



UNIVERSITÉ DE LILLE  
**FACULTÉ DE MÉDECINE HENRI WAREMBOURG**  
Année : 2022

THESE POUR LE DIPLOME D'ETAT  
DE DOCTEUR EN MÉDECINE

**Les représentations et ressentis des médecins généralistes concernant  
les bactéries multi-résistantes et l'antibiorésistance.  
Étude qualitative par entretiens ouverts.**

Présentée et soutenue publiquement le 2 juin 2022 à 18 heures  
au Pôle Formation  
par **Clémence LETURCQ**

---

**JURY**

**Président :**

**Madame le Professeur Karine FAURE**

**Assesseurs :**

**Madame le Docteur Anita TILLY-DUFOUR**

**Monsieur le Docteur Romain NÆSSENS**

**Directeur de thèse :**

**Monsieur le Docteur Alexandre MONTMUREAU**

---

## **Avertissement**

La Faculté n'entend donner aucune approbation aux opinions émises dans les thèses :  
celles-ci sont propres à leur auteur.

## Serment d'Hippocrate

Au moment d'être admise à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

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

Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

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

Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçue à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

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

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

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





## **Déclaration d'intérêts**

L'auteur ne déclare aucun conflit financier pour ce travail de recherche.

L'auteur déclare n'avoir aucun lien d'intérêt en rapport avec ce travail de recherche.

## Liste des abréviations

- **ABRI** – *Acinetobacter baumannii* Résistant à l'Imipénème
- **ATB** – Antibiotique
- **BLSE** - Bêta-Lactamase à Spectre Étendu
- **BMR** – Bactérie Multi-Résistante
- **C3G** – Céphalosporine de 3<sup>ème</sup> Génération
- **CHU** – Centre Hospitalo-Universitaire
- **CPP** – Comité de Protection des Personnes
- **CRAIHF** – Centre de Ressources en Antibiotologie et Infectiologie des Hauts-de-France
- **DALY** – Disability Adjusted Life Years
- **DPC** – Développement Professionnel Continu
- **ECBU** – Examen Cytobactériologique des Urines
- **EHPAD** – Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes
- **E-BLSE** – Entérobactéries productrices de Bêta-Lactamases à Spectre Étendu
- **E. coli** – *Escherichia coli*
- **HAD** – Hospitalisation À Domicile
- **INSERM** – Institut National de la Santé Et de la Recherche Médicale
- **MG** – Médecin Généraliste
- **MSU** – Maître de Stage Universitaire
- **OMS** – Organisation Mondiale de la Santé
- **ROSP** – Rémunération sur Objectifs de Santé Publique
- **SARM** – *Staphylococcus aureus* Résistant à la Méricilline
- **URPS** – Union Régionale des Professionnels de Santé

## Table des matières

<b>Résumé .....</b>	<b>11</b>
<b>Abstract.....</b>	<b>12</b>
<b>Introduction .....</b>	<b>13</b>
<b>I. Antibiotiques et antibiorésistance .....</b>	<b>13</b>
<b>A) Antibiorésistance : une menace mondiale .....</b>	<b>13</b>
<b>B) Consommation d'antibiotiques en France : quelques chiffres.....</b>	<b>13</b>
1) Généralités .....	13
2) En médecine de ville .....	14
3) En établissements de santé .....	15
<b>C) Antibiotiques « critiques » .....</b>	<b>15</b>
<b>II. Les bactéries multi-résistantes (BMR) .....</b>	<b>16</b>
<b>A) Définitions .....</b>	<b>16</b>
<b>B) Les BMR en quelques chiffres .....</b>	<b>16</b>
1) En ville .....	16
2) En établissements de santé .....	16
<b>III. Le médecin généraliste et l'antibiorésistance .....</b>	<b>17</b>
<b>A) Prescrire un antibiotique : une démarche complexe.....</b>	<b>17</b>
<b>B) Antibiorésistance : un problème sous-estimé par les médecins généralistes ? .....</b>	<b>17</b>
<b>C) BMR : mal connues en médecine ambulatoire ?.....</b>	<b>18</b>
<b>D) Objectifs de l'étude .....</b>	<b>18</b>
<b>Matériels et Méthode.....</b>	<b>19</b>
<b>I. Type d'étude .....</b>	<b>19</b>
<b>II. Population étudiée .....</b>	<b>19</b>
1) Critères d'inclusion .....	19
2) Lieux d'étude et méthode de recrutement.....	19
<b>III. Recueil des données .....</b>	<b>19</b>
<b>IV. Guide d'entretien .....</b>	<b>20</b>
<b>V. Caractéristiques des participants.....</b>	<b>20</b>
<b>VI. Suffisance des données.....</b>	<b>20</b>

<b>VII. Analyse des données .....</b>	<b>20</b>
<b>VIII. Aspects réglementaires et éthiques .....</b>	<b>21</b>
<b>Résultats .....</b>	<b>22</b>
<b>I. Résultats quantitatifs .....</b>	<b>22</b>
<b>A) Caractéristiques des interviewés .....</b>	<b>22</b>
<b>B) Entretiens .....</b>	<b>22</b>
<b>II. Les bactéries multi-résistantes .....</b>	<b>23</b>
<b>A) Représentations sur les BMR .....</b>	<b>23</b>
1) Généralités .....	23
2) Rencontrer la BMR .....	23
a. Modes de confrontation à la BMR .....	23
b. BMR : plus visibles à l'hôpital qu'en ville .....	24
3) Facteurs favorisant les BMR .....	25
a. Profil du patient atteint de BMR .....	25
b. Le recours aux soins favorise les BMR .....	26
4) Conséquences des BMR .....	26
5) Prendre en charge une BMR au cabinet .....	27
a. Influence du statut BMR du patient sur la pratique du généraliste .....	27
b. Traiter une infection à BMR en ville .....	28
6) Limites de la prise en charge d'une BMR en ville .....	29
a. Être limité par les recommandations .....	29
b. Être limité dans le choix de l'antibiothérapie .....	30
c. Être limité par la nécessité d'une prise en charge spécialisée .....	31
7) Lien ville-hôpital dans la prise en charge des BMR .....	31
a. Demander l'avis de l'infectiologue .....	31
b. Travail d'équipe entre ville et hôpital .....	33
c. Communication ville-hôpital .....	34
8) Prendre des précautions d'hygiène vis-à-vis des BMR .....	35
a. Pourquoi prendre des précautions d'hygiène ? .....	35
b. Précautions au cabinet .....	36
c. Précautions au domicile du patient .....	37
d. Précautions en EHPAD .....	37
e. Précautions à l'hôpital .....	38
<b>B) Ressentis sur les BMR .....</b>	<b>39</b>

1) Émotions ressenties face à une BMR .....	39
2) Ressentis concernant la prise en charge d'une BMR en ville .....	40
3) Ressentis concernant les précautions d'hygiène .....	41
<b>III. L'antibiorésistance .....</b>	<b>42</b>
<b>A) Représentations sur l'antibiorésistance .....</b>	<b>42</b>
1) Généralités .....	42
2) Prescrire un antibiotique en ville .....	43
a. Représentations sur les antibiotiques.....	43
b. Décider de prescrire un antibiotique .....	44
c. Refuser de prescrire un antibiotique.....	46
3) Outils d'aide à la prescription d'antibiotique .....	47
a. Antibioclic.....	47
b. Autres outils d'aide à la prescription d'antibiotiques .....	48
c. Le Test de Diagnostic Rapide (TDR) pour l'angine .....	48
4) Sensibiliser les médecins généralistes à l'antibiorésistance .....	49
a. Pourquoi sensibiliser les médecins généralistes ? .....	49
b. Moyens de sensibilisation des généralistes à l'antibiorésistance .....	51
c. Limites de la sensibilisation des médecins généralistes.....	54
5) Lutter contre l'antibiorésistance.....	55
a. En favorisant le bon usage des antibiotiques .....	55
b. En sensibilisant les patients à l'antibiorésistance .....	57
c. En harmonisant les pratiques à l'international .....	59
6) « Les antibiotiques c'est pas automatique » .....	60
a. Une campagne marquante et efficace.....	60
b. Une campagne ancienne et insuffisante.....	61
7) L'antibiorésistance, une problématique santé-environnement-société .....	61
a. Résidus environnementaux d'antibiotiques .....	61
b. Antibiotiques vétérinaires.....	62
c. Prendre en charge de l'antibiorésistance en tant que problématique santé- environnement-société.....	63
<b>B) Ressentis sur l'antibiorésistance .....</b>	<b>64</b>
1) Émotions ressenties face à l'antibiorésistance.....	64
2) Ressentis lors de la non-prescription d'un antibiotique .....	64
<b>Discussion .....</b>	<b>67</b>

