-dirigé afin de structurer le discours et d'aborder un maximum de points possibles [12]. Le guide d'entretien (cfr *annexe 6 : guide d'entretien*), a été réalisé entre autres en s'inspirant d'autres études qualitatives faites sur cette thématique. [9,10,11] Ce dernier comporte tantôt des questions ouvertes d'appel dont l'objectif est d'ouvrir la discussion, tantôt des questions fermées.

Recrutement et sélection des candidats

Afin de récolter un maximum d'avis différents, l'échantillon de participants devait être le plus hétérogène possible, tenant compte des caractéristiques qui pouvaient influencer les réponses. [13]

Voici les facteurs pré-identifiés : le sexe, le type de pratique (solo/groupe ; acte/forfait), l'âge du médecin, le nombre d'années d'expérience en médecine générale, le nombre moyen de

patients vus par jour, l'université diplômante, le mode de consultation libre/sur rendez-vous, le statut (non-)conventionné.

Pour être inclus dans l'étude, il fallait être MG agréé ou en formation, francophone, être amené à traiter des IVRS et exercer à Molenbeek-Saint-Jean. Ont été exclus de l'étude mes collègues de travail, dont certains avaient une pratique sur cette commune.

Mode opératoire

Les médecins à profils différents ont été contactés par e-mail et/ou téléphone. Huit d'entre eux l'ont été par la technique du bouche à oreille. Seize autres ont été abordés sans intermédiaire grâce aux coordonnées disponibles sur le site de l'INAMI et de la FAMGB.

Le modus operandi était le suivant :

- Présentation de mon identité, de ma fonction d'assistant et d'étudiant en dernière année de master complémentaire en médecine générale.
- Explications de mon sujet, des questions que je me posais et de la démarche académique derrière (comprendre, identifier et non juger).
- Evocation de leur droit de (non-)consentement libre et éclairé.
- Modalités pratiques : interview en face à face d'environ 45 minutes, enregistrée à visée de retranscription.
- Assurance de l'anonymat et de la confidentialité : moi, l'interviewer suis le seul à connaître l'identité des participants, la retranscription des enregistrements est anonymisée. Les données sont stockées sur un disque dur crypté et non sur le Cloud.

Un pré-accord de participation à l'étude était obtenu lors de notre premier contact lors duquel nous convenions d'une date et d'un lieu pour l'entretien. Le consentement libre et éclairé était acté par écrit lors de l'interview via un formulaire dédié soumis au conseil éthique (*cf* annexe 7 : *approbation du conseil éthique et formulaire de consentement*).

Les interviews ont pris cours entre le 28 décembre 2022 et le 27 mars 2023. Sept ont été effectuées dans la cabine de consultation du participant, une à mon domicile. Deux autres ont été faites à distance par souci de convenance pour le médecin : visioconférence / téléphone.

Le déroulement était le suivant : remerciement du participant, réexplications de l'objet de l'enquête, de la confidentialité et de l'anonymat, présentation de l'interviewé, déclenchement du dictaphone, parcours du guide d'entretien, arrêt de l'enregistrement.

La série d'entretiens a été interrompue quand il est apparu qu'aucun élément neuf probant n'apparaissait par rapport aux interviews précédentes, d'où la redondance des données.

Toutes les interviews ont bien pu être menées dans leur entièreté dans le respect des attentes des participants et du protocole préétabli.

Notons également que dans le cadre de cette étude, je n'ai pas de conflit d'intérêt particulier.

Analyse

Les entretiens, au fur et à mesure, ont été retranscrits dans leur totalité. Ils ont fait l'objet d'une analyse inductive générale, laquelle s'est faite tout d'abord en réduisant les données brutes puis en les condensant (généralisation, extraction de concepts-clés regroupés dans des (sous-)ensembles) et en les présentant ensuite [14]. Ces démarches ont été effectuées en gardant en tête l'objectif de ce travail : répondre à la question clinique précédemment émise. Il s'agissait donc d'extraire les notions importantes et non de créer une théorie sur la manière de prescrire du généraliste, vu l'existence de multiples façons de faire.

Ci-dessous, est décrit le processus du traitement des données brutes effectué.

- Retranscription intégrale des entretiens (*cfr annexe spécifique : retranscriptions des entretiens*)
- Lectures des scripts
- Identification des concepts présents dans les parties de texte pour chaque médecin
- Énumération des différents concepts dans des (sous-)ensembles
- Liaison de chaque concept à un ou plusieurs(s) morceau(x) de texte⁵ issu(s) de participants différents
- Choix d'un ou de quelques verbatims pour dépeindre une idée spécifique
- Relectures des scripts pour vérification de la complétude des données

⁵ Sélection des parties de texte les plus explicites dans lesquelles le concept est émis par l'interviewé lui-même plutôt, que suggéré par une tournure éventuelle de la question posée. Aucune coupure en pleine phrase n'a été faite pour ne pas perdre le contexte, ô combien important.

Résultats

Echantillon

Sur les 23 médecins approchés, 10 ont consenti à être enrôlés dans l'étude (*tableau 3*). La totalité des participants approchés par bouche à oreille a accepté de vouloir y participer. Sur les 16 soignants contactés via les coordonnées disponibles sur les sites de l'INAMI et de la FAMGB, deux ont répondu favorablement à l'appel, un ne pouvait pas participer en raison de maladie et 13 autres n'ont pas manifesté d'intérêt.

Tableau 3 : Caractéristiques sociodémographiques des médecins interviewés

Sexe	Type de pratique		Âge				Années d'expérience en médecine générale					Université diplômante*			Nombre moyen de patients vus par jour		Mode de consultation		Conventionnement INAMI				
	Acte	Forfait	<30	30-40	40-50	>50	<5	5-10	10-15	15-20	20-25	>25	ULB	UCL	KUL	<10	10-20	20-30	>30	Sur rendez-vous	Libre	Conventionné	Non conventionné
♀			1	3	2	4	2	2	2	1	1	2	3	6	1	1	4	3	2	9	1	8	2
♂																							
	Solo																						
	Groupes																						
		Maison médicale																					
			5																				

*Diplôme du master complémentaire en médecine générale ; trois participants avaient obtenu leur diplôme de médecin à l'étranger (en Europe de l'est, Afrique du Nord, Asie)

Les interviews ont duré de 35 min à 1h15 avec la tendance suivante qui se dégageait : les médecins plus âgés avaient les durées d'entretien les plus longues.

Processus décisionnel de prescription d'antibiothérapie dans les IVRS

L'analyse des discours des médecins a permis d'identifier une certaine complexité dans leur raisonnement qui sous-tendait leur (non-)prescription d'antibiotique. Cette démarche était très souvent multifactorielle et dotée d'une grande granularité. C'est pourquoi outre le relevé des concepts qui ont émergé du texte brut, une importance a été donnée aux verbatims⁶ eux-mêmes, dans ce travail, pour ne pas perdre les précieux détails. Ont été regroupées dans des (sous-)ensembles, les notions poussant⁷ à la prescription illustrées par les propos des médecins⁸.

⁶ **En gras** : les mots directement liés avec le concept ci-contre ou ci-dessous à illustrer, en effet de texte : les mots en relation avec une idée précédemment citée ou à venir dans l'analyse. Le symbole « [...] » est souvent utilisé pour passer une ou des question(s) de l'interviewer.

⁷ Un concept pouvait à la fois encourager un médecin à la prescription et décourager un autre. Dans ce cas la paire de verbatims « antinomique » se trouve juxtaposée.

⁸ A chaque médecin interviewé a été attribué un code M1 jusqu'à M10 selon l'ordre chronologique d'intervention dans la série d'entretiens.

1) Les critères anamnestiques

L'âge

Rhinite	Les enfants	<i>M5</i> : Alors chez les petits donc au-delà de 2 ans, chez qui j'ai quand même un écoulement coloré mais bon état général et rien par ailleurs, je donne parfois Neobacitracine® seule c'est vrai.	<i>M3</i> : On part du principe que la rhinite, la rhinopharyngite, plus l'enfant est jeune plus la probabilité que ce soit viral est importante.
Pharyngite	Les enfants moins ou plus âgés	<i>M4</i> : Oui, je dirais qu'il faut faire quand même un petit peu attention ou laisser un rhumatisme articulaire aigu se développer. [...] Oui j'ai des patients qui l'ont eu, qui ont ces complications -là. Et donc on est quand même plus prudents chez les enfants par rapport à ce critère-là, l'enfant qui se présente avec un angine.	
	Les adultes, surtout > 45 ans*	<i>M1</i> : Justement le score⁹ fait la différence selon l' âge : 0-4 ans, 4-45 ans et au-dessus de 45 ans , quelque chose comme ça, il y a un critère selon l'âge .	
OMA	< 3-4 ans et surtout les moins de 6 mois	<i>M4</i> : Chez les enfants on essaye d'être plus prudents vu les risques infectieux potentiels, on essaye d'être plus prudents surtout chez les tout petits qui ne savent pas encore très bien s'exprimer en-dessous de 3-4 ans . <i>M8</i> : Les antibiotiques ? C'est en-dessous de 6 mois je prescris d'office , ça dépend si il fait beaucoup de température, là aussi en-dessous de 6 mois , il fait beaucoup de température au-dessus non.	
En général	Les seniors	<i>M4</i> : Bah je dirais c'est toutes les comorbidités en général , en général toutes les comorbidités mais tout ce qui est vraiment chronique et qui peut mettre en balance et jouer sur l'immunité et sur les défenses immunitaires du patient, à savoir si c'est un patient complètement carencé, rachitique, sous-nutri, âgé etc.	

La durée de la maladie

Rhinite	de quelques jours à 10 jours / le fait de reconsulter	<i>M5</i> : Moi je dirais une semaine, une semaine déjà à mon sens, c'est un indicateur, je me base aussi sur la couleur de l'écoulement nasal, plutôt coloré ou plutôt clair. <i>M3</i> : Si on est dans déjà une personne un peu plus âgée , elle revient, la seconde visite , en général si on a une rhinite qui devient effectivement plus gênante mais qui n'est pas encore pour moi interprétable comme une sinusite, à ce moment-là alors dans un deuxième temps on peut passer, moi je prescris souvent Sofrasolone® voilà.
Pharyngite	72h à 7 jours	<i>M10</i> : Si température et l' abattement , l'état d' abattement du patient, si ça dure plus de 72h, après 3 jours ça n'avance pas je donne un antibiotique, que ce soit rouge, blanc, toutes les couleurs. <i>M6</i> : Mais adultes aussi maintenant c'est fort diminué prescription d' antibios dans la pharyngite mais encore c'est le contexte maladie chronique , et bien sûr même souvent la pharyngite virale légère 2-3 jours ça y est, c'est fait. Maintenant si 5,6,7 jours ça ne va pas du tout là vous êtes obligé de prescrire .
OMA	> 4 jours	<i>M8</i> : Selon l' état général si il fait, par exemple, au-delà de 4 jours de température et qu'il n'est pas bien à ce moment-là je peux commencer l'antibiothérapie, mais si un bon suivi et tout non.

⁹ Référence aux scores de Centor / Mc Isaac, dont les items seront suivis d'un astérisque « * ».

Sinusite	> 5, 7 ou 10 jours	<p><u>M1</u> : Encore une fois je n'ai jamais personnellement rencontré de complications de la sinusite mais je sais qu'on peut plus facilement compliquer une sinusite qu'une pharyngite par exemple. Au-delà de 5 jours de fièvre, par exemple, là je mettrai les antibiotiques.</p> <p><u>M3</u> : Disons que là pour la sinusite, mes critères c'est d'abord la durée donc en général la sinusite ce sera pas au premier rendez-vous. En général on laisse passer quand même une semaine.</p> <p><u>M10</u> : Et si par contre ça a beaucoup trainé après plus de 10 jours, la personne se plaint et là c'est coloré, il y a de la fièvre, il y a les maux de tête. [...] Alors là je donne amoxicilline 1 g.</p>
----------	--------------------	---

L'altération de l'état général

Le terme « état général » peut signifier plusieurs aspects des symptômes du patient en fonction du médecin sondé. C'est pourquoi, ont été regroupés dans ce terme, les concepts suivants :

Concept		
Pharyngite	odynophagie	<u>M1</u> : Surtout si la clinique montre une angine mal tolérée avec une inappétence , une incapacité à se nourrir à cause de la douleur car je me dis que gagner 2-3 jours ça peut être bénéfique pour le patient.
	myalgies	<u>M7</u> : Pharyngite toute seule, j'essaie avec les médicaments symptomatiques, je donne presque jamais jamais vraiment vraiment, si quelqu'un il dit « oui je ne peux plus, j'ai vraiment mal partout », ça ne s'arrête pas la température plus de 4 jours .
	inappétence affaiblissement	<u>M4</u> : A l'examen clinique quand c'est rouge sans plus, je prescris peu d'antibiotiques. Si il y a un peu plus de dépôts blanchâtres ou une clinique qui me suggère que le patient est quand même par exemple une durée beaucoup plus longue, affaibli . <u>M6</u> : Pour moi c'est vrai la température de l'enfant, l' examen du tympan et derrière le tympan, l'état de la gorge aussi, l'état de l'enfant, activité, nourriture , vous voyez l'enfant qui souffre .
OMA	pleurs	<u>M3</u> : En général en cas d'otite avec bombement du tympan , si je vois qu'il y a du pus , Si l'enfant pleure , a de la température , je prescris effectivement un antibiotique.
	otalgie	<u>M2</u> : Mais quand le tympan est bombé, rouge, douloureux là je prescris un antibio surtout quand je vois qu'il y a du pus en rétro-tympanique .
Sinusite	céphalée	<u>M4</u> : Si le patient insiste énormément sur ses maux de tête , l'aspect céphalée, congestion de sa sinusite avec des mouchages, du jetage postérieur qui est purulent , là je pense que c'est des signes d'appel pour prescrire une antibiothérapie.
	inappétence	<u>M7</u> : Il faut donner si le problème il persiste, ça veut dire plus de 10 jours ça dépend des personnes il te dit j'ai mal à la tête , 2 jours après le nez qui n'arrête pas d'un côté il est bouché , d'un côté libre, ça change chaque fois je n'ai pas d'ambiance, c'est diminué l'appétit .

La couleur jaune/verte et la purulence de la rhinorrhée

Rhinite	<p><u>M4</u> : Alors oui parfois, on est parfois poussés devant une rhinite purulente, une rhinite purulente, c'est le seul cas où moi je vais prescrire des antibiotiques locaux.</p> <p><u>M7</u> : Non uniquement si c'est vert, je demande si c'est vert ou jaune, si ça s'arrête pas vraiment, ça persiste ou si ça part, ça revient à ce moment-là je décide donner soit Fluimicil® maintenant parce qu'il est en rupture de stock, Neobacitracine® mais il vient de rentrer.</p>	<p><u>M8</u> : Bah pour moi c'est vert, c'est les globules blancs, donc pour moi ce n'est pas un critère le fait que ce soit vert ou pas.</p> <p><u>M3</u> : Le fait que ce soit jaune n'est pas forcément signe d'infection, c'est simplement, j'essaie d'expliquer que simplement le combat de l'immunité qui crée ça voilà et qui fait qu'il y a des cadavres qui sortent et qu'il faut voilà.</p>
---------	---	--

OMA	<i>M4 : Quand c'est bilatéral oui et une otite quand elle est plus invalidante, douloureuse, température, des ganglions, éventuellement des écoulements avec une rhinite ou une rhinite purulente associée etc. Ça pousse plus à prescrire un antibiotique dans l'otite qu'on qualifiera volontiers de purulente.</i>
Sinusite	<i>M7 : Par rapport aux symptômes actuels, la personne depuis plus ou moins 5 jours ça n'arrête pas d'avoir des maux de tête qui le dérangent, les lumières, toujours une narine qui est bouchée, qui coule vert, qui un jour il est bien et après 2e jour il est dans un état catastrophique. M4 : Je prescris souvent des antibiotiques en cas de rhinorrhée purulente. [...] Parce que souvent il y a une phase de douleur intense etc. et qui elle va être suivie après dans les jours suivants seulement d'écoulement muco-purulent, épais, visqueux, douloureux à sortir, ou douloureux tout simplement et avec des points sinusaux qui sont caractéristiques on va dire à ce moment-là, moi je prescris d'emblée l'antibiotique.</i>

Les antécédents médico-chirurgicaux actifs ou passifs¹⁰

Rhinite	Kinésithérapie respiratoire, prématurité ; néoplasies	<i>M6 : Pour le rhume seulement la rhinite, je prescris des antibiotiques rarement mais ça arrive chez les enfants qui sont très fragiles, prématurés et tout ça déjà des antécédents de kiné respi et tout ça et qui. N'oublions pas que rhinite il y a en post-nasal aussi facilement attaquer les bronches et les poumons. Alors comme j'ai dit c'est très très rare mais parmi les enfants, c'est les enfants qui sont déjà fragiles, histoire déjà compliquée des hospitalisations, des pneumonies des choses comme ça. [...] Parmi les adultes c'est aussi rare mais je peux prescrire si ça la rhinite continue même après 1 semaine, 10 jours hormis l'histoire du Covid mais là aussi des adultes avec des histoires de diabète avancé compliqué, maladie valvulaire ou autres cardiaques, hypertension. J'ai quelques jeunes même avec un myélome, avec carcinome nasopharyngé mais ces gens-là peut-être si il y a un rhume qui est prolongé, j'aurais tendance à prescrire l'antibio pour éviter le malheur d'être hospitalisé et puis aller à une 4e génération d'antibio.</i>
Pharyngite	Cardiaques dont les valvulopathies	<i>M8 : Cardiaques ou autres, surtout cardiaques, des patients cardiaques quand même une angine blanche je donne des antibiotiques. [...] Cardiaques, non, des épisodes de fibrillation auriculaire, décompensation cardiaque, des pathologies un peu poussées, hypertension ce n'est pas un critère.</i>
OMA	Chirurgie ORL , trisomie 21	<i>M1 : En théorie et je n'ai jamais eu le cas pratique, si j'ai des patients qui ont eu une chirurgie ORL ou qui ont une trisomie 21, donc plus à risque de complications locales ou une malformation connue, je taperais les antibiotiques plus facilement. [...] Immunosuppression, je ferais plus attention car je me dis que ce n'est peut-être pas les mêmes germes.</i>
Sinusite	Sinusite chronique	<i>M8 : Pas d'office, une sinusite, une sinusite chronique j'ai plus tendance à, si c'est trop de douleur, trop de pression, des céphalées, que ça passe pas d'une semaine de traitement local donc décongestionnant local, Nasonex® , Sterimar®.</i>

La sévérité des épisodes antérieurs de l'affection elle-même

Pharyngite	<i>M5 : Par contre, j'ai un Monsieur qui vient chez moi qui a 42 ans et qui a tendance à faire des grosses angines. M9 : Maintenant c'est vrai qu'il y a des gens qui sont un peu connus pour avoir toujours un Streptocoque et ceux-là je vais les traiter plus facilement directement avec un antibiotique.</i>
------------	--

¹⁰ Ont été repris les antécédents les plus à même d'influencer la prescription dans une des quatre pathologies. De façon générale, revenaient le diabète a fortiori déséquilibré, l'immunodépression endo/exo -gène, l'insuffisance rénale, la BPCO, l'asthme, le tabagisme, la dénutrition, les antécédents cardiologiques (pontage, stent, valvulopathie).

OMA

*M5 : D'accord, donc ici j'ai une petite fille de 5 ans qui a bah justement elle a eu **5 épisodes d'otite moyenne aiguë purulente** sur l'année, quand elle vient c'est d'emblée **purulent** en fait, elle vient avec un **écoulement verdâtre** parfois même des deux oreilles.*

Pharyngite

L'absence de toux*

*M1 : Si j'ai un patient qui a une **adénopathie unilatérale sensible**, qui **ne tousse pas**, qui a une **fièvre supérieure à 38,5** et qu'il y a un **vrai exsudat amygdalien**, je pourrais plus facilement mettre un antibiotique.*

La cinétique d'installation des symptômes : la rhinorrhée qui précède le mal de gorge

*M3 : Un nez qui coule, si ça a commencé par un **nez qui coule puis un mal de gorge**, c'est en général d'origine **virale**, un nez qui coule n'est jamais bactérien.*

Sinusite

L'encombrement nasal / sinusien

*M7 : Donc ici j'avais un jeune homme de 25 qui est venu, il avait un rhume depuis une semaine et là il sent que c'est vraiment fort **fort bouché**, il avait des **points sinusaux positifs**, il avait de la **fièvre**, un **écoulement purulent, verdâtre et des céphalées** fort importantes donc là d'office.*

La douleur des gencives

*M10 : Les gens parfois ils **ont mal dans les gencives**, les **yeux**, ils sont vraiment, ils sont **mal**, alors là je donne amoxicilline 1g.*

L'épistaxis

*M3 : Donc si il y avait des **points de pression** qui sont **douloureux**, si il a mal au niveau des **mâchoire**, si il **muque du sang**, si il y a du **pus** qui coule, si il a des **maux de tête**. Si il me décrit des **gênes au niveau de la face** ou des choses de ce type-là, je serais effectivement plus facilement tenté à prescrire effectivement l'antibiotique.*

La non-amélioration sous traitement symptomatique

*M7 : A ce moment-là c'est pas du tout nécessaire mais quand même il y a des gens qui insistent parce qu'il va te dire « ça marche pas, **j'ai pris tout ce qui existe** », à ce moment-là on est obligés.*

2) Les éléments sémiologiques

La fièvre*, a fortiori persistante

Rhinite

M2 : Dès que ça dépasse 1 semaine, que la rhinite est extrêmement **purulente** que ça ne passe pas, qu'il y a une **douleur au niveau des points sinusaux** qu'il y a **encore de la température**, je mets un antibiotique.

Pharyngite

M7 : Si je vois toujours les points **blancs**, ça veut dire ça commence, **la température**, surtout chez enfants **39** qui **persiste quelques jours**, il ne mange pas, il est **inactif épuisé**, ça veut dire, il est **au lit**, à ce moment-là je commence avec l'antibiotique.

OMA

M4 : **Au-delà de 39** avec un enfant éventuellement qui est très embêté, très **douloureux** et un aspect, si c'est un aspect de, un aspect typique il faudra quand même mettre sous antibio quand même parce que généralement, je pense que les chiffres c'est aux alentours de 60-65%.

Sinusite

M6 : Quand c'est une **fièvre**, **douloureux**, les **sécrétions purulentes**, je dis la plupart du temps c'est antibiotique.

Points palpatoires spécifiques à la pharyngite et à la sinusite

Pharyngite

Adénopathies
submandibulaires*
(douloureuses)

M8 : Non ça dépend, si c'est une angine **blanche**, il a **difficile à avaler**, il y a beaucoup d'**adénopathies**, on le voit il est là il bave là à ce moment-là je prescris des antibiotiques.

M3 : idéalement tu devrais sentir un **ganglion en submandibulaire** qui est **douloureux**.

Sinusite

Douleur des sinus

M2 : C'est rare mais dès que ça dépasse 7 jours, grosse **dégradation de l'état général**, **points sinusaux enflammés douloureux** et rhinorrhée purulente, très **purulente vraiment**, après **10 jours**, là en général je mets un antibio per os : **amoxi**.

Unilatéralité ou
bilatéralité

M9 : La sinusite, je traite quand même rarement en 1e intention avec des antibiotiques [...] Je vais traiter plus facilement si c'est **unilatéral** avec des **douleurs de ce côté-là**.