<b>I. Modélisation des résultats .....</b>	<b>67</b>
<b>II. Forces et faiblesses de l'étude .....</b>	<b>68</b>
<b>A) Faiblesses .....</b>	<b>68</b>
1) Facteurs de recrutement .....	68
2) Facteurs d'influence .....	68
3) Facteurs d'interprétation.....	68
<b>B) Forces.....</b>	<b>69</b>
1) Choix de la méthode .....	69
2) Validité interne de l'étude .....	69
a. <i>Crédibilité</i> .....	69
b. <i>Fiabilité</i> .....	69
3) Validité externe de l'étude .....	70
<b>III. Représentations sur les BMR et l'antibiorésistance .....</b>	<b>70</b>
<b>IV. Confronter les représentations médecins-patients pour favoriser l'éducation thérapeutique en matière d'antibiorésistance .....</b>	<b>71</b>
<b>V. Coopération ville-hôpital pour les BMR : l'exemple niçois du « Kit BLSE » .....</b>	<b>73</b>
<b>VI. Favoriser le bon usage des antibiotiques .....</b>	<b>74</b>
<b>A) Être aidé pour prescrire un antibiotique .....</b>	<b>74</b>
<b>B) Renforcer l'approche comportementale de la lutte contre l'antibiorésistance</b>	
76	
<b>VII. Lutter contre l'antibiorésistance par une approche « One Health » .....</b>	<b>77</b>
<b>Conclusion.....</b>	<b>80</b>
<b>Références bibliographiques.....</b>	<b>82</b>
<b>Annexes .....</b>	<b>91</b>
<b>Verbatim.....</b>	<b>96</b>

**Contexte** : La progression de l'antibiorésistance et des bactéries multi-résistantes (BMR) menace les progrès de la médecine moderne. Les médecins généralistes (MG), grands prescripteurs d'antibiotiques, sont au cœur de la lutte contre ce phénomène. Peu d'études existent sur les BMR en médecine générale.

**Objectif** : Explorer les représentations et ressentis des MG des Hauts-de-France concernant les BMR et l'antibiorésistance.

**Méthode** : Étude qualitative régionale par entretiens individuels ouverts, auprès de MG des Hauts-de-France de septembre 2021 à janvier 2022. Analyse par méthode inspirée de la théorisation ancrée et triangulation jusqu'à suffisance des données.

**Résultats** : Les MG voyaient les BMR comme une problématique plus hospitalière que libérale. Face à leur progression, la peur et l'inquiétude qu'elles généraient, ils désiraient s'informer, se former et éduquer les patients à leur sujet. Ils les rencontraient chez des patients âgés, poly pathologiques, en EHPAD, en sortie d'hospitalisation, ou via un examen bactériologique. La prise en charge des BMR en ville nécessitait un avis spécialisé, et se heurtait à des recommandations et choix d'antibiotiques limités, à pallier par le renforcement d'un relai ville-hôpital. Les MG prescrivaient quotidiennement des antibiotiques, avec l'appui d'outils d'aide à la prescription, mais aussi sous contraintes telles que le temps ou la demande du patient, aboutissant parfois à des prescriptions inadaptées, sources d'antibiorésistance. Les MG évoluaient, avec leurs patients, au sein d'une société et d'un environnement pourvoyeurs d'antibiorésistance. La lutte contre ce phénomène devait s'articuler autour de tous ces acteurs.

**Conclusion** : La lutte contre l'antibiorésistance et les BMR est un enjeu d'avenir pour la santé publique. Les représentations des MG à ce sujet apparaissaient cohérentes avec les données de la science et celles des patients atteints de BMR. Des axes de lutte à fortifier sont l'action comportementale sur les MG et les patients, l'éducation thérapeutique et la coopération ville-hôpital, associées à des mesures globales prenant en compte la santé humaine, animale et l'environnement.

**Background:** The antimicrobial resistance and multi-resistant bacteria's (MRB) progression threatens the progress of modern medicine. General practitioners (GPs), major antibiotics prescribers, are at the heart of the fight against this phenomenon. Few studies exist on multi-resistant bacteria in general medicine.

**Objective:** Explore the GPs' representations and feelings concerning MRB and antimicrobial resistance in Hauts-de-France.

**Method:** Regional qualitative study by individual open interviews with Hauts-de-France GPs from September 2021 to January 2022. Analysis by a method inspired by anchored theory and triangulation until sufficient data is obtained.

**Results:** The GPs saw the MRB as a more hospital than a liberal issue. Facing their progression, the fear and anxiety they generated, they wanted to research and educate themselves, and teach patients about them. They encountered them in elderly polypathological patients, in nursing homes, on their leaving a hospital or via a bacteriological examination. The MRB management in cities required a specialist's advice, and met with limited recommendations and a limited choice of antibiotics, to be overcome by strengthening a city-hospital relay. GPs prescribed antibiotics daily, with the support of prescription assistance tools, but also under constraints such as time or patient request, sometimes resulting in inappropriate prescriptions that were sources of antibiotic resistance. GPs evolved, with their patients, within a society and an environment that provided antibiotic resistance. The fight against this phenomenon had to be articulated around all these actors.

**Conclusion:** The fight against antibiotic resistance and MRB is a future challenge for public health. The representations of GPs on this subject appeared to be consistent with scientific data and those of patients with MRB. Fight areas to be strengthened are behavioral action on GPs and patients, therapeutic education and city-hospital cooperation, associated with global measures taking into account human and animal health and the environment.



## **I. Antibiotiques et antibiorésistance**

### **A) Antibiorésistance : une menace mondiale**

L'antibiorésistance est considérée par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) comme l'une des menaces les plus sérieuses pour la santé publique (1).

En France, l'antibiorésistance est la cause de 5543 décès par an, chez des patients atteints d'infections à bactérie résistante. 124806 patients par an développent une infection à une bactérie résistante (2). A l'échelle mondiale, l'antibiorésistance aurait été responsable d'1,3 million de décès en 2019 (2).

Avec les antibiotiques, la médecine a fait des progrès considérables en matière de chirurgie, de greffe d'organes, de néonatalogie ou de réanimation. Si l'antibiorésistance se développait davantage, ces interventions deviendraient impossibles (2). Elle remettrait en question la capacité à soigner des infections, même banales, en médecine de ville, hospitalière ou vétérinaire (2).

A l'horizon 2050, les maladies infectieuses d'origine bactérienne pourraient devenir une des premières causes de mortalité dans le monde (2). Le coût financier de l'antibiorésistance pourrait s'élever à 1,5 milliard d'euros en Europe et plus de 55 milliards de dollars aux États-Unis. Dans le monde entier, ce coût pourrait s'élever à 100 000 milliards de dollars (2).

### **B) Consommation d'antibiotiques en France : quelques chiffres**

#### **1) Généralités**

En 2019, en France, 772 tonnes d'antibiotiques ont été vendues, destinées à la santé humaine (3). En santé humaine, 93% des antibiotiques sont dispensés en médecine de ville (13% relèvent d'une prescription hospitalière) et 7% sont dispensés en établissement de santé (3).

Les niveaux de consommation d'antibiotiques en santé humaine en France demeurent 30%

au-dessus de la moyenne européenne (4). L'exposition moyenne aux antibiotiques des habitants des Hauts-de-France est 10% plus élevée que la moyenne des Français (5).

A noter une diminution significative de la consommation d'antibiotiques en santé humaine en France en 2020 (6), avec 9,7 millions de prescriptions d'antibiotiques en moins en ville par rapport à 2019 (6). Cette baisse était moins marquée chez les plus de 65 ans et en milieu hospitalier (6). Elle survient dans le contexte particulier de la crise COVID-19, c'est pourquoi il a été choisi de conserver les chiffres des années précédentes dans les sections suivantes.

## **2) En médecine de ville**

Les trois antibiotiques les plus consommés en ville sont (1) :

- L'amoxicilline (35,9%)
- L'association amoxicilline-acide clavulanique (18,9%)
- Les macrolides (12,3%).