M6 : Alors là c'est pas beaucoup peut-être chez 20% des gens, on peut encore éviter les antibiotiques dans les sinusites aiguës, là il faut avoir des gens courageux, on n'en a pas beaucoup. [...] Si c'est **deux côtés** oui c'est-à-dire qu'il faut traiter.

Aspects de visu de la région ORL pathologique

Pharyngite	dépôts pharyngés de couleur blanche* ¹¹	<i>M10</i> : L'angine blanche par contre là j'ai tendance à donner facilement dès le diagnostic avec de la fièvre, 38, 38,5, 39 alors là je donne.	
	gonflement amygdalien	<i>M5</i> : Donc il est fumeur comme comorbidité il a de l' asthme et une hypercholestérolémie et puis je sais que d'emblée, il vient avec 39 de fièvre , des adénopathies extrêmement dououreuses , des amygdales tuméfiées avec des dépôts blanchâtres et vraiment une difficulté à avaler , là d'emblée je donne des antibiotiques. <i>M6</i> : Quand vous voyez surtout le gonflement unilatéral qui commence à pousser la luette, c'est-à-dire c'est pas seulement les virus ou les bactéries, mais ici l'amygdale elle est bien touchée avec pus et tout ça, là je pense 80-90% c'est l'antibio.	
tymp	bombé purulence (rétro-tympanique) érythémateux phlycténulaire	<i>M2</i> : Je regarde un petit peu si le tympan est bombé , si je vois qu'il a du pus en rétro-tympanique , que ce soit très érythémateux . Là je mets directement.	
	perforé	<i>M9</i> : Oui le tympan percé je ne vais pas mettre grand-chose là-dessus je vais peut-être donner plus facilement un antibiotique per os . [...] Si il est bulleux ou quoi je donnerais plus un azitrho .	<i>M8</i> : Les adultes, pas d'antibiotiques, sauf si vraiment l'aspect du tympan quand je vois un phlyctène ou si perforées mais pas toutes, perforées , ça dépend de l'état général aussi.
OMA	drains transtympaniques	<i>M5</i> : Non là je donne d'office per os parce que je pense que c'est même contre-indiqué de donner local avec des drains donc ça d'office per os. <i>M9</i> : Bah là je donne , j'ai déjà donné plus facilement des antibiotiques locaux simplement du style Trafloxal® , Ciloxan® .	<i>M2</i> : En général, lorsqu'ils ont un drain ça ne pousse pas forcément à traiter plus.
	bilatéralité	<i>M5</i> : Oui quand même, j'ai rarement des gens qui viennent avec des otites bilatérales à part les enfants. Mais pour les adultes, c'est rare, mais effectivement quand les enfants c'est des deux côtés ça me pousse encore plus à me donner des antibiotiques.	<i>M4</i> : Alors oui la présentation bilatérale dans mon chef à moi, dans ma compréhension à moi elle est plus susceptible d'être virale et accompagne bien plus souvent des rhinopharyngites qu'une otite moyenne aiguë unilatérale avec ...
	otorrhée	<i>M4</i> : Oui bien sûr, un tympan rouge vif quand c'est vraiment une otite moyenne aiguë importante oui. [...] Oui surtout si il y a déjà eu des écoulements , à ce moment-là d'office on couvre, on essaye de couvrir par antibiotiques.	<i>M3</i> : A priori si le tympan est percé , il n'y a plus de nécessité, le pus s'écoule et bon ça va donc l'enfant n'aura plus mal. Donc la recommandation : tympan percé c'est de ne rien mettre dedans .

¹¹ Critère cité par tous les médecins interrogés

3) Les facteurs non cliniques

La demande ou la pression du patient à prescrire un antibiotique

Une tendance nette se dégageait : la demande insistante du patient à recevoir un antibiotique ne pouvait justifier que rarement une prescription jugée a priori futile.

M10 : Mais quand le patient est très demandeur bah c'est lui qui gagne, chez moi il gagne.

M5 : Non parce que j'ai été rodée pendant mon assistantat, c'était un endroit où les patients étaient **fort demandeurs** et au contraire ça a tendance à **me freiner** parce que je me dis qu'ils en prennent déjà souvent.

M2 : Après peut-être une ou deux fois où vraiment t'es **fatigué**, c'est la fin de la journée, c'est vraiment **anecdotique**, tu lui dis tiens « prends ton antibio et ne reviens plus ». Ils sont épuisants.

M7 : Non je reste une heure et demi de plus, deux heures c'est tout, je vais **pas donner**, « donnez-moi antibiotique je ne suis pas bien j'ai une angine », comme ça je donne presque jamais **sauf quelqu'un à qui j'ai donné quelque chose**, « je ne suis pas bien tu peux me changer l'antibiotique parce que je pense qu'il ne fonctionne pas sur moi ».

Les médecins plus expérimentés ont permis de mettre en évidence le rôle de l'époque dite de la pléthore (fin du siècle dernier) où il y avait un surplus de médecins relatif par rapport au nombre de patients. Lors de cette ère-là, le rapport à la demande du patient était différent : un patient non satisfait risquait de ne plus revenir à cause d'un potentiel refus.

M4 : On a vécu ça bien sûr parce qu'après il te dit « **je vais aller chez un autre médecin** ». La **pléthore**, il te quittait il allait chez l'autre qui lui dit « vous vous voulez quoi comme certificat », on n'était pas comme ça mais tu vois le gars il voulait 3 jours et pas 2 jours. [...] Mais parfois **il te poussait à prescrire ce 3e jour d'incapacité par exemple**, donc voilà, après on a tous un peu pêché dans notre jeunesse par rapport au manque d'expérience, **par l'insistance du patient** qui est parfois beaucoup plus âgé que nous qui dit que d'expérience moi je sais bien qu'il faut 3 jours pour m'en remettre.

Des caractéristiques du « patient demandeur » ont été évoquées par les participants.

Patients

les plus âgés

M1 : Juste pour la décharge des **médecins plus âgés**, je remarque que les **patients plus âgés aussi demandent plus facilement des antibiotiques**. Donc je me dis ce n'est pas juste une histoire de médecin mais c'est peut-être une histoire de **génération**.

M7 : Oui je vais te dire **les étrangers**, **l'étranger il demande beaucoup plus d'antibiotiques**, où je travaille moi, on a des Belges bien sûr mais pas énormément, moins de 10% de la patientèle.

étrangers en particulier, ceux issus d'Afrique du Nord et des pays l'est

M1 : Justement j'ai vécu en **Europe de l'est et là-bas on prescrit beaucoup plus facilement des antibiotiques même des antiviraux**. [...] Donc je sens qu'il y a une énorme différence et par rapport aux patients **maghrébins** aussi où le **rapport au médecin n'est pas forcément le même**.

voyageurs

M6 : Oui c'est vrai, ça parfois, pour les **voyageurs, je prescris d'office**, les **diabétiques, les gens qui ont eu des problèmes, qui voyagent même au Maroc ou Tunisie, ils me disent « docteur nous on n'est pas dans la ville, on est loin, on est à deux heures de Rabat »**. Alors là c'est normal, c'est logique je prescris l'antibiotique, « prenez avec ».

M8 : J'ai une patiente qui fait une **angine à répétition que ça passe pas avec le traitement symptomatique**, c'est une **angine à répétition et cette patiente je lui donne quand même pour le voyage mais sinon le reste non**.

<p>enfants dont les parents réclament</p>	<p><i>M4</i> : Souvent ce qu'il y avait c'était les parents pour leur enfant, l'inquiétude et alors tu es un peu mal pris parce que tu veux faire plaisir aux parents, tu veux être empathique avec les parents, tu comprends le parent et en même temps tu vas lui dire non et tu as du mal à l'éduquer et à lui expliquer le pourquoi du comment tu vois. <i>M6</i> : Mais maman si on lui refuse parfois psychologiquement elle est un peu blessée : « oui je souffre j'ai une vie difficile, j'ai demandé au médecin de couvrir mon enfant comme ça la nuit je peux dormir ».</p>
<p>à faible littératie en soins de santé</p>	<p><i>M10</i> : Je ne pourrais pas juger l'éducation, c'est vraiment l'état de la compréhension du patient, il y a des gens qui ont peut-être des diplômes mais ils ne comprennent pas parce qu'ils sont têtus.</p>
<p>avec bonne expérience d'un usage antérieur d'antibiotique</p>	<p><i>M6</i> : Même le 2e jour, « quand il vient il me dit docteur vous savez j'ai eu l'année passée, j'ai souffert une semaine après vous avez prescrit, si vous pouvez une fois me donner dès le début ». Et je lui donne.</p>

A noter que les MGs ont souligné le rôle de la crise du Covid-19 et des nombreuses campagnes de sensibilisation pour le bon usage des antibiotiques : les patients auraient tendance à moins réclamer de nos jours que jadis. Certains iraient même jusqu'à refuser une prescription jugée nécessaire par le médecin, dixit une participante.

M9 : Pas seulement à l'université, je pense que **le message grand public** passe mieux et que probablement les gens en **demandent déjà un peu moins**, donc les médecins cèdent **moins à la pression**, il y a moins de médecins aussi, donc on est moins tentés de vouloir absolument **faire plaisir aux gens**. [...] Maintenant il y a des patients aussi **qui ne veulent pas d'antibiotiques**, il y en a c'est le sens **contraire** avec tous ces mouvements un peu bobo, éco qu'est-ce que je sais encore ?

M4 : Et actuellement les gens ont aussi, le niveau des gens, **les grands-parents** qui ont actuellement 70 et plus n'ont pas eu la même **éducation, les connaissances scolaires** que les jeunes de maintenant qui ont moins de 30 ans évidemment, entre 25-30 ans et 15-25 ans tu n'as pas les mêmes **données, connaissances scientifiques**. [...] Et ça moi je le vis très bien je le vois très bien, la différence entre les **gens âgés** où il faut retaper sur le clou pour certains patients un peu âgés mais dans l'ensemble, je dois dire qu'on est quand même contents, **ON EST SUR L'ÉVOLUTION POSITIVE** à ce niveau-là, dans la **compréhension du patient** par rapport à toute une série de choses.

M8 : Ici ou là-bas c'est partout. Depuis le **Covid** j'ai constaté, ils sont tous **moins demandeurs**.

L'organisation de la pratique en médecine générale

- Le mode de financement

Les médecins travaillant dans une maison médicale au forfait ont insisté sur l'impact que ce type de financement pouvait avoir dans la démarche décisionnelle de prescription. Ils l'ont souvent opposé à la pratique à l'acte où un patient pourrait être amené à ne pas être revu par le médecin pour un suivi payant éventuel, motivant ainsi une potentielle prescription dès le 1^{er} contact.

M4 : Donc une des raisons, c'est pour ça que je parlais au début des gens qui **devaient payer**, quand **t'es pas sûr de revoir le patient** etc. Tu vois, ça c'est un **des freins** qu'on trouve dans la médecine **à l'acte** qu'on n'a pas dans la médecine au **forfait**. [...] Avec plusieurs barrières qui tombent : la barrière **financière**, **l'accessibilité** du rendez-vous, **l'accessibilité** du médecin.

M10 : Petite parenthèse : c'est vrai que nous on est au **forfait** donc on a moins de problèmes de dire à quelqu'un de **revenir**, c'est vrai qu'à l'**acte** c'est peut-être un **frein**. A l'**acte** au début, c'était vraiment ça, les gens ils t'**en veulent** parce qu'ils doivent **revenir** te voir pour avoir.

Cet argument financier peut être contrebalancé par la possibilité de pratiquer le tiers payant pour d'éventuels suivis dans le mode de financement à l'acte.

M9 : Oui maintenant je travaille au **tiers payant** pour tout le monde donc **les revoir un peu plus**, c'est **moins embêtant**.