Viennent ensuite les tétracyclines, les fluoroquinolones et les céphalosporines de troisième génération (C3G).

Entre 2009 et 2019, la consommation d'antibiotiques en médecine de ville s'est stabilisée et avec une légère tendance à la baisse entre 2016 et 2019 (3). La part des pénicillines a régulièrement augmenté et représentait en 2019 près de 57% de la consommation d'antibiotiques (3).

Dans le cadre de la Rémunération sur Objectifs de Santé Publique (ROSP) des médecins généralistes, en 2019, l'Assurance Maladie a enregistré une baisse des prescriptions d'antibiotiques chez les patients adultes âgés de 16 à 65 ans, sans Affection Longue Durée. On note -6,6 prescriptions pour 1000 patients par rapport à 2016 (3). Le nombre de prescriptions d'antibiotiques « critiques » diminue de façon plus marquée : -8,5 prescriptions pour 100 patients par rapport à 2016 (3).

### 3) En établissements de santé

Rapportée à l'ensemble de la population française, la consommation d'antibiotiques en établissements de santé (publics et privés) est stable entre 2009 et 2019, autour de 1,7 dose pour 1000 habitants par jour (3). La quantité d'antibiotiques consommée dépend du type d'activité : elle est deux à trois fois supérieure dans les services de maladies infectieuses et réanimation que dans les services de chirurgie et autres services de médecine (3).

Les antibiotiques les plus utilisés en établissements de santé sont (1) :

- L'association amoxicilline-acide clavulanique (26,5%)
- L'amoxicilline (14,4%).

Viennent ensuite les quinolones (12,9%) et les C3G (10,4%).

Les carbapénèmes et les antibiotiques ciblant les staphylocoques résistants à la méticilline sont essentiellement utilisés en réanimation (1).

L'exposition aux antibiotiques des enfants hospitalisés est sous-estimée (3).

#### C) Antibiotiques « critiques »

L'Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des produits de santé a établi une liste d'antibiotiques particulièrement générateurs de résistances bactériennes (7) :

- Association amoxicilline-acide clavulanique
- Céphalosporines (surtout les spécialités administrées *per os*, les troisièmes et quatrièmes générations)
- Fluoroquinolones
- Témocilline (pression de sélection en lien avec la problématique d'une dose optimale non établie).

Des précisions y ont été apportées début 2022 par la Société de Pathologie Infectieuse de Langue Française (8), détaillant les molécules à usage préférentiel ou restreint en ville et en établissement de santé, selon leur impact sur les résistances bactériennes.

## **II. Les bactéries multi-résistantes (BMR)**

### **A) Définitions**

Les BMR sont des bactéries qui conjuguent plusieurs mécanismes de résistance à plusieurs familles d'antibiotiques, ce qui limite les possibilités thérapeutiques en cas d'infection (9).

Les BMR dont l'épidémiologie est surveillée (9) sont :

- *Staphylococcus aureus* résistant à la méticilline (SARM)
- Entérobactéries productrices de bêta-lactamases à spectre étendu (E-BLSE)
- *Acinetobacter baumannii* résistant à l'imipénème (ABRI).

### **B) Les BMR en quelques chiffres**

#### **1) En ville**

Concernant *Escherichia coli* (E. coli), la résistance aux C3G pour des patients vivant au domicile a augmenté entre 2012 et 2015 pour atteindre 4,2% et diminue depuis 2016 (3,4% en 2019) (3). Sur la même période, pour les patients vivant au domicile, la résistance d'E. coli aux fluoroquinolones est stable autour de 10-11% (3).

En EHPAD (Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes), la résistance d'E. coli aux C3G est plus élevée. Elle a augmenté entre 2012 et 2015, puis a baissé pour atteindre 9,9% en 2019 (3). La résistance d'E. coli aux fluoroquinolones y est nettement plus élevée. Elle a atteint 26% en 2015, puis a baissé pour atteindre 19,5% en 2019 (3).

Entre 2008 et 2016, on a constaté une tendance à la diminution de la proportion de souches de SARM (10).

#### **2) En établissements de santé**

La résistance d'E. coli aux C3G a fortement augmenté depuis 2006, avec un pic à 11,2% en 2016. Elle s'est ensuite stabilisée, puis a diminué pour la première fois entre 2018 et 2019 pour atteindre 8,8% (3).

L'incidence des E-BLSE a augmenté entre 2008 et 2016, mais depuis 2016, une baisse semble

s'amorcer avec 53 cas pour 100000 journées d'hospitalisation en 2019 (3).

Entre 2006 et 2016, l'incidence du SARM a régulièrement diminué (10).

### **III. Le médecin généraliste et l'antibiorésistance**

#### **A) Prescrire un antibiotique : une démarche complexe**

Les recommandations de prescription des antibiotiques sont connues des médecins généralistes mais leurs définitions sémiologiques et limites nosologiques sont variables d'un praticien à l'autre (11).

La volonté des médecins généralistes d'améliorer quantitativement et qualitativement leur prescription d'antibiotiques se heurte au fait que cette prescription résulte d'une démarche intellectuelle complexe, prenant en compte des facteurs médicaux et non médicaux (12). Elle ne constitue pas qu'un acte médical purement rationnel, et résulte d'un ensemble de contraintes ou besoins des médecins et de leurs patients (12).

Par exemple, la contrainte de temps est un obstacle majeur à la non-prescription médicamenteuse (13). La prescription d'un antibiotique est considérée, à tort (14), comme une solution pour gagner du temps en consultation (12).

#### **B) Antibiorésistance : un problème sous-estimé par les médecins généralistes ?**

L'augmentation des résistances en ambulatoire n'est pas ressentie comme un problème majeur dans la pratique quotidienne des médecins généralistes (12).

Les résistances bactériennes ambulatoires sont considérées comme moins fréquentes, mais également moins problématiques, l'arsenal thérapeutique permettant, dans la très grande majorité des situations cliniques, de réaliser le traitement antibiotique en ambulatoire (12).

Pour la plupart des médecins généralistes européens, l'antibiorésistance n'est pas un problème de pratique individuelle, mais un problème d'ordre national (15).

Il semble y avoir une sous-estimation de la réalité de l'antibiorésistance dans la pratique courante des médecins généralistes (16).

### **C) BMR : mal connues en médecine ambulatoire ?**

Peu de données existent concernant les représentations et connaissances des médecins généralistes au sujet des bactéries multi-résistantes. En 2013, une étude a montré que moins de la moitié des médecins généralistes, interrogés dans la région de Melun, avaient connaissance du statut BMR de leur patient (17). La connaissance du statut BMR n'avait un impact sur la prise en charge du patient que dans 31% des cas (17). Plus de la moitié des médecins généralistes interrogés ont déclaré avoir rencontré des difficultés thérapeutiques dans la prise en charge des BMR (17). Très peu de médecins généralistes modifiaient leur hygiène globale au cabinet en présence d'un patient porteur de BMR (17). Il apparaissait que les médecins connaissaient la notion de BMR, mais ne l'intégraient pas encore dans la prise en charge globale du patient, et n'en tenaient probablement pas compte pour les options thérapeutiques ultérieures en termes d'antibiothérapie (17). Ces notions étaient confirmées par une étude réalisée auprès de médecins généralistes du Perche (18).

### **D) Objectifs de l'étude**

Beaucoup d'études se sont penchées sur les pratiques des médecins généralistes en matière de prescription d'antibiotiques. Peu d'études françaises ont évalué les déterminants de cette prescription, acte non strictement rationnel (16). Les bactéries multi-résistantes et leur prise en charge semblent mal connues en médecine générale, et peu de données existent à ce sujet.

L'objectif principal de cette étude est d'explorer les représentations et ressenti des médecins généralistes des Hauts-de-France concernant les BMR et l'antibiorésistance

L'objectif secondaire est de confronter les représentations des médecins généralistes concernant les BMR et l'antibiorésistance, à celles de patients concernés par les BMR, issus de la même région, recueillies par le Dr Montmureau en 2019 (19). Ces représentations étaient exhaustives et en cohérence avec les données de la science.

## **I. Type d'étude**

Il s'agissait d'une étude qualitative régionale par entretiens ouverts (20), avec une méthode de recueil inspirée de la théorisation ancrée (21).

## **II. Population étudiée**

### **1) Critères d'inclusion**

La population étudiée a été constituée de médecins généralistes libéraux exerçant dans les Hauts-de-France.

### **2) Lieux d'étude et méthode de recrutement**

Le recrutement des médecins généralistes participants a été fait via la diffusion de la newsletter de l'Union Régionale des Professionnels de Santé (URPS) Médecins Libéraux Hauts-de-France (Annexe 1), après obtention du soutien de leur comité de suivi des thèses (Annexe 2) puis par effet « boule de neige ».

Après un premier contact téléphonique avec l'interviewé, une lettre d'information présentant l'étude lui était envoyée par mail (Annexe 3). Une date et un lieu de rendez-vous à la convenance de l'interviewé étaient ensuite décidés.

## **III. Recueil des données**

Les données ont été recueillies par entretiens individuels ouverts. L'investigatrice a préalablement réalisé plusieurs entretiens fictifs auprès de médecins de son entourage et a étudié la littérature pour se former à la recherche qualitative et aux entretiens ouverts.

Les entretiens ont été effectués entre le 14 septembre 2021 et le 27 janvier 2022.

Chaque entretien était enregistré avec deux dictaphones (application Dictaphone de l'iPhone12® et dictaphone électronique Olympus® WS-811), puis retranscrit intégralement sur logiciel Word® et anonymisé. Les verbatim n'ont pas été retournés aux interviewés pour

correction.

La chercheuse n'ayant pas les compétences nécessaires, la communication non verbale n'a pas été retranscrite. Le ressenti de la chercheuse était noté en fin d'entretien et en fin de retranscription.

#### **IV. Guide d'entretien**

Le premier guide d'entretien comprenait deux questions ouvertes d'accroche : « pouvez-vous me dire ce que vous évoque la notion d'antibiorésistance ? » et « quelle est votre expérience concernant les bactéries multi-résistantes ? ».

La suite de l'entretien s'effectuait selon les réponses de l'interviewé.

Le guide d'entretien initial a été enrichi au fur et à mesure des entretiens, retranscription et analyse des verbatim, pour aboutir au guide final (Annexe 4).

#### **V. Caractéristiques des participants**

Les caractéristiques suivantes ont été recueillies pour chaque participant en fin d'entretien :

- Sexe
- Âge
- Lieu d'exercice (urbain, rural, semi-rural)
- Mode d'exercice (seul, en groupe)
- Maître de stage universitaire (MSU) (oui, non).

#### **VI. Suffisance des données**

Le nombre de sujets n'était pas défini à l'avance.

Le recueil des données a été poursuivi jusqu'à suffisance des données, c'est-à-dire jusqu'à l'entretien numéro 11. La suffisance des données a été confirmée par les entretiens 12 et 13.

#### **VII. Analyse des données**

L'analyse des données a été effectuée selon une méthode inspirée de la théorisation ancrée.



Le codage a été réalisé à l'aide du logiciel d'analyse manuelle des données qualitatives NVivo®. Le codage ouvert a été réalisé au fur et à mesure des entretiens, afin de faire évoluer le guide d'entretien.

Une triangulation a été effectuée avec un interne de médecine générale formé à la méthode qualitative avec analyse inspirée de la théorisation ancrée, afin d'enrichir et discuter le codage ouvert. Le codage axial et l'analyse intégrative ont ensuite été effectués, permettant de dégager les résultats de l'étude.

### **VIII. Aspects réglementaires et éthiques**

Une déclaration a été faite auprès de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés : déclaration n°2021-191 en date du 13 juillet 2021 (Annexe 5). L'étude a bénéficié d'un avis du Comité de Protection des Personnes (CPP) Nord-Ouest IV, ne jugeant pas nécessaire l'obtention d'un accord préalable d'un CPP (Annexe 6).

Les interviewés étaient prévenus de ces démarches.

Le consentement, initialement par non-opposition, des interviewés à participer à cette étude a été confirmé à l'oral en début d'entretien.

## I. Résultats quantitatifs

### A) Caractéristiques des interviewés

	Âge	Sexe	Département	Type d'activité	Secteur	MSU
M1	30 ans	F	Pas-de-Calais	Collaboration en cabinet de groupe	Semi-rural	Non
M2	29 ans	F	Somme	Remplacements	Semi-rural Rural	Non
M3	56 ans	F	Pas-de-Calais	Cabinet de groupe	Rural	Non
M4	66 ans	H	Pas-de-Calais	Cabinet seul Activité hospitalière partielle	Rural	Oui
M5	29 ans	F	Nord	Collaboration en maison de santé pluri-professionnelle	Urbain	Non
M6	33 ans	H	Nord	Cabinet de groupe Activité hospitalière partielle	Urbain	Non
M7	42 ans	F	Nord	Cabinet de groupe	Semi-rural	Oui
M8	33 ans	F	Nord	Maison de santé pluri-professionnelle	Semi-rural	Non
M9	65 ans	H	Nord	Cabinet de groupe	Semi-rural	Oui
M10	33 ans	H	Nord	Cabinet de groupe	Urbain	Non
M11	53 ans	H	Somme	Cabinet de groupe	Semi-rural	Oui
M12	28 ans	F	Nord	Remplacements	Urbain	Non
M13	36 ans	H	Pas-de-Calais	Cabinet de groupe	Semi-rural	Non

Treize médecins généralistes libéraux des Hauts-de-France ont été interrogés au cours de treize entretiens. La moyenne d'âge de l'échantillon était de 41 ans, pour un âge allant de 28 à 66 ans. La médiane d'âge était de 33 ans. Sept femmes pour six hommes ont été interrogés, soit 53,8% de femmes pour 46,2% d'hommes. Quatre interviewés ont été recrutés via la liste de diffusion de l'URPS Médecins Libéraux Hauts-de-France et neuf par effet « boule de neige ».

### B) Entretiens

La durée des entretiens allait de 18 minutes 42 secondes à 60 minutes 28 secondes pour une durée moyenne de 31 minutes 53 secondes.

Cinq médecins ont contacté la chercheuse pour participer à l'étude suite à la diffusion de l'annonce de thèse via la newsletter de l'URPS. Un médecin a ultérieurement refusé de participer à l'étude, ne pouvant se libérer pour un entretien pendant la période de recueil.

Parmi les médecins contactés par effet « boule de neige », un a refusé de participer à l'étude.

## **II. Les bactéries multi-résistantes**

### **A) Représentations sur les BMR**

#### **1) Généralités**

Pour les médecins interrogés, la problématique des BMR était récente :

« *Nous, on connaissait pas ça. Donc, c'est assez récent* » (M4)

En progression :

« *Et forcément, de toute façon, le nombre de BMR va augmenter* » (M10)

Et internationale :

« *Un voyageur qui revient d'Inde, même chose. Inde, Chine, toute l'Asie du Sud-Est, c'est extrêmement pourvoyeur de BMR, la Thaïlande, les gonocoques résistants ça explose* » (M10)

#### **2) Rencontrer la BMR**

##### **a. Modes de confrontation à la BMR**

Les médecins disaient avoir rencontré des BMR au cours des études de médecine :

« *Mais j'ai fait pas mal de stages en externat à Périphérie A, où il y a eu l'épidémie d'ABRI, Acinetobacter résistant à l'Imipenème* » (M10)

Ils disaient également les rencontrer :

- En sortie d'hospitalisation :

« *Bah, ce sera sur des patients qui sortent d'hospitalisation* » (M8)

- En EHPAD :

« Si on intervient dans les EHPAD, au sein des établissements un peu médico-sociaux comme ça, on peu des fois en avoir » (M1)

- En posant le diagnostic :

« Mon problème de résistance antibiotique c'est surtout par rapport à mes retours d'ECBU par exemple » (M3)

### **b. BMR : plus visibles à l'hôpital qu'en ville**

Les BMR étaient rares en ville selon les interrogés :

« Les bactéries multi-résistantes, en ville, c'est un peu... enfin c'est rare » (M1)

Selon eux, car elles y étaient plus difficiles à documenter :

« Alors très rarement, heu... parce que déjà faut les documenter » (M10)

Ils soulignaient que certains examens bactériologiques n'étaient pas accessibles en ville :

« Et nous, ce qu'on a comme examens bactériologiques, en ville c'est essentiellement les ECBU. Parce qu'on fait pas d'hémocs en ville, on fait pas de... de PL en ville » (M8)

Les médecins interrogés trouvaient que la problématique des BMR était plus importante à l'hôpital qu'en ville :

« Parce que c'est vrai que comme c'est un problème qui est plus important en hospitalier » (M5)