- La gestion du temps

La façon de régir le temps peut encourager à la prescription. Les pratiques où l'on voit énormément de patients ont été épinglées avec l'idée suivante : prescrire un antibiotique leur ferait gagner du temps, de la facilité avec des risques probables sous-estimés.

M2 : Mais j'ai l'impression que beaucoup de collègues donnent des antibiotiques très très rapidement peut-être dans un but de **gain de temps** ou autre, ou pour **limiter l'examen clinique**, pour avoir un **gain de temps** sur l'examen clinique. [...] Moi ce que je pense c'est que certains médecins ont tendance à jouer la **facilité** pour voir un **maximum de patients** dans la journée et à mettre tout plein d'antibiotiques parce que je mets un antibiotique au pire qu'est-ce que je **risque**, il aura une diarrhée alors que dans la majorité des cas je vais le traiter pour rien et le gars va faire une résistance.

A même été mis en lumière un potentiel nouvel élément par un participant: la pénurie de médecins actuelle pourrait même paradoxalement accentuer le phénomène précité.

M1 : Peut-être que, pour faire l'avocat du diable, peut-être le fait qu'on soit en **pénurie**, il y en a plein qui vont se dire c'est plus **facile** que je **donne** un antibiotique plutôt que je passe **10 minutes** à expliquer s'ils ont **trop** de patients.

- La consultation à distance

La pandémie du Covid-19 a pu contribuer à changer les manières de faire, spécialement en raison de l'introduction des consultations téléphoniques. Ne pas pouvoir examiner un patient pouvait pousser à une ordonnance plus facile selon un MG interviewé.

M7 : Maintenant, ça s'est rajouté **un peu plus d'antibiotiques** tu vois à cause des **consultations téléphoniques**, il te dit des choses qui sont **plus ou moins pas réelles**, il peut exagérer un peu, on avait pas le choix même pour nous c'était catastrophique de rester au téléphone toute la journée.

Les moments de la journée et de la semaine

Les fins de journée et de semaine (surtout le vendredi) ont été grandement citées comme facteurs qui pouvaient pousser la prescription, notamment différée pour les enfants, pour des côtés pratiques souvent.

M10 : A 8h du matin tu n'as pas la même réaction qu'à **20h du soir**, le **dernier patient** il va plus **facilement** avoir son antibiotique que celui du matin. Donc l'état du médecin joue aussi sur tout ça

M5 : C'est ça **purulent** ou avec une grosse fièvre, **dégradation de l'état général**, là j'ai tendance à en prescrire d'emblée, au-delà de 2 ans je me donne quand même une fenêtre de 48h, soit si on est **vendredi** par exemple je laisse la prescription aux parents en **antibiothérapie différée**.

*M6 : Et c'est vrai **vendredi soir un peu plus que lundi, mardi**, parce les gens disent « docteur je ne veux pas **attendre six heures aux urgences** pour mal de gorge ou la sinusite », alors là aussi j'aurais tendance à prescrire « achetez le sirop » aussi je dis « achetez la poudre mais ne préparez pas », comme ça reste valable.*

Les prestations au service de garde ont aussi été identifiées comme des incitants pour des raisons de sévérité des pathologies rencontrées, d'absence de suivi et de méconnaissance préalable des patients vus en garde.

*M2 : Et la **garde** pourquoi ? Parce qu'en général les cas que je vois en **garde** sont un peu **plus sévères** que les autres, ce n'est pas les mêmes cas que je vois comme ça en consultation.*

*M3 : **Un patient qu'on ne connaît pas**, on ne sait pas si on va le **revoir** si ceci si cela comme par exemple la **garde** ou un patient dont on **n'a pas le dossier** qui vient exceptionnellement, dont on ne connaît pas les antécédents, qu'on n'a jamais pu suivre, tout ça ça peut évidemment jouer, faire basculer.*

Les ressentis du soignant et des patients

Lors des consultations, des émotions, (pré)sentiments pouvaient émerger, chez les généralistes et les patients, et se répercuter dans leur décision de prescription. Nous pouvons citer :

L'inquiétude, la peur de dégradation ou de complication du patient, surtout face à une mécompréhension des signes d'alerte	<i>M5 : Après je pense que j'en prescris encore trop, parfois par peur, parfois pour rassurer même si j'essaye de ne pas le faire évidemment. Et donc du coup ma roue de secours, c'est un peu l'antibiothérapie différée surtout pour les enfants.</i>
L'instinct, l'impression clinique en développement avec l'expérience	<i>M8 : Donc c'est ça qui fait, si les parents on leur explique bien et qu'il faut revenir 2-3 jours réévaluer, qu'on voit qu'ils vont le faire, à ce moment-là je ne prescris pas d'office, mais je ne prescris jamais mais si je vois j'ai des doutes par rapport à ça je préfère couvrir l'enfant que j'ai pas de complications plutôt que de laisser l'enfant comme ça, et j'en ai eu quelques complications personnellement, j'en ai eu 2-3 qui se sont passées.</i>
Le doute, l'incertitude	<i>M2 : Et après je dois avouer qu'avec les années de pratique, il y a un truc qui intervient, on a beau suivre les guidelines, on a quand même un petit peu tendance après à suivre un petit peu son instinct, je ne pensais jamais le dire un jour mais quand même. On sent que voilà, c'est plutôt un truc bactérien et pas viral.</i>
L'impuissance face aux maux du malade à cause du peu d'options efficaces disponibles	<i>M4 : Bah oui bien sûr, bah quelques fois il faut l'avouer, c'est beaucoup plus facile évidemment de craquer quand on est inexpérimenté ou un peu inexpérimenté et quand on doute aussi un peu de soi, tu vois, on se dit bon c'est vrai mais si je ne prescris pas qu'est-ce qu'il va arriver ?</i>
	<i>M1 : Donc en fait ce que je veux dire par là c'est que voilà on nous demande de moins prescrire d'antibiotiques mais d'un autre côté on n'a pas d'alternatives parce qu'on nous dit voilà les « Medica® spray » c'est inefficace, les sirops pour la toux, c'est inefficace, et donc parfois c'est vrai qu'on se retrouve avec aucune option thérapeutique avec des gens qui sont malades devant nous et ils savent très bien qu'ils ont une otite, une rhinopharyngite. Eux ils viennent souvent, ils ont un doute que ce n'est pas grave, que c'est viral ou bactérien ou ils veulent le truc et nous on n'a pas d'options parfois et donc parfois on est obligés d'aller contre l'EBM pour soulager les patients parce qu'on n'a pas d'alternatives en fait.</i>

	La peur pour sa propre santé	<i>M8 : Puisqu'ils ont peur, c'est plutôt le ressenti du patient, pas une peur de moi, mais eux oui mais je suis cardiaque, j'ai une infection, ils me font partager leur peur.</i>
Patient	Le feeling du parent, surtout de la maman	<i>M5 : Parce qu'en tout cas pour les enfants, l'avis des parents est un très bon indicateur parce qu'eux voient leur enfant tous les jours et du coup ils savent dire est-ce qu'il mange bien, il boit bien, il joue bien et donc là je me fie à leur instinct quand c'est possible de le faire pour laisser la prescription de façon sereine et savoir qu'ils ne vont pas l'utiliser d'emblée.</i> <i>M8 : Et là vraiment j'ai j'ai le feeling d'une maman, surtout de la maman parce que quand elle dit « oui je vois il est pas bien il est trop pâle ».</i>

Les circonstances particulières du patient

Des circonstances connexes peuvent amener le médecin à prescrire comme le contexte socio-familial, l'impossibilité de revenir en consultation de suivi.

*M6 : Alors chez les enfants, c'est le **contexte** de l'enfant, le degré de pharyngite et **sa situation familiale** parce que là si tu dis « non non non » même on sait qu'on **gagne peut-être 2 jours**. Mais maman si on lui refuse parfois psychologiquement elle est un peu blessée : « oui je souffre j'ai une **vie difficile**, j'ai demandé au médecin de couvrir mon enfant comme ça la nuit je peux dormir ». C'est vrai il faut pas oublier la vie de chacun ce n'est pas la nôtre, **pour certaines mamans la vie c'est très dure**, elle travaille 8 heures, peut-être nous quand on rentre on peut se reposer mais elle, elle doit d'occuper des enfants, préparer la nourriture, elle doit dormir la nuit pour retourner au boulot le lendemain alors c'est deux fois plus dur qu'un homme.*

*M4 : Tu aimerais bien le revoir à 48h mais il te dit « je **voyage, je pars demain** » ou il te dit « **je ne sais pas venir**, c'est mon fils qui m'a amené ». Et tu n'as pas la possibilité ni toi ni un collègue d'aller le voir à domicile donc là tu te retrouves de nouveau avec une **inaccessibilité des soins, inaccessibilité à la consultation** ou à la visite à domicile qui est limitée et c'est un critère, un petit critère on va dire qui va te pousser à plus facilement prescrire un antibiotique.*

L'avance d'antibiotique en pharmacie

Le fait que le pharmacien délivre un antibiotique sans ordonnance médicale a été mis en évidence par une minorité de médecins.

*M7 : **La pharmacie parfois il avance**, dans ces cas-là je n'ai pas le choix, j'avance l'antibiotique, bien sûr que **je le donne**.*

*M10 : Ça c'est le **pharmacien** qui donne aussi, qui n'a pas droit mais qui donne. [...] Ça par contre, là je ne résiste jamais, je **donne jamais** parce qu'il l'a reçu bah il à qu'à le payer le prix fort en fait.*

4) Le choix de l'antibiothérapie

Avant de détailler l'arsenal thérapeutique retrouvé dans notre échantillon, notons simplement que le refroidissement était le seul diagnostic où moins de la moitié des médecins interviewés s'abstenait de prescrire en toutes circonstances.

*M1 : Je t'avoue que dans une **rhinite**, je n'ai **jamais prescrit** d'antibiotiques.*

Les dosages, les posologies, les durées de traitements différaient fortement selon les médecins et les pathologies.

Les antibiotiques locaux

Des gouttes étaient prescrites essentiellement dans la rhinite et l'OMA, davantage pour les enfants. Dans le rhume, Fluimucil®, soframycine (composant antibiotique de la Sofrasolone®) et Neobacitracine® ont été cités dans des précédents verbatims. Il est apparu que les médecins plus âgés employaient de moins en moins ce type de molécules.

*M4 : Non certainement pas et je dois dire que ma pratique, au fur et à mesure du temps, a beaucoup changé par rapport à ça parce qu'on était avant beaucoup **plus férus d'antibiotiques locaux** qu'on mettait à toutes les sauces par exemple.*

*M9 : Je vais essayer, donc on commence par : la rhinite chez personne je ne vais donner des **antibiotiques même locaux**, c'est vrai qu'avant peut-être si c'était unilatéral chez un enfant et que ça durait depuis pas mal de temps j'aurais peut-être donné des antibiotiques locaux.*

Pour l'OMA, les antibiotiques locaux ci-dessous étaient souvent prescrits pour les otites perforées, avec des drains ou dans les cas qualifiés de léger.