Où elles exerçaient une pression beaucoup plus forte :

« Et actuellement, heu, même si en ville on a une pression beaucoup plus infime qu'en intra-hospitalier sur les BMR » (M10)

Particulièrement en services de réanimation :

« Donc il travaille en réa. Et souvent, il m'envoie les antibiogrammes des patients qui sont, BLSE, BMR, à tout. Donc moi je vois que c'est un peu la m\*\*\*e » (M2)

Et parce qu'elles impactaient directement le fonctionnement des services hospitaliers :

« Où là vraiment j'ai connu heu, la réanimation de Périphérie A coupée en deux avec la partie ABRI pure et la partie non-ABRI » (M10)

### 3) Facteurs favorisant les BMR

#### a. Profil du patient atteint de BMR

Selon les médecins interrogés, le patient atteint de BMR était un patient :

- Poly-pathologique :

« Heu, c'est vraiment des profils de patients particuliers, c'est-à-dire des patients avec des comorbidités assez importantes » (M6)

- Âgé :

« Et c'était de mémoire des patients assez âgés » (M12)

- Fragile :

« C'était des personnes âgées, ou au moins des personnes fragiles avec pas mal de pathologies » (M12)

- Atteint d'une pathologie sévère :

« Bon, on rencontre quand même des BMR surtout chez des gens qui sont avec heu... une pathologie grave » (M4)

- Victime d'infections à répétition :

« Heu, souvent, qui ont des antécédents également d'infections à répétition où là on commence à voir vraiment vraiment l'émergence de souches résistantes » (M6)

Les médecins ont rencontré des BMR chez des soignants :

« Mais j'ai eu un cas d'une jeune y'a pas longtemps qui était porteuse d'une BMR, qui était infirmière » (M12)

Les sujets jeunes étaient quant à eux rarement atteints de BMR selon les interviewés :

« Heu, voilà, bon, heu, après, au-delà de ça, chez des sujets plus jeunes, on y est assez peu confronté » (M13)

#### **b. Le recours aux soins favorise les BMR**

L'exposition répétée aux antibiotiques favorisait les BMR selon les médecins interrogés :

« Donc c'est surtout heu, des patients qui auraient été poly-antibiosés » (M8)

De façon générale, le recours fréquent aux soins favorisait les BMR :

« Mais heu, aussi un recours fréquent heu, aux soins, je pense que ça, ça joue heu, pas mal aussi heu... [...] Hospitalisé, d'aller souvent chez le médecin de, d'échanger ouais, je pense que ça, ça joue » (M12)

#### **4) Conséquences des BMR**

Les médecins interrogés voyaient la vie des patients bouleversée par l'infection à BMR :

« Donc c'est quelqu'un qui pendant dix-huit mois, sur une heu, sur une BMR qu'il a acquis, va avoir sa vie qui va être complètement chamboulée » (M10)

Notamment à cause des traitements instaurés pour la traiter :

« On met des antibiotiques qui ont des demi-vies de cinq mois, avec des rétinopathies, on va leur balancer ça pendant six mois » (M10)

Alors que pour eux, le portage asymptomatique de BMR impactait peu la vie du patient :

« Bah y'a deux types, y'a les gens qui sont juste porteurs sans être symptomatiques, donc ceux-là heu, ça fait pas grand-chose au quotidien pour eux » (M12)

Ils soulignaient que la BMR pouvait être mortelle :

« Et je crois savoir d'ailleurs qu'il y a des BMR qui sont extrêmement compliquées et heu, réfractaires à toute antibiothérapie, et à tout traitement et que y'a des gens qui meurent de BMR, je crois savoir » (M11)

## 5) Prendre en charge une BMR au cabinet

### a. Influence du statut BMR du patient sur la pratique du généraliste

Certains médecins généralistes modifiaient leur pratique en présence d'un patient BMR :

« *Oui, oui oui oui, ça modifie ma prise en charge en médecine générale* » (M7)

- Avec une réflexion différente autour de sa prise en charge :

« *Donc on est obligé d'avoir une réflexion un petit peu différente, de prendre un petit peu plus de temps, de se poser un petit peu plus* » (M10)

- Avec une demande d'avis spécialisé plus fréquente que pour une infection sans BMR :

« *On va je pense également beaucoup plus référer en secondaire à nos amis hospitaliers en... si jamais on n'arrive pas à trouver, des choses comme ça* » (M10)

- Avec la réalisation d'examens bactériologiques réguliers pour anticiper une nouvelle infection :

« *Mais j'ai appris à faire faire un ECBU régulièrement, pour vérifier s'ils sont encore BMR et pour avoir un coup d'avance le jour où ils deviennent symptomatiques et on a besoin d'un antibiotique* » (M11)

Alors que d'autres ne modifiaient pas leur pratique en présence d'un patient BMR :

« *Après au jour le jour je le traiterais pas, enfin, comment on dit, je le traiterais pas différemment* » (M5)

Voire n'avaient pas connaissance du statut BMR du patient :

« *Bah généralement on n'est pas au courant en plus* » (M2)

Certains disaient noter le statut BMR dans le dossier du patient :

« *Bah je, il est identifié BMR dans mon dossier* » (M11)

D'autres, non :

« Et puis c'est pas quelque chose qu'on va mettre non plus dans le dossier quoi, c'est pas un truc qu'on va mettre dans les antécédents heu « a une BMR », enfin en tous cas moi c'est pas quelque chose que je fais quoi, je le note pas dans les antécédents des patients quoi » (M1)

### **b. Traiter une infection à BMR en ville**

Certains médecins généralistes interrogés tentaient de gérer en autonomie l'infection à BMR :

« Bah on essaie de gérer nous-mêmes. Je pense que c'est quand même le propre de la médecine générale d'essayer de gérer soi-même » (M8)

- Notamment lorsque la bactérie était connue, avec un traitement accessible en ville :

« Un, c'est une BMR que je connais, que je maîtrise et heu, sur lequel j'ai une possibilité de thérapeutique facile, dans ce cas-là, typiquement Axépim, voilà, des thérapeutiques qu'on peut utiliser en ville, qui sont faciles d'utilisation, heu je vais le faire » (M10)

- En s'appuyant sur des outils d'aide à la prescription d'antibiotiques :

« Bah, les recommandations, enfin le Pilly, l'ePOPI, et puis heu Antibioclic qui nous facilite quand même bien la vie, on va pas se le cacher » (M13)

- En la documentant au maximum :

« Et je documente au plus possible » (M10)

D'autres médecins généralistes refusaient de gérer seuls une infection à BMR :

« Enfin, je VEUX pas gérer les BMR. Je saurais le faire effectivement, je suppose que quand tu le gères tu prends l'antibiogramme et tu prends au pif heu, allez on va faire celui-là, j'sais pas. Mais moi je ferais pas ça, je veux pas faire ça. Je gère pas les BMR en fait » (M7)

Mais le faisaient de manière pluridisciplinaire :

« Et de multidisciplinarité. Je ne prends pas de décision sur une BMR seule » (M7)

En demandant de l'aide :

- Au médecin spécialiste :



« Moi, dans les cas où j'ai eu ça, j'avais plutôt tendance à contacter un spécialiste, ou un infectiologue donc, ou urologue » (M8)

- Au biologiste du laboratoire d'analyses médicales :

« Et ça m'est déjà arrivé alors heu... une fois j'ai appelé le biologiste du labo, pour lui demander conseil et heu... » (M5)

D'après les interrogés, le traitement antibiotique de l'infection à BMR :

- N'était pas systématique :

« Heu, les BMR urinaires, je les traite pas, mais je les rince. Donc je leur demande de boire plus » (M11)

- Était adapté à l'antibiogramme :

« Heu, bah je prends un antibiotique qui est sensible à la bactérie heu en question » (M2)

- Était influencé par le site infectieux à traiter :

« Parce que je sais qu'il y a des antibiotiques qui vont pas être actifs, notamment au niveau prostatique » (M8)

- Tenait compte de l'historique infectieux du patient :

« Heu... bah toujours, regarder quand même, enfin moi j'aime bien heu, regarder, je montre un petit peu aux étudiants heu, la dernière infection, les derniers hauts taux de résistance heu, sur quels sites c'était pour voir un petit peu, on est sur le même site, le wash-out, combien de temps y'a pas eu d'antibiothérapie ou est-ce qu'on récupère un petit peu » (M10)