	/	<i>M2 : Dans les otites je ne donne jamais de gouttes et aucun liquide pendant 1 mois dans l'oreille, pas de piscine, pas de natation.</i>
	Ciloxan® (ciprofloxacine)	<i>M6 : Oui Ciloxan® il est là pas depuis longtemps, Ciloxan® je l'utilise et ça peut marcher quand c'est léger. [...] Et dans la perforation aussi. [...] Mais sinon toujours quand il y a un drain et les sécrétions qui sont un peu gluantes, qui est solide, et qui peut bloquer le drain, qui peut donner une petite rougeur alors là il faut expliquer aux mamans qu'il faut bien nettoyer le nez, il faut passer l'air et tout ça et mettez un peu Ciloxan® qui peut vraiment ouvrir le drain au lieu de donner par la bouche.</i>
OMA	De Icol® Polydexa® Neobacitracine®	<i>M7 : On commence avec des gouttes locales si c'est vraiment début début début d'otite ou si c'est viral on commence avec De Icol®, les gouttes à base de cortisone mais sinon 1^{er} choix pour moi, c'est Polydexa®. [...] On a deux gouttes qu'on utilise souvent pour otite, Neobacitracine® aussi ça marche mais pas vraiment. [...] Toujours localement et si ça ne va pas dans quelques jours à ce moment-là je passe.</i> <i>M10 : Quand c'est une otite, une petite otitette, je mets facilement du Panotile® parce qu'il y a en même temps un anesthésiant. Sinon je déteste le Panotile® mais face à une perforée soit je donne rien soit je donne du Ciloxan® et parfois même du De Icol®.</i>
	Trafloxal®	<i>M9 : Sinon c'est vrai que je donne assez facilement des locaux, type Trafloxal®, sinon ça c'est peut-être plus amoxiclav ...</i>

L'antibiothérapie systémique

La molécule de 1^{ère} ligne la plus plébiscitée dans ces IVRS était l'amoxicilline. Un penchant à augmenter les doses d'amoxicilline se dégageait pour les enfants dans l'OMA par rapport aux autres IVRS. Dans une moindre mesure, ceci revenait également pour la durée de traitement.

Rhinite *M6 : Oui si je donne, je commence facilement avec **amoxicilline**. [...] J'essaye de donner à peu près 50-60 mg/kg. [...] 3 fois. [...] En moyenne **7 jours**. [...] **Adultes**, je choisis **1g**, sauf il y a des adultes aussi qui pèsent 40 kg, là je peux aller même 500 mg, déjà des gens qui sont **fragiles** et tout ça au niveau estomac et tout ça **1g 3x** sinon **500 mg 3x**.*

Pharyngite	<p><u>M1</u> : En général je mets de l'amoxicilline 500 mg 3x/jour pendant 5 jours si pas d'allergie.</p> <p><u>M10</u> : Amoxicilline en 1e intention puis si il y a des allergies. [...] 500 4 fois.</p> <p><u>M7</u> : Pour les plus grands, on ne donne pas les dosages agressifs, toujours on commence à partir de 12-13 ans, ça dépend des poids des personnes, 1g 2x/j, rare je fais 3x/jour.</p> <p><u>M8</u> : L'amoxicilline, 1e intention [...] 3x/jour dose de 70-80 mg/kg/j et 3x/jour pendant 6 jours minimum. [...] Les adultes c'est 1g 3x/j, 6 à 7 jours.</p>
OMA	<p><u>M5</u> : Et donc là je prescris d'emblée de l'amoxicilline mais là j'augmente la dose à 100 mg/kg/j pendant 7 jours avec éviction de l'eau pour l'enfant.</p> <p><u>M6</u> : Mais chez certains enfants quand on va arriver vers l'otite là personnellement je préfère 10 jours. [...] Amoxicilline en premier. [...] Moi j'ai jamais donné 100 mg/kg, oui théoriquement mais moi entre 50-70 mg/kg, 80 maximum quand il y a beaucoup de fièvre et tout ça.</p> <p><u>M2</u> : Je donne amoxi 1g pour les adultes mais parfois quand je vois que ça ne passe pas je mets un peu d'Augmentin®.</p>
Sinusite	<p><u>M10</u> : Les gens parfois ils ont mal dans les gencives, les yeux, ils sont vraiment, ils sont mal. Alors là je donne amoxicilline 1 g [...] 3 x oui. [...] Là aussi c'est entre 5 jours et une semaine, je leur dis si ça va bien après 5 jours vous arrêtez sinon vous finissez une semaine.</p>
<p>La pénéticilline a été évoquée par un seul médecin, dans l'angine en 1^{ère} intention mais son usage semblait limitée en raison d'un faible stock en pharmacie.</p>	
<p><u>M3</u> : Maintenant il existe une autre pénicilline qui vient de sortir, elle était effectivement disponible mais les pharmacies ne l'ont pas en stock. Donc si tu la prescris, on te téléphone et on te demande de changer en amoxicilline donc en fait tu perds ton temps, pourquoi ?</p>	
<p>L'amoxicilline associée à l'acide clavulanique était souvent mentionné en 2^e ligne surtout en cas de récives de l'affection ; si emplois répétés ou si non-amélioration actuelle ou antérieure, avec l'amoxicilline simple ; dans les situations de comorbidités ou d'antécédents médicaux pneumologiques, rénaux ou d'immunodépression, de diabète. L'association moléculaire était volontiers donnée en 1^{ère} intention par les médecins plus anciens surtout dans la sinusite.</p>	
Pharyngite	<p><u>M4</u> : Alors amoxiclav chez des patients qui probablement ont eu beaucoup de récives ou par exemple sinusite où on sait que c'est un des bons choix mais pas pour l'angine. [...] Ou si il y a d'autres comorbidités importantes. [...] Un patient fragile immunodéprimé connu comme ayant des problèmes rénaux éventuels ou autres, il faut vraiment faire très attention.</p> <p><u>M6</u> : Oui, chez certains qui sont fragiles, personnes âgées, diabétiques et tout ça, des antécédents bronchiques, des pneumonies, je donne amoxiclav. [...] Oui c'est rare. [...] En tout cas ça peut varier de 30 à 50 mg/kg/jour, 20 aussi ça peut marcher si l'enfant est déjà costaud.</p> <p><u>M8</u> : Certains patients chez qui on a de l'expérience que l'amoxi ça ne fait rien ou qui te disent « moi l'amoxi ça ne me fait rien », vraiment c'est les patient qui disent mais moi ma 1e intention c'est l'amoxi.</p>
OMA	<p><u>M3</u> : Oui des patients avec des comorbidités comme diabète ou des choses comme ça ou là on pourrait avoir peut-être effectivement des germes un peu différents quoi. [...] En général je donne souvent du 875 mg 3x/j 5-7 jours.</p> <p><u>M5</u> : Ici l'Augmentin® j'ai tendance à le prescrire plutôt chez des adultes qui ont souvent reçu de l'amoxicilline pour autre chose.</p> <p><u>M2</u> : 875 /125 3x/ jour pendant 7 jours, ça c'est vraiment quand je vois qu'il ne répond pas bien à l'amoxicilline. [...] Je mets 85 minimum. [...] Je fais ça avec deux sirops, en fait le problème c'est que dans les sirops la plupart du temps l'acide clavulanique n'est pas au bon dosage par rapport à l'amoxi.</p>

Sinusite	<u>M2</u> : Augmentin [®] , donc la même chose que pour l'otite. Si il y a pas d'amélioration j'ai tendance à donner de l' Augmentin [®] .
	<u>M5</u> : Oui tout à fait ça m'arrive aussi, à nouveau, ça dépend un petit peu du profil. Est-ce que c'est quelqu'un qui a souvent reçu des antibiotiques ? Ou alors si la personne avait déjà été pour ce rhume avec de l' amoxicilline et que ce n'est pas passé alors là je switche vers l' Augmentin [®] .
	<u>M4</u> : Alors dans la sinusite moi je prescrirais volontiers l' amoxiclav .[...]Oui en 1e intention .[...]875 oui. [...]7 jours, on essaye que le patient le prenne pendant 7 jours , accompagné toujours de préférence de décongestionnants nasaux locaux.

D'autres antibiotiques de la classe des macrolides, des céphalosporines, des quinolones et la clindamycine pouvaient être utilisés surtout en cas d'allergie à la pénicilline.

Rhinite	<u>M2</u> : Même schéma donc céphalosporines après tu peux passer aux macrolides .
Pharyngite	<u>M9</u> : Une céphalosporine oui alors je donne assez souvent une céphalosporine comme ça en plus je vois si ils n'ont pas des allergies croisées . [...] Euh non ça c'est plus hospitalier. Vraiment Duracef [®] .
	<u>M1</u> : Si allergie , je pourrais partir vers de l' azithromycine 3 jours 500 mg 2x/jour pendant 3 jours, donc 250 mg 2x/jour pendant 3 jours.
	<u>M2</u> : L' azithro 500 mg 1x/jour pendant 3 jours, clarithromycine 500 mg 2x/jour pendant 7 jours.
	<u>M4</u> : Le Biclar [®] est un très bon choix aussi surtout chez les enfants. La clarithromycine .
OMA	<u>M6</u> : Oui alors il y a plein de choix, azithromycine, Dalacin [®] . Oui ça aussi 300, 600 mg. [...] Dalacin [®] je pense on peut mettre 2-3 fois par jour selon la sévérité de ...
	<u>M7</u> : Je peux passer aux céphalosporines aussi Zinnat [®] , céfuroxime .[...]500 mg, pour les enfants, vraiment j'évite, maintenant il est en rupture de stock le Zinnat mais je compte plus avec Biclar [®] , je travaille, clarithromycine .
	<u>M1</u> : J'irais checker, je sais qu'on peut mettre de l' azithromycine qui est bactériostatique.
Sinusite	<u>M4</u> : Et la clarithro éventuellement quand il y a un problème d' allergie ou autre ou un passé déjà avec l'usage d' amoxicilline qui a déjà été utilisé à plusieurs reprises, à ce moment-là on essaye d'aller vers une molécule différente quoi, on pourrait suspecter des résistances ou des choses comme ça.
	<u>M9</u> : Euh je vais regarder là l'équivalent de Zinnat , céfadroxil alors. [...] Céfuroxime pardon.
	<u>M1</u> : Non IgE céphalo de 2e génération : céfuroxime axétil , pour les posologies, faut que j'aille vérifier.
Sinusite	<u>M4</u> : Dalacin [®] , clindamycine oui. 300 mg 3x/jour et on peut monter jusque 600 ... [...] C'est à peu près la même chose comme on traite un abcès dentaire qu'on peut traiter également une sinusite.
	<u>M6</u> : Oui on peut aller vers les générations comme lévofloxacin e ou ofloxacin e. [...] J'ai déjà utilisé si ça ne va pas du tout. Oui au cas où, si personne fragile qui ne peut pas soulever la tête, il faut la protéger.

L'utilisation de la clarithromycine était prépondérante chez les médecins issus de l'ULB.

D'autres paramètres étaient à même de mener au choix de ces classes d'antibiotique dans l'OMA et la sinusite :

	Le tympan bulleux	<u>M9</u> : Oui. Euh et [réflexion], allez, bah l' azithromycine , ça ça va probablement dépendre de l'aspect du tympan. [...] Si il est bulleux ou quoi je donnerais plus un azithro .
OMA	L'emploi antérieur d'amoxicilline	<u>M10</u> : Ça arrive quand même, ça peut arriver et puis ça dépend aussi de ce qu'a reçu déjà le patient avant, surtout les enfants ils ont déjà parfois eu une cure en hiver et tout ça alors on switche . [...] Et si parfois il y a aussi une otite associée . [...]
		<u>M1</u> : Un exemple où je ne donnerais pas : s'il n'y a pas de fièvre, si c'est un vrai un contexte d'infection virale des voies respiratoires (exemple :

	Une combinaison d'IVRS	<i>M7 : Minimum 5 jours, clarithromycine ça agit beaucoup plus rapidement, dans certains cas si jamais il n'y a pas d'amélioration ça veut dire pour mélange sinusite – angine, je passe par Zinnat, c'est 3e choix.</i>	pharyngite, glaires, touse). Vraiment si ce n'est pas juste une seule zone qui est infectée.
Sinusite	La non-amélioration sous antibiothérapie initiale	<i>M7 : Parfois les sinusites si elles persistent on doit passer par un autre antibiotique. Mais normalement Biclar® c'est assez, parfois il y a des personnes qui refusent mais on passe toujours vers amoxicilline il donne un bon résultat, même Zinnat. J'ai plus confiance sur Biclar®. <i>M8 : Oui oui là je dois dire que si ça ne va pas mieux, je passe quand même facilement au Dalacin®, fin la clindamycine. [...]Oui parce que c'est vrai que 300 mais 2x-3x/j. [...] Ça dépend un peu de la boîte, je pense qu'il y en a 32, donc ça fait 6 euh oui minimum 6 jours.</i></i>	

Les autres thématiques subsidiaires

- La perception de l'usage de l'antibiothérapie

L'impression de surprescription d'antibiotiques est beaucoup revenue, dans les IVRS par les généralistes belges. Les médecins plus âgés ont parfois été pointés du doigt comme davantage prescripteurs. A été mise en évidence l'existence d'une dualité gros/petits prescripteurs reliée à l'observance des recommandations.

*M1 : C'est un avis très personnel mais je trouve qu'en Belgique la prescription est peut-être **un peu supérieure** à ce que ça devrait être notamment dans les cas **d'infections virales des voies respiratoires supérieures** voire même dans les infections urinaires. [...] Je pense qu'effectivement, il y a une différence dans **l'âge** mais ce n'est pas toujours le cas. Il y a beaucoup de **vieux** médecins qui sont très à jour et EBM.*

*M5 : Je pense que les médecins **old school**, donc si je puis dire, **les plus anciens** ont une **prescription plus facile**.*

*M2 : J'ai l'impression, c'est l'impression forte que j'ai, certains généralistes essaient de suivre **au maximum les guidelines**. [...] J'ai l'impression que certains collègues ont tendance à **prescrire beaucoup d'antibiotiques**.*

*M3 : Moi très **heureux** de **ne pas prescrire** pendant deux ans, lui au fond très **heureux de prescrire** son cocktail de médicaments pendant deux ans aussi et d'avoir d'aussi bon résultats.*

Un autre ressenti a été cité : un participant estimait que l'abstention de prescription aux urgences les week-ends favorisait une surprescription en médecine générale en début de semaine.

*M7 : Ça dépend des cas parce qu'ici on a des **problèmes** avec les urgences, en **urgence** ils donnent presque jamais des antibiotiques même les patients qui sont malades. [...] Si tu regardes à l'hôpital ils donnent presque jamais d'antibiotiques, rare quelqu'un et je ne comprends pas pourquoi, c'est pas logique pour moi, mais voilà le système il est comme ça. [...] Ok je comprends très bien mais rajoutez encore 3-4 médecins parce qu'à cause des **urgences**, on est bourrés **lundi**, on a peur d'aller au travail et la plupart des gens ils sont déjà passés aux **urgences le week-end** et là vous voyez vous savez très bien même si c'est sinusite, bronchite tout ça ils donnent juste uniquement le traitement symptomatique. **Le reste doit être prescrit par nous** et ça j'ai pas compris pourquoi, ils sont la même chose médecins, ils ont le même accès, ils savent même prescrire tout, je ne peux pas le dire, tout ce qu'ils veulent mais les médicaments qui sont adaptés pour ces moments-là.*

Néanmoins, la notion de progrès quantitatif-qualitatif dans l'utilisation des antibiotiques a émergé surtout des médecins doyens de l'étude notamment via une meilleure diffusion des guidelines.

*M4 : Je trouve parce que sur les **20 dernières années**, on a quand même eu énormément de **guidelines** mises en place, la médecine générale s'est beaucoup organisée, il y a la **SSMG** qui a pris de l'ampleur, les sociétés **scientifiques de***

*médecine générale, les autres sociétés scientifiques se sont un peu mieux placées. Il y a eu je dois dire beaucoup **beaucoup de progrès** sur les **20 dernières années** mais si je me réfère moi à mes débuts il y a plus de 25 ans, c'était vraiment au **pifomètre**. C'était ouais on tapait des antibiotiques là où il n'en fallait pas, il y avait des médecins qui en donnaient tout le temps tout le temps.*

D'autres facteurs, dont certains précédemment cités à cette évolution, étaient : le message grand public de sensibilisation, une diminution de la réclamation de la part des patients, la pénurie de généralistes actuelle, l'octroi de davantage de temps au patient et à son éducation.

*M6 : Alors ici si je vois la **Flandre** c'est top mais là ce n'est pas seulement **les médecins, la population** aussi est bien **éduquée**. [...] Oui bien sûr les médecins aussi ils sont beaucoup plus professionnels, ils prennent le **temps**, expliquent bien, moi je vois vraiment tout le temps des médecins généralistes là-bas.*

Une variation entre quartiers et régions est aussi apparue.

*M7 : On est harcelés vous voyez où je travaille moi, ça veut dire c'est des **quartiers** à risque [rires], parfois c'est dangereux à refuser des choses.*

- Les sources d'informations

Dans le traitement antibiotique des IVRS, les soignants disaient utiliser un mix entre leur expérience provenant des stages, de la pratique des spécialistes, de la formation continue et les guidelines nationales en particulier celles de la BAPCOC accessibles via le SSMG et le CBIP, les cours universitaires, les revues scientifiques et les sites internet d'EBM.

*M1 : Le BAPCOC, je reviens souvent sur les **cours d'ORL** qu'on a eus ou les **cours d'infectio** car je trouve qu'ils étaient bien faits mais après c'est des recommandations de quand j'étais en master donc je reste quand même sur le **BAPCOC**, toujours en regardant les références si ça date de pas trop longtemps. Si ça date de trop longtemps, je préfère vérifier ailleurs **SSMG** ou **Minerva**.*

*M4 : On peut jeter un coup d'œil et on voit alors qu'en cliquant sur le diagnostic. [...] Tu as le **lien** qui s'ouvre sur **Ebpracticenet**.*

*M3 : Bah on l'apprend dans nos **stages** évidemment, on l'apprend aussi par **la formation continue** par la suite, on l'apprend aussi en général par **nous-mêmes**, par les **lectures**, on est influencés par des **documents médicaux** qui sont plus ou moins scientifiques [...] Et j'essaierais de tomber sur un **site universitaire** type hôpital universitaire de Rennes ou Paris voire même l'UCL ou l'ULB, d'avoir un **article ORL**.*

*M5 : Oui encore une fois les **cours** qu'on avait eus en dernière année et aussi sur les **stages de pédiatre** que j'avais faits en 6e, donc en avant-dernière année de médecine où je voyais un petit peu les **prises en charge en pédiatrie** de l'hôpital Erasme.*

*M6 : Je pense c'est un peu les **guidelines** mais **plus l'expérience** tu vois, moi j'utilisais plusieurs **guidelines**, je peux suivre les guidelines, j'ai suivi beaucoup les guidelines de **Domus Medica**, vous le côté francophone aussi il y a des guidelines. Comme moi je suis originaire ■, je suis beaucoup les **guidelines anglais et américains**. Guidelines à la fin chaque médecin il a **ses guidelines** mais selon son **expérience**.*

Les qualificatifs à propos des recommandations sur l'antibiothérapie des IVRS étaient les suivants : claires, synthétiques, organisées, accessibles, pratiques, parfois trop théoriques par rapport à la réalité du terrain.

M1 : La BAPCOC et les recommandations de la SSMG sur l'otite moyenne aiguë bien faites qui sont **claires et pratico-pratiques**, ce sont mes deux sources.

M2 : Je les trouve **claires**, c'est **résumé**, c'est **synthétique**, c'est bien fait, c'est corrélé à la littérature donc ce n'est pas mal.

M7 : Dans le programme, dans le **logiciel** qu'on utilise c'est plus qu'assez.

M10 : Les deux, les deux, c'est basé sur quelque chose de vrai mais après on s'adapte au patient, c'est ça qu'on oublie, ça reste quand même que de la **théorie tout ça**.

M3 : Disons que ils ont **bien scindé** ça quand même **en différents types de pathologies**, il y a les différents systèmes, système respiratoire, ils font quand même bien la distinction entre la simple rhinite, le mal de gorge effectivement, la sinusite, le mal de gorge aigu et compagnie, donc c'est assez bien fait.

A été épinglé par une jeune médecin que le côté thérapeutique des recommandations pouvait se montrer plus concis que le versant diagnostique.

M6 : Je trouve que c'est bien pour connaître les **dosages**, les indications mais il n'y a pas vraiment d'indications sur « oui à partir de ce moment-là on donne des antibiotiques ». [...] Mais donc pour **posologie** et **switch vers autre antibiotique en cas d'allergie** c'est bien fait mais il n'y a même pas d'orientation vers des scores ou quoi que ce soit.

Enfin une sorte d'évolution naturelle du médecin au fil de l'expérience transparaisait : plus on avançait, moins on se basait sur les guidelines qui peuvent être vues comme des balises.

M10 : Donc c'est **avec le temps** que tu, mais les **guidelines il faut commencer avec ça**.

M2 : Au début ils ont du mal un petit peu mais ils essaient, ils sont plus penchés vers les guidelines parce que tu as besoin de **repères au début** quand tu **commences**.

M9 : Un peu trop, la **réalité** c'est quand même toujours **différent** des guidelines mais c'est pour donner une idée. [...] Des **balises** oui plutôt, oui plutôt que des lignes franchement obligatoires.

- Le regard sur l'antibiorésistance

Concernant l'antibiorésistance, les médecins ont partagé leurs ressentis : la médecine de famille contribuait à l'accroissement de cette dernière et celle-ci était visible à leur niveau. Un médecin avait un avis contraire à ce dernier et un autre soignant était dans la nuance.

M2 : Non, on a un énorme impact je pense que l'**impact** par rapport à l'antibiorésistance il est plus important dans la **médecine générale** que le reste parce que lorsqu'on on fait le calcul du nombre de patients vus en médecine de manière de manière générale toute spécialité confondue, je pense qu'on traite 70% à 90% de la population, c'est fait par la médecine générale. Je pense que l'antibiorésistance est **un des problèmes majeurs** auquel devront répondre les **médecins généralistes** en priorité. C'est **nous les plus gros prescripteurs**.

M8 : Ça nous concerne énormément, parce qu'on est en **1e ligne**, c'est nous **les plus prescripteurs d'antibiotiques**, donc c'est une responsabilité, et c'est pour ça que j'insiste parce que le fait, ce

M6 : C'est une **réalité** mais **pas en Europe**, de notre côté la médecine est beaucoup plus évoluée, beaucoup plus structurée, la formation des médecins, on respecte 8/10, 9/10 mais c'est vraiment un **danger dans le reste du monde**. En Europe, il y a, si ça va se développer malgré tout ce qu'ils lancent ça peut arriver mais ça ne sera **pas la faute des médecins**. Surtout l'Europe ici, Pays-Bas, nous, les Allemands, les Français, Belgique.

M4 : Je pense que c'est une **réalité** mais je pense qu'on a fait beaucoup de **progrès**, moi je regarde historiquement dans le temps, je parle

*n'est pas anodin de mettre une antibiothérapie par voie locale : tu crées des résistances. Les germes c'est où ? C'est dans la sphère ORL, tu mets tout le temps tout le temps, c'est résistant et je leur demande je dis « maintenant l'amoxicilline puis on va passer aux antibiotiques les plus puissants avec tous les effets secondaires » et on les voit, franchement même les infections urinaires, **résistant résistant, résistant**, donc c'est des patients qui prennent énormément.*

*toujours moi de mon expérience, je ne pense pas qu'actuellement on est **beaucoup contributeurs** . Actuellement je pense que vous les jeunes on vous tape facilement dessus par exemple en vous disant « ah oui l'antibiotique pas tout de suite », bien voilà nana.*

- Divers

Seront simplement cités ci-après d'autres thèmes qui n'étaient pas forcément en relation directe avec les objectifs de l'étude mais pour lesquels les médecins ont accordé un temps de parole.