- Était différent des antibiotiques utilisés habituellement par le médecin généraliste :

« C'est juste que je vais devoir choisir des antibiotiques que j'ai pas l'habitude de prendre d'habitude » (M2)

## **6) Limites de la prise en charge d'une BMR en ville**

### **a. Être limité par les recommandations**

Même s'ils avaient pour volonté de les respecter en matière de prescription d'antibiotique :

« Ouais, je mets un point d'honneur à être en tous cas dans les recos, et à lire, à m'actualiser, à essayer de faire au mieux... à en tous cas essayer d'être le moins délétère possible » (M7)

Les médecins interrogés se disaient limités par les recommandations pour prendre en charge une BMR en ville :

« Et que nous en ville, si on suit les recommandations, on est très vite bloqués » (M1)

Voire ne pas en avoir à ce sujet :

« Parce que j'ai pas de recommandation en tête sur la conduite à tenir » (M7)

Selon eux, les recommandations actuelles d'infectiologie n'étaient pas pensées pour la médecine libérale :

« Parce que les recommandations en infectiologie c'est très bien, le problème c'est que c'est fait par des infectiologues hospitaliers, que heu, la pratique du libéral c'est autre chose, c'est, y'a, y'a une temporalité différente du libéral » (M10)

- Donc difficiles à appliquer en ville :

« Maintenant c'est ce que je vous disais tout à l'heure, je pense que c'est compliqué en ville de suivre parfaitement des recommandations » (M1)

- Et plus facilement applicables à l'hôpital :

« Y'a des choses qu'on peut plus facilement mettre en place à l'hôpital sur les recommandations que nous en ville » (M1)

Elles étaient parfois jugées inadaptées à la réalité du terrain :

« Par exemple on va nous dire, une infection urinaire chez un patient qui a une insuffisance rénale heu, pas d'antibiotique, enfin ils donnent pas de réponse parce qu'ils disent ça relève pas de la ville... Bah, dans la réalité... ça arrive. » (M8)

## **b. Être limité dans le choix de l'antibiothérapie**

Les médecins interrogés soulignaient que les antibiothérapies de première ligne utilisées en médecine de ville étaient insuffisantes pour traiter une infection à BMR :

« Encore une fois, parce que nous bah les médicaments en première ligne, en médecine ambulatoire, les BMR elles rigolent un peu... » (M10)

Ils mentionnaient le fait que les antibiothérapies parentérales étaient difficiles d'accès en médecine de ville :

« Mais en même temps on est en ville, on a quand même heu, un champ d'action assez modéré. Enfin, on n'a pas tous les antibiotiques, on peut pas... On n'a pas d'antibiotique parentéral ou très peu » (M1)

Et que certaines antibiothérapies étaient d'usage hospitalier exclusif :

« C'est-à-dire que parfois il y a certains traitements qui ne peuvent être délivrés qu'à l'hôpital » (M6)

Ce qui posait problème pour prendre en charge l'infection à BMR en ville :

« Et heu, bah ça devient compliqué de trouver des alternatives au traitement ambulatoire, notamment en ville » (M6)

### **c. Être limité par la nécessité d'une prise en charge spécialisée**

Pour certains médecins généralistes, l'infection à BMR relevait d'une prise en charge spécialisée :

« Moi je trouve c'est hyper spécialisé, enfin... Ça ne nous appartient pas, je vais dire, voyez je pense » (M4)

Qui nécessitait pour certains d'adresser les patients à l'hôpital :

« Donc très vite il va y avoir une orientation spé heu...en fin en tous cas médecine hospitalière, spécialisée heu... » (M1)

## **7) Lien ville-hôpital dans la prise en charge des BMR**

### **a. Demander l'avis de l'infectiologue**

L'avis de l'infectiologue était indispensable aux médecins interrogés pour prendre en charge une BMR en ville :

« C'est pour ça que l'appel à l'infectiologue quand y'a un doute ça reste quand même une priorité dans ce cadre-là » (M6)

- Il favorisait la prise en charge ambulatoire des BMR :

« Bah c'est quand même dommage d'envoyer une jeune femme de trente ans faire des perfusions d'aminosides à l'hôpital et de la laisser hospitalisée trois jours, alors qu'on peut le faire à domicile, enfin voilà, c'est... Et donc ça généralement, enfin voilà, on appelle l'infectiologue » (M10)

- Il évitait au patient des complications :

« D'être conforté et d'être pas tout seul à prendre une sanction d'antibiothérapie, et pourvoyeuse de BMR encore plus importantes, et qui peut avoir des dégâts sur le corps encore plus importants » (M10)

- Il répondait à des impasses thérapeutiques :

« Tout à fait, vraiment, quand je les appelle, je les appelle quand vraiment on est totalement bloqués en médecine libérale » (M13)

Les interviewés prenaient un avis auprès d'un infectiologue :

- De proximité :

« C'est oui, c'est vraiment un atout ici sur le secteur » (M6)

- Ou du centre régional de référence :

« Donc heu non, moi ça m'arrive d'appeler Ville D pour avoir un avis » (M13)

Les médecins interrogés décrivaient dans ce cadre :

- Un infectiologue référent accessible :

« On a des interlocuteurs qui sont plutôt faciles, plutôt accessibles » (M13)

- Ou au contraire peu disponible :

« Maintenant il y a pas un avis quotidien, et il y a pas quelqu'un qui répond au téléphone tous

*les jours, donc c'est pas toujours évident » (M1)*

- Des échanges intéressants avec l'infectiologue autour de la prise en charge du patient

BMR :

*« Et l'échange est pas compliqué, il est très souvent intéressant » (M7)*

La demande d'avis à l'infectiologue était parfois entravée par son aspect chronophage :

*« Si c'est compliqué, c'est parce qu'on passe un peu de temps entre les infirmières, les standards, à avoir le médecin » (M7)*

### **b. Travail d'équipe entre ville et hôpital**

Pour les médecins interrogés, la prise en charge des BMR passait par un travail d'équipe ville-hôpital :

*« Et donc ça, ouais ça c'est un travail d'équipe entre nous en ville et heu, l'hôpital » (M10)*

Le relai entre la ville et l'hôpital était fait par les services d'Hospitalisations À Domicile (HAD) et les prestataires de soins :

*« C'est notamment, à l'heure actuelle, il y a beaucoup d'hospitalisations à domicile aussi qui rentrent en jeu avec des prestataires qui peuvent faire les injections aussi en ville » (M6)*

- Qui permettaient d'utiliser des antibiotiques hospitaliers en ville :

*« Donc s'ils peuvent repartir à la maison avec des traitements entre guillemets « hospitaliers » c'est vraiment important » (M6)*

- Ou des antibiotiques parentéraux en ville :

*« Et les facilités de mise en place des HAD si besoin avec prestataire A et compagnie, on les fait passer, ou prestataire B, pour rapidement mettre en place l'antibiothérapie IV » (M10)*

- Sous la surveillance du médecin généraliste :

*« Sous la surveillance du généraliste, derrière, si besoin » (M6)*

Le patient hospitalisé au domicile n'était pas exposé aux germes nosocomiaux :

« *Donc bah les patients sont en plus de ça un peu moins exposés aussi aux infections nosocomiales* » (M6)

Les hospitalisations au domicile se déroulaient bien selon les médecins interrogés :

« *Ça se passe bien, oui* » (M6)

### **c. Communication ville-hôpital**

Le statut BMR d'un patient était transmis de l'hôpital à la ville via le courrier de sortie d'hospitalisation :

« *Bah, c'est écrit sur le courrier* » (M8)

Mais passait parfois inaperçu, pour les interviewés :

« *On lit pas les courriers dans leur globalité en général heu.. de A à Z parce que des fois ils sont bien bien chargés* » (M1)

- Notamment parce qu'il était peu détaillé :

« *Pour moi c'est juste la case à la fin, heu, à la fin du courrier* » (M2)

- Ou parce qu'aucune conduite à tenir n'était préconisée :

« *Mais après on n'a pas de conduite à tenir particulière* » (M1)

C'était parfois le patient lui-même qui informait le médecin de son statut BMR :

« *Bah, qu'il me le dise* » (M2)

Pour les médecins interrogés, détailler le statut BMR du patient sur le courrier leur permettrait d'y être plus attentifs :

« *Mais si on l'avait, heu voilà, écrit noir sur blanc, enfin pas juste la case en bas là « BMR / pas BMR » heu, qui du coup nous avance à rien, mais juste voilà « nous vous rappelons que ce patient est porteur de ça, ça, ça et ça implique ça, ça, ça » quoi. Je pense que ça pourrait peut-être nous permettre de, d'y faire plus attention* » (M5)

Certains médecins généralistes jugeaient la communication ville-hôpital mauvaise au sujet des BMR :

« *Au sujet des patients BMR, bah... pas terrible* » (M2)

Des perspectives d'amélioration étaient données par certains interviewés, pour faire de la communication ville-hôpital :

- Un moyen d'améliorer les pratiques des médecins généralistes :

« *Et juste je voudrais rajouter que nos professeurs et nos confrères hospitaliers, parfois ils disent « ce généraliste là il aurait pas du faire ça » et bien qu'ils nous le disent ! Et nous aussi, de notre côté, on peut leur dire que « ça, ça, ça nous manque »* » (M4)

- Un moyen d'orienter les médecins généralistes dans la prise en charge des BMR :

« *Et puis, est-ce qu'il y a eu des BMR, oui, et en fonction du BMR on pourrait avoir un, un, un standard national heu, dans le cadre des BMR urinaires il se passe ça, Monsieur Untel a été opéré d'un BMR sur une prothèse, mais heu, les recommandations de bonne pratique sont celles-ci* » (M11)

## **8) Prendre des précautions d'hygiène vis-à-vis des BMR**

### **a. Pourquoi prendre des précautions d'hygiène ?**

Les précautions d'hygiène étaient un moyen de prévenir le risque de transmission des BMR :

« *Faut qu'il fasse attention heu, à, pour pas que ça contamine tout le monde* » (M12)

Pour certains médecins interrogés, les BMR se transmettaient quoi qu'il arrive :

« *Ah ça, on peut pas la limiter la transmission* » (M4)

Des médecins généralistes évoquaient des mesures d'hygiène différentes :

- Selon le site infecté par la BMR :

« *Lui il est BMR U, lui il est pas BMR U, il est BMR cutané, lui il est BMR prothèse, lui il est BMR, et, et ça change tout* » (M11)

- Selon le soin réalisé au patient BMR :

« Heu, si c'est un BMR cutané sur une plaie de prothèse par exemple, et que c'est un BMR cutané, heu, si le pansement il est fermé, le pansement il est fermé. Donc y'a pas besoin de mettre une sur-blouse si on va pas faire le pansement, si on va juste lui donner à manger » (M11)

- Selon la BMR elle-même :

« Entre autres, alors après y'a plusieurs types de BMR donc on adapte effectivement les gestes heu, aux BMR en présence » (M13)

Elles étaient, d'après les interviewés, plus importantes pour les infections respiratoires :

« Parce que finalement y'a que les BMR respiratoires qui sont problématiques, et qui nécessitent vraiment des grosses mesures d'hygiène » (M11)

### **b. Précautions au cabinet**

Les médecins interrogés ne prenaient pas de précautions d'hygiène spécifiques pour les patients BMR au cabinet :

« Mais on va pas prendre de précautions particulières... » (M1)

Certains médecins interrogés se demandaient s'ils ne devaient pas en prendre :

« Peut-être qu'il faudrait » (M2)

D'autres n'y pensaient pas :

« Les mesures heu, bon c'est vrai qu'on n'y pense pas forcément » (M6)

N'en voyaient pas l'utilité :

« Mais au sein des cabinets... enfin je vois pas en quoi ça pourrait... en quoi on a quelque chose à faire quoi » (M1)

Ou ne les pensaient pas applicables en ville :

« Je pense pas que ce soit vraiment applicable sur le plan... que ce soit vraiment applicable en ville » (M6)



### **c. Précautions au domicile du patient**

Selon les interviewés, des précautions d'hygiène étaient à prendre au domicile du patient :

- Par le personnel paramédical :

« *Donc dans ces cas-là, c'est surtout aussi faire attention aux infirmiers et aux auxiliaires de vie quand elles y passent* » (M3)

- Lors des soins :

« *Après, s'il y avait des soins heu... si la toilette n'était pas faite par les infirmiers mais par les auxiliaires de vie, heu, je leur disais de faire attention aussi quoi heu...* » (M3)

- Vis-à-vis de l'entourage familial :

« *Mais disons que voilà, enfin, il faut que le patient soit informé et puis après on espère qu'il fait au mieux, qu'il fasse au mieux à la maison* » (M13)

Des médecins manquaient d'informations concernant la protection de l'entourage d'un patient

BMR :

« *Et j'avoue que les conseils pour protéger sa famille heu, j'étais un peu à court d'idée quoi* » (M12)

Certains essayaient de passer en dernier en visite au domicile des patients BMR pour ne pas contaminer le reste de la patientèle :

« *Bon, forcément, vu le circuit qu'on fait, on essaie de le faire en dernier lieu, en prenant conscience finalement que le risque c'est de contaminer aussi les autres* » (M6)

### **d. Précautions en EHPAD**

Pour les médecins interrogés, des précautions d'hygiène étaient prises en EHPAD vis-à-vis des patients BMR :

« *Par contre, dans les EHPAD oui bien sûr, quand on intervient au sein des établissements médico sociaux, là oui on va avoir heu... on va avoir les précautions qui sont mises en place* » (M1)

- Pour les soins, notamment :

« Mais on les isole pour les soins du coup » (M9)

- Ou en retour d'hospitalisation :

« Ça m'est déjà arrivé, par exemple quand ils rentrent de l'hôpital et qu'ils ont été en contact avec un BMR, et bah ils sont un peu à l'isolement le temps que leur deuxième prélèvement de BMR revienne négatif » (M2)

Les précautions d'hygiène en EHPAD étaient protocolaires :

« C'est tous des protocoles effectivement de sur-blouses, de gants, quelques fois d'isolement s'il le faut » (M9)

La présence d'un patient BMR en EHPAD impliquait le dépistage de tous les résidents selon certains médecins :

« En EHPAD... j'ai dû... mais pareil que la situation que j'avais eu en hospitalier en fait, bah y'avait eu un porteur et du coup on dépistait tout le monde heu... » (M5)

Pour d'autres, la transmission des BMR entre résidents d'EHPAD n'était pas problématique :

« Heu, infection urinaire, s'auto-contaminer par les heu, entre résidents c'est pas gênant » (M9)

### **e. Précautions à l'hôpital**

Les médecins généralistes savaient que des précautions d'hygiène étaient prises à l'hôpital vis-à-vis des BMR :

« Si c'est à l'hôpital, c'est ceinture, bretelles, et on fait à... enfin moi je considère qu'on fait un peu gaffe en rentrant dans sa chambre parce que si on commence à le transmettre ça va être un peu... la panique » (M2)

Pour protéger les soignants :

« Et nous on fait aussi attention à nous parce que forcément quand on rentre dans des

*chambres Ébola, quand on rentre dans des chambres de MERS-CoV ou quand on rentre dans des chambres de tuberculose XDR, bah on est soumis à un risque forcément de l'attraper donc » (M10)*

Et les autres patients :

*« Si jamais y'a un autre patient qui est contaminé par une autre BMR c'est fermeture de l'aile » (M2)*

Des dépistages massifs étaient mis en place dans les services en présence de BMR, pour les interrogés :

*« La problématique c'était plutôt heu la prévention pour pas que ça se propage dans le service, donc souvent tu dépistes tout le monde » (M5)*

## **B) Ressentis sur les BMR**

### **1) Émotions ressenties face à une BMR**

Pour certains médecins interrogés, la gestion d'une BMR :

- Faisait peur :

*« Le statut BMR d'un patient heu, me fait peur » (M7)*

- Était pénible :

*« C'est pénible... à gérer. Quand on en a heu... quand... on a des antibiogrammes où on en a un sur deux qui est résistant, c'est pénible » (M2)*

- Était source d'inquiétude :

*« Mais qui est quand même un peu inquiétant heu » (M12)*

- Était subie :

*« On subit quoi. C'est-à-dire que, il arrive avec un BMR. Hein, bon. » (M4)*

D'autres étaient neutres émotionnellement pour gérer une BMR :

*« A ne plus voir les choses de façon émotionnelle hein heu, on va gérer le problème et puis*

*voilà ! » (M8)*

Ou n'étaient pas préoccupés par les BMR au quotidien :