Ont été données des solutions, des pistes pour une prescription plus appropriée : expliquer au patient ses symptômes, ses éléments de l'examen clinique pendant la consultation, la communication, l'importance d'utiliser les termes à connotations neutres pour qualifier les observations sémiologiques, l'alliance thérapeutique avec le patient, comprendre le vécu du patient, rendre disponible les antibiotiques à spectre étroit notamment en délivrance à la pièce, rassurer le patient, accorder suffisamment de temps pour l'éducation thérapeutique. Le surdiagnostic apparent de l'allergie à la pénicilline, la difficulté à l'objectiver et à la scinder en IgE ou non IgE médiée ont également été mentionnés.

Discussion

Il ressort de cette enquête menée auprès de généralistes molenbeekois que la prescription d'une antibiothérapie dans les IVRS est un processus complexe. Entre le 1^{er} instant du contact avec le patient et la décision de prescrire, il existe tout un chemin très personnel où embûches et facilitateurs coexistent. Ce phénomène multifactoriel a déjà été décrit dans la littérature: ces facteurs peuvent être d'ordres individuels, interpersonnels, organisationnels, communautaires. [11] Ce travail a mis en évidence des paramètres abordés surtout sous un angle des incitants à la prescription. Rappelons sommairement ces derniers :

- les paramètres issus de l'interrogatoire : l'âge, la durée de l'affection, la dégradation de l'état général, la coloration/purulence de la rhinorrhée, les antécédents médico-chirurgicaux, la gravité des épisodes antérieurs de la pathologie elle-même, les spécificités relatives à la pharyngite et la sinusite.
- les composants de l'examen clinique : la fièvre, la palpation et l'inspection des régions ORL en particulier l'objectivation d'un exsudat amygdalien, d'un tympan bombé par du pus.
- les incitants qualifiés de non cliniques : le patient demandeur avec des caractéristiques évoquées, l'organisation de la pratique de la médecine de famille, les moments de la semaine et de la journée, les ressentis du soignant et des patients, les circonstances particulières du malade, l'avance potentielle en pharmacie.
- la sélection éventuelle d'une molécule à action locale ou systémique.

Comparons maintenant les résultats obtenus avec la littérature.

Les recommandations de bonne pratique

Tout d'abord, confrontons ces derniers aux guidelines nationales émises par la BAPCOC (*cfr annexe 8, résumé des recommandations BAPCOC pour les IVRS*).

Dans la rhinite, une première différence avec les guidelines apparaît : des antibiotiques étaient prescrits sur le terrain pour ce diagnostic a fortiori si la rhinorrhée était colorée/purulente ou en cas d'antécédents particuliers.

Pour la pharyngite, la BAPCOC liste une série d'antécédents qui, à l'exception de la pose d'une prothèse récente, ont été évoqués par les généralistes interviewés. Y sont repris également « *les patients gravement malades* », assertion qui peut laisser à interprétation. L'affaiblissement, l'odynophagie et la fièvre élevée ont été proposés comme critères dans

notre étude ainsi que par des experts. [15] Les critères de Centor/Mac Isaac sont souvent apparus explicitement ou implicitement dans ce travail et pouvaient servir d'appui au processus décisionnel de prescription. Néanmoins, la BAPCOC semble suivre l'avis de Minerva sur l'inadéquation de se baser sur ces échelles pour décider d'un traitement antibiotique en raison d'une prédictibilité étiologique streptococcique de 50% pour un score maximal et un portage asymptomatique fréquent du *S. pyogenes*. [16] A contrario, la Haute Autorité de Santé (HAS) en France inclut dans ses recommandations ces scores. [17] Dans l'OMA, les éléments pour lesquels les antibiotiques étaient indiqués ont surgi dans notre étude. Les MGs accordaient de l'importance à l'aspect de visu du tympan. Bien que le guide de pratique cite deux patterns (la bilatéralité de l'OMA chez les moins de 2 ans et l'otorrhée sur perforation tympanique), ces derniers ne sont pas des indications formelles mais il est stipulé que l'antibiothérapie per os peut réduire la durée des symptômes. Le même raisonnement est d'application pour une otorrhée sur drain tympanique¹². Comme pour la pharyngite, les guidelines de la HAS amènent des détails supplémentaires notamment sur l'aspect du tympan qui se doit d'être purulent et non congestif pour pouvoir justifier une ordonnance d'antibiotiques. [18]

Dans la sinusite, les indications de traitement élucidées sont similaires à celles de la BAPCOC qui mentionne en plus l'hydrocéphalie comme antécédent significatif.

Du point de vue thérapeutique, la BAPCOC ne recommande que la ciprofloxacine comme traitement local, uniquement dans l'OMA (si otorrhée en présence d'aérateurs transtympaniques). Nos entretiens ont révélé l'usage de nombreuses autres molécules en gouttes dans le rhume et l'OMA. Si on regarde les chiffres de prescription de la Neobacitracine[®], antibiotique utilisée dans la pratique, entre autres dans ces indications-là, on remarque que Molenbeek est la deuxième commune bruxelloise où les pharmacies en délivrent le plus, sur prescription des généralistes. (*cfr annexe n°9 : prescriptions de la Neobacitracine[®] faites par les généralistes bruxellois et délivrées en officine*). Quant aux antibiotiques systémiques, l'amoxicilline constitue le premier choix recommandé à part dans l'angine où il est conseillé plutôt de prescrire de la phénéticilline ou une céphalosporine de 1^{ère} génération. Dans la pharyngite tous les médecins prescrivaient de l'amoxicilline en 1^{ère} intention. Notons que la phénéticilline n'est commercialisée en Belgique que depuis mars

¹² Grades de recommandation 2A et 2B

2022 expliquant probablement sa sous-utilisation. Concernant l'usage de l'amoxicilline associée à l'acide clavulanique, cette association n'est recommandée qu'en 2^e ligne en cas de non-amélioration de l'affection sous amoxicilline simple, dans l'OMA et la sinusite. Dans notre étude, cet antibiotique bicomposé pouvait également être utilisé d'emblée dans la pharyngite, l'OMA et la sinusite moyennant caractéristiques particulières. La BAPCOC reprend les céphalosporines en cas d'allergie à la pénicilline non IgE médiées et l'azithromycine et la moxifloxacin dans la sinusite, pour le mécanisme IgE médié. Nos interviews ont mis en évidence également la clarithromycine, la clindamycine et deux autres quinolones, qui étaient utilisées tantôt dans l'allergie ou d'autres situations cliniques. Dans le résumé des caractéristiques du produit de la clarithromycine et la clindamycine, figurent les indications de pharyngite, d'OMA et de sinusite. Ces dernières molécules sont recommandées pour ces IVRS dans d'autres pays comme la Suisse ou la France.[19,20] La clarithromycine figurait également dans d'anciennes versions des guidelines de la BAPCOC.

Les autres études sur la question

D'autres recherches ont étudié le phénomène de prescription d'antibiotiques dans les IVR(S), notamment une revue systématique de la littérature de 2016 qui a analysé 53 études qualitatives sur le sujet. Cette dernière avait identifié des facteurs cliniques comme la fièvre élevée ou persistante dans les IVR(S), la coloration des expectorations, l'âge avancé et les comorbidités. [8] Dans notre échantillon, ce n'était pas tellement le chiffre de température qui pesait mais plutôt sa durée. D'autres points se retrouvent dans notre travail et dans d'autres études : l'exsudat tonsillaire, la palpation d'adénopathies cervicales, la douleur des points sinusaux, les expectorations jaunes [21]. Les patients atteints de comorbidités telles que la BPCO, le diabète ainsi que les patients âgés ou avec un antécédent de pneumonie apparaissent dans la littérature comme patients à « *haut besoin* » en antibiotiques. [22]

Notre étude avait repris la plupart des facilitateurs non cliniques retrouvés dans cette revue. Si nous jetons un œil aux ressentis du soignant, ils sont communs : le doute, l'incertitude, la peur d'une dégradation éventuelle du patient (a fortiori si le patient est incapable de reconnaître les signes d'aggravation pour reconsulter), l'usage de l'impression générale, le sentiment de devoir proposer quelque chose de tangible et efficace, se retrouvent dans les deux études. Même constat pour l'influence du moment de la journée et des prestations de

garde : la revue cite la fin de semaine, la veille de départ en voyage, pour éviter au patient de devoir consulter en garde ou à l'étranger. Pour la garde, la raison est à peu près la même : patients souvent méconnus. L'article rajoute aussi l'absence de continuité des soins pour les patients vus en garde, ce qui dans le contexte bruxellois paraît peu pertinent. [8]

Nos participants avaient en plus décrit la sévérité de la maladie des patients vus en garde et l'absence de suivi possible. Le manque de temps et la difficulté à faire de l'éducation thérapeutique lors d'une garde ont été élucidés dans la littérature.[10]

Ont été mises en évidence des circonstances particulières dans notre étude, la revue systématique parle de l'environnement de vie : le statut socio-économique, la vulnérabilité sur le marché de l'emploi, les hobbies. Les autres points de convergence sont : le développement de guidelines propres à chaque prestataire avec l'expérience qui permettrait de mieux discerner les IVR(S) à traiter par antibiotique, la fatigue du médecin, une expérience de complication antérieure, la demande d'antibiotique, moins fréquente dans les pays développés. Quant à la requête d'antibiotiques par le patient au médecin, qui motiverait une prescription, celle-ci a été qualifiée d'anecdotique tout comme dans la revue, qui évoque également, le rôle de l'inquiétude du patient pour sa propre santé. [8]

Une autre étude a mis en lumière des caractéristiques relativement similaires du « patient demandeur d'antibiotiques » : les primo-arrivants, les patients de langue ou de culture différente, les patients à faible littératie, les parents d'enfants malades (rôle du feeling parental). [22,23] La demande du patient influencée par une expérience de prise d'antibiothérapie passée a également été identifiée [10].

A l'inverse la revue systématique mettait en lumière des éléments divergents : le manque de guidelines de qualité, la pression des délégués médicaux. A travers nos entretiens, une satisfaction était exprimée envers la disponibilité des guidelines. Les aspects médico-légaux en cas d'erreur, la volonté de rencontrer à tout prix les attentes des patients en vue de garder une bonne relation, la peur d'être considéré comme « mauvais docteur » ne transparaisaient pas véritablement dans notre travail sans doute au vu des disparités dans qui existent dans les systèmes de santé entre pays (médecine défensive, très libéralisée, etc.)[8]

D'autres éléments sont communs avec d'autres études comme le rôle du facteur temps : il existe une corrélation entre haut taux de prescription d'antibiotiques et volume élevé de patients vus par jour. L'âge et les années d'expérience jouent aussi, les médecins plus

aguerris prescrivent plus toutes choses étant égales par ailleurs [24,25]. Les médecins ayant étudié à l'étranger n'ont pas été cités dans notre étude mais le même lien existe. Systèmes de financement à l'acte et patients issus de milieux socio-économiquement sont deux variables associés à un plus haut taux de prescription [24]. Le ressenti de devoir prescrire à cause du pharmacien se retrouve aussi. [11].

Forces et faiblesses de notre étude qualitative

Même si d'autres recherches sur le même sujet ont été effectuées, l'originalité de notre enquête réside sur sa focalisation dans le contexte bruxellois et en particulier la commune de Molenbeek-Saint-Jean. Le chercheur en ma personne, a pu aller à la rencontre de MGs d'horizons différents (*cf tableau 3*). J'ai pu explorer avec eux leur manière de faire dans la pratique en essayant de partir de cas cliniques de leur quotidien. Un des objectifs était de mettre par écrit la pensée, le raisonnement qui animent le généraliste face à un patient atteint d'IVRS. Ces phénomènes étant par essence complexe, ceci s'est reflété dans notre étude où une certaine exhaustivité des facteurs de prescription a été recherchée.

Néanmoins, le revers de la médaille est celui-ci : les résultats peuvent paraître denses et sembler manquer de caractère synthétique. Toutefois, cela a été le parti pris dans ce travail d'essayer au maximum de codifier « les circuits neuronaux » qui sous-tendent la prise de décision de prescription d'antibiotiques. Ont été mis en exergue des critères qui sont tantôt communs aux médecins tantôt divergents, parfois utilisés parfois pas selon les situations et les prestataires. Chaque médecin face à un patient « x » dans une situation « y » en intégrant une somme ou une combinaison de facteurs fera un choix de prescrire ou non. Voilà dans quoi réside cette fameuse complexité à laquelle s'est heurtée l'analyse des résultats. Comme le dit la citation : « *Le simple est toujours faux. Ce qui ne l'est pas est inutilisable.* ». Ma nature a fait pousser le curseur vers le complexe en veillant à ne pas rendre le dédale de concepts incompréhensible. D'ailleurs, bien que j'ai essayé d'être le plus objectif possible, il est probable que ma subjectivité ait coloré les étapes de la rédaction du guide d'entretien, des interviews (notamment en posant des questions orientées) et de l'analyse des résultats. En effet, j'ai une façon personnelle de raisonner, je possède mes propres opinions sur la manière de prescrire des antibiotiques dans les IVRS, j'estime que j'évite souvent de les prescrire. En reconnaissant mes postures, j'ai tâché d'être le plus scientifique possible. Ont manqué à ce travail un codage parallèle en double aveugle, un parcours des résultats de

l'étude avec les participants, une vérification tierce de la rigueur des (sous-)ensembles [14]. Ces étapes n'ont pas été réalisées vu l'implication nécessaire coûteuse en temps aux éventuels intéressés.

Des efforts ont été fournis pour rendre notre échantillon le plus représentatif possible. Il est fort vraisemblable que d'autres généralistes, dans un autre contexte sociogéographique, auraient pu donner d'autres avis. Une redondance des données existe certes dans ce travail, qui vise à tendre vers une « saturation des données ». L'ajout d'autres participants molenbeekoïses auraient pu rendre ce travail plus riche mais le recrutement n'a pas été chose aisée étant donné que la participation à l'étude se faisait de façon volontaire. Le consentement libre et éclairé des (non-)participants était une valeur primordiale à respecter. La sélection intentionnelle des médecins s'est donc faite sur base de critères prédéfinis. Un des biais relevé lors du recrutement des participants et des interviews était ma position d'étudiant. Quelques médecins pensaient qu'il s'agissait de juger leur pratique, d'évaluer leurs connaissances des guidelines et pouvaient soit refuser de participer ou alors ne pas être véridiques dans leurs réponses. C'est pourquoi je me suis efforcé de créer un climat de confiance avec les interviewés avant, pendant et après l'entretien.

Notre étude a permis de répondre à notre question clinique et à notre objectif de départ. Ses résultats sont pour la plupart cohérents avec les études sur le même sujet.

Perspectives

Nous avons pu souligner une série de facteurs à la prescription dans notre étude, lesquels sont consignés dans les guidelines pour certains. L'étude a décrit comment se basent des prescriptions d'antibiothérapie dans un échantillon déterminé. Tout au long de la réalisation de ce travail, l'idée principale qui m'est venue en tête pour compléter ce travail a été le désir pourquoi pas de s'impliquer dans une étude quantitative par questionnaire pour évaluer la connaissance des guidelines par les généralistes bruxellois. Ce questionnaire pourrait également inclure les critères cliniques et non cliniques mis en lumière dans notre recherche. On pourrait alors chiffrer la proportion de MGs qui utilisent les critères identifiés ici et établir sans doute des corrélations statistiquement significatives de sorte à identifier les variables où l'effort de réduction des antibiotiques est le plus pertinent en médecine générale. A titre d'exemple, s'il s'avérait qu'un pourcentage significatif de médecins prescrit des antibiotiques dans un rhume en raison d'une coloration verte de la rhinorrhée, on

pourrait accentuer la diffusion d'informations evidence-based auprès des médecins à ce sujet. Le même raisonnement pourrait s'appliquer aux éléments du score de Centor/ Mac Isaac et ainsi de suite. D'ailleurs ce dernier nous était enseigné en infectiologie comme sorte de guideline pour la prise en charge d'une pharyngite.

C'est donc en comprenant les sources d'un mal que nous pouvons lui trouver remède. L'antibiorésistance est une réalité, conséquence d'un usage inapproprié des antibiotiques, qui lui-même découle de la prescription de médecins. En étudiant le phénomène de prescription, des leviers d'action à la source pourront être trouvés pour endiguer cette menace à laquelle les médecins sont confrontés.

Conclusions

Soigner c'est faire des choix notamment, celui qui dans notre cas est dichotomique : prescrire ou ne pas prescrire. Deux possibilités situés en aval d'un processus décisionnel complexe, multifactoriel, avec des critères interreliés et propres à chaque médecin. Ce travail a exposé des facteurs de prescription d'antibiotiques dans des IVRS courantes, lesquels s'imbriquent dans plusieurs niveaux : le patient et son entourage, le médecin, le système de soins de santé, la société.

Bibliographie

- [1] Leroy R, Christiaens W, Maertens de Noordhout C, Hanquet G : **Propositions pour une politique antibiotique plus efficace en Belgique – Synthèse. Health Services Research (HSR)**. In Brussels : Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE) ; 2019.
- [2] De Sutter A, Piessens V, Poelman T : **Guide belge de traitement anti-infectieux en pratique ambulatoire**. In Brussels : Belgian Antibiotic Policy Coordination Commission (BAPCOC) ; 2022.
- [3] Soler JK, Okkes I, Oskam S, et al. **An international comparative family medicine study of the Transition Project data from the Netherlands, Malta and Serbia. Is family medicine an international discipline? Comparing incidence and prevalence rates of reasons for encounter and diagnostic titles of episodes of care across populations**. *Fam Pract*. 2012;29(3):283–298. doi : 10.1093/fampra/cm098.
- [4] Tyrstrup M, van der Velden A, Engstrom S, et al. **Antibiotic prescribing in relation to diagnoses and consultation rates in Belgium, the Netherlands and Sweden: use of European quality indicators**. *Scand J Prim Health Care*. 2017;35(1):10-18. doi: 10.1080/02813432.2017.1288680.
- [5] Wech M. **Antibiotiques, la fin du miracle ?** [En ligne] : Arte – Via Broadview Pictures ; 2018.
- [6] **Répertoire commenté des médicaments 2022**. In : Gand : Centre Belge d'Information Pharmacothérapeutique (CBIP); 2022.
- [7] Feron J, Legrand D, Kacenenbogen N, Freyens A, Tulkens P. **Evaluation de l'usage des antibiotiques en médecine générale en Belgique francophone: Détermination des raisons de la surprescription apparente et de la non-observance des recommandations de bonne pratique**. Paris, 27^e réunion interdisciplinaire de chimiothérapie anti-infectieuse, décembre 2007.
- [8] Germeni E, Frost J, Garside R, Rogers M, Valderas J, Britten N. **Antibiotic prescribing for acute respiratory tract infections in primary care: an updated and expanded meta-ethnography**. *Br J Gen Pract*. 2018;68(674):633-645. doi:10.3399/bjgp18X697889.
- [9] Patel A, Pfoh ER, Misra Hebert AD, et al. **Attitudes of High Versus Low Antibiotic Prescribers in the Management of Upper Respiratory Tract Infections: a Mixed Methods Study**. *J Gen Intern Med*. 2020;35(4):1182-1188. doi: 10.1007/s11606-019-05433-5.

- [10] O'Doherty J, Leader LFW, O'Regan A, et al. **Over prescribing of antibiotics for acute respiratory tract infections; a qualitative study to explore Irish general practitioners' perspectives.** BMC Fam Pract. 2019;20(1):27. doi: 10.1186/s12875-019-0917-8.
- [11] Saliba-Gustafsson EA, Nyberg A, Borg MA, Rosales-Klintz S, Lundborg CS. **Barriers and facilitators to prudent antibiotic prescribing for acute respiratory tract infections: A qualitative study with general practitioners in Malta.** PLoS One. 2021;16(2):e0246782. doi: 10.1371/journal.pone.0246782.
- [12] Roche D. **Réaliser une étude de marché avec succès.** Paris : Editions, 2009:31-48.
- [13] Savoie-Zajc L. **Comment peut-on construire un échantillonnage scientifiquement valide?** Recherches qualitatives. 2007; Hors Série – numéro 5 : 99-111.
- [14] Mireille Blais M, Martineau S. **L'analyse inductive générale : description d'une démarche visant à donner un sens à des données brutes.** Recherches qualitatives. 2006;26(2):1-18.
- [15] **L'usage rationnel des antibiotiques chez l'enfant en ambulatoire. Réunion de consensus Rapport du jury.** In : Brussels : Institut national d'assurance maladie-invalidité (INAMI) ; 2016.
- [16] De Meyere M, Matthys J. **Quelle est l'utilité des scores de Centor et de McIsaac pour le diagnostic de la pharyngite à streptocoques ?** [Web page]. 2013 Available from : <http://www.minerva-ebm.be/FR/Analysis/171#L1> (consulté le 31/03/2022)
- [17] HAS. **Choix et durée de l'antibiothérapie : Rhinopharyngite aiguë et angine aiguë de l'adulte** [Web page]. 2021 Available from : https://www.has-sante.fr/jcms/c_2722790/fr/choix-et-duree-de-l-antibiotherapie-rhinopharyngite-aigue-et-angine-aigue-de-l-adulte (consulté le 25/04/2023)
- [18] HAS. **Choix et durée de l'antibiothérapie : Otite moyenne aiguë purulente de l'enfant** [Web page]. 2021 Available from : https://www.has-sante.fr/jcms/c_2722749/fr/choix-et-duree-de-l-antibiotherapie-otite-moyenne-aigue-purulente-de-l-enfant (consulté le 25/04/2023)
- [19] Verolet C, Posfay-Barbe K. **Antibiotiques pour traiter la pharyngite à streptocoque chez les enfants en Suisse : est-ce encore utile ?** [Web page]. 2016 Available from : <https://www.revmed.ch/revue-medicale-suisse/2016/revue-medicale-suisse-506/antibiotiques-pour-traiter-la-pharyngite-a-streptocoque-chez-les-enfants-en-suisse-est-ce-encore-utile> (consulté le 25/12/2022)

- [20] VIDAL. **Substance active clindamycine** [Webpage] Available from : <https://www.vidal.fr/medicaments/substances/clindamycine-6742.html> (consulté le 25/04/2023)
- [21] Fischer T, Fischer S, Kochen MM, Hummers-Pradier E. **Influence of patient symptoms and physical findings on general practitioners' treatment of respiratory tract infections: a direct observation study.** BMC Fam Pract. 2005;6(1):6. doi: 10.1186/1471-2296-6-6.
- [22] Fletcher-Lartey S, Yee M, Gaarslev C, Khan R. **Why do general practitioners prescribe antibiotics for upper respiratory tract infections to meet patient expectations: a mixed methods study.** BMJ Open. 2016;6(10):e012244. doi: 10.1136/bmjopen-2016-012244.
- [23] Rebnord IK, Sandvik H, Mjelle AB, Hunskaar S. **Factors predicting antibiotic prescription and referral to hospital for children with respiratory symptoms: secondary analysis of a randomised controlled study at out-of-hours services in primary care.** BMJ Open. 2017;7(1):e012992. doi: 10.1136/bmjopen-2016-012992.
- [24] O'Connor R, O'Doherty J, O'Regan A, Dunne C. **Antibiotic use for acute respiratory tract infections (ARTI) in primary care; what factors affect prescribing and why is it important? A narrative review.** Ir J Med Sci. 2018;187(4):969-986. doi: 10.1007/s11845-018-1774-5.
- [25] Tell D, Engström S, Mölsted S. **Adherence to guidelines on antibiotic treatment for respiratory tract infections in various categories of physicians: a retrospective cross-sectional study of data from electronic patient records.** BMJ Open. 2015 15;5(7):e008096. doi: 10.1136/bmjopen-2015-008096.