*« C'est pas une préoccupation on va dire. Franchement, moi vous me dites, le mois dernier, bah j'y ai même pas pensé une seule fois ici » (M4)*

Les médecins généralistes ressentait parfois de la peur quant à l'avenir de leurs patients atteints de BMR :

*« Un peu la trouille pour lui » (M9)*

Et redoutaient la fin de vie des patients BMR :

*« Ça doit être terrible hein. Le soin palliatif d'une BMR à l'hôpital heu... ça doit être chaud quand même » (M9)*

## **2) Ressentis concernant la prise en charge d'une BMR en ville**

Certains médecins généralistes ne se sentaient pas compétent pour la prise en charge d'une BMR en ville :

*« Moi je me sens pas apte à prendre en charge » (M5)*

D'autres la trouvaient floue :

*« Quand il y a plus de température, qu'ils ont eu les antibiotiques assez longtemps pour traiter leur BMR, après il faut les continuer totalement tout ça, ça c'est un flou pas possible » (M4)*

Ou encore compliquée :

*« Enfin, c'est compliqué hein une BMR » (M7)*

Les médecins généralistes étaient embêtés quand ils devaient traiter un patient BMR :

*« Et puis surtout, c'est que... quelques fois on est embêtés pour les traitements. En disant... une BMR avec une infection urinaire heu, il fait une pyélo heu... Soupir » (M9)*

### 3) Ressentis concernant les précautions d'hygiène

Certains médecins interrogés étaient désarçonnés par le fait de ne pas avoir de conseils clairs à donner aux patients concernant la prévention du risque de transmission de la BMR à leur entourage :

*« Mais j'ai eu un cas d'une jeune y'a pas longtemps qui était porteuse d'une BMR, qui était infirmière, et qui se posait la question de comment protéger en fait son mari et sa fille, et franchement j'étais un peu, ça m'a un peu désarçonnée parce que je savais pas vraiment comment lui répondre » (M12)*

D'autres s'imaginaient qu'elles étaient difficiles à appliquer en EHPAD :

*« Mais dans une EHPAD, puisqu'on est dans un établissement médico-social, on va appliquer des mesures contact, même si c'est toujours un peu compliqué à tenir hein, j'imagine » (M8)*

Ou, au contraire, qu'elles étaient bien appliquées en EHPAD :

*« Moi je pense que là, par contre, les EHPAD ont quand même bien les recommandations de, d'isolement et puis de, heu, de, de procédure finalement sanitaire » (M6)*

La transmission de la BMR du patient au soignant faisait peur au médecin généraliste :

*« Non puis ça fait peur pour les soignants aussi hein » (M9)*

Pour les médecins, les patients BMR toléraient mal les précautions d'hygiène prises à leur égard :

- Ils se sentaient pestiférés :

*« Et chaque fois qu'elle allait à l'hôpital, elle se sentait un peu comme une pestiférée parce qu'il fallait toujours qu'elle soit en chambre seule » (M3)*

- Elles rendaient vulnérables les patients gériatriques :

*« Non, c'est pas toléré psychologiquement, d'être heu, allez pendant plusieurs jours heu, on les isole dans leur chambre, c'est pas bon pour heu, c'est pas bon pour eux hein. L'isolement d'une personne âgée c'est catastrophique » (M9)*

### III. L'antibiorésistance

#### A) Représentations sur l'antibiorésistance

##### 1) Généralités

Les médecins généralistes définissaient l'antibiorésistance comme la résistance des bactéries aux antibiotiques :

« Heu, l'antibiorésistance, heu... Et bah de manière générale, c'est des bactéries qui deviennent résistantes à certains antibiotiques » (M5)

Elle était selon eux liée à :

- Des prescriptions inadaptées d'antibiotiques :

« [...] aux antibiotiques, qu'on a parfois trop souvent mis en place pour des raisons qui n'étaient pas adaptées » (M6)

- Des prescriptions trop fréquentes d'antibiotiques :

« Heu, beaucoup trop de prescriptions d'antibiotiques pour rien, heu, dès l'enfance, heu, notamment heu, dans les syndromes viraux banaux de l'enfance, et notamment dans les bronchites » (M11)

D'après les médecins interrogés, l'antibiorésistance était en progression :

« Mais heu, bien sûr que c'est quelque chose qui apparait de plus en plus » (M1)

Ils parlaient de l'antibiorésistance comme étant :

- Un problème de santé publique :

« Heu... c'est un vrai sujet de... un souci de santé publique à l'heure actuelle » (M6)

- Menaçant pour l'humanité :

« C'est quelque chose qui nous concerne plus parce que c'est, en vrai l'antibiorésistance c'est quand même une menace... pour nous tous quoi » (M12)

- Et source de mortalité :

« J'allais dire heu, mais quand on regarde les chiffres il meurt quand même, alors je ne sais plus combien de personnes par an en France de l'antibiorésistance » (M9)

Il s'agissait également selon eux d'un problème à l'échelle internationale :

« Mais heu, mais il s'avère que par exemple, en Inde, des patientes meurent d'infections urinaires, compliquées, résistantes à tous les antibiotiques connus, donc ça c'est un, c'est un vrai problème » (M13)

Cependant, l'antibiorésistance était invisible pour le généraliste en pratique quotidienne :

« Ah moi, dans ma pratique de tous les jours, je la vois pas donc du coup... enfin je m'en rends moins compte » (M1)

## **2) Prescrire un antibiotique en ville**

### **a. Représentations sur les antibiotiques**

Les médecins interrogés se voyaient comme de grands prescripteurs d'antibiotiques :

« Après, en tous cas, en ville et avec une large population brassée, on est des prescripteurs extrêmement importants » (M7)

Ils disaient prescrire principalement de la pénicilline :

« Et se dire que bah en fait, les pénicillines, c'est 90% de notre arsenal thérapeutique » (M10)

Ils décrivaient un excès de prescriptions d'antibiotiques en France :

« Après, heu, donc ça, on se dit bah tiens, on prescrit trop d'antibiotiques » (M10)

Comparativement à d'autres pays :

« Par rapport aux autres pays à côté de nous, notamment la Belgique et les Pays-Bas [...]. On est avant-derniers avec les grecs et eux ils sont dans les premiers, deuxième en peu de prescription d'antibiotiques » (M10)

Ils voyaient les antibiotiques comme une arme fragile dans la lutte contre les bactéries et l'antibiorésistance :

« Le temps de faire un antibiotique, c'est extrêmement long, le temps de résistance

*bactérienne à un antibiotique il est de quelques mois après la sortie de l'antibiotique, donc nos armes thérapeutiques vis-à-vis des bactéries elles sont faibles » (M10)*

D'autant plus qu'il se développait peu de nouveaux antibiotiques selon eux :

*« Il y a peu de recherche industrielle et pharmacologique sur les, sur les nouveaux antibiotiques » (M13)*

Se posait donc le problème de la banalisation des prescriptions d'antibiothérapies de routine :

*« Des fois je me dis 5 jours d'Amox sur une otite heu bah voilà, c'est tout c'est 5 jours d'Amox sur une otite. Mais bon, si tout le monde disait 5 jours d'amox sur une otite sur toutes les otites au bout d'un moment on va devenir résistant à l'Amox » (M1)*

Les médecins interrogés soulignaient que les fluoroquinolones étaient pourvoyeuses de résistances :

*« Maintenant, on a tellement l'impression de nous avoir tapé sur les doigts en disant qu'on fait de l'antibiorésistance avec les fluoroquinolones » (M1)*

Ils ne les renouvelaient donc pas en cas de traitement récent :

*« Heu... je pense notamment aux fluoroquinolones, où heu... moi je fais, j'essaie de faire attention, que dans des infections urinaires hein, que le patient en a eu ces derniers mois, heu, et j'essaie de pas le renouveler si c'est le cas » (M5)*

Et limitaient leur utilisation :

*« Alors, bah on essaye heu, de façon globale, enfin à mon niveau, j'essaie de limiter finalement heu l'utilisation abusive aussi des quinolones » (M6)*

## **b. Décider de prescrire un antibiotique**

Les médecins interrogés, pour prescrire un antibiotique, disaient s'appuyer sur :

- Leurs connaissances médicales :

*« Bah écoutez, moi je fais selon mes connaissances médicales » (M5)*

- Les recommandations :



« Ouais, bah j'avoue que là-dessus, sur les antibiotiques j'applique vraiment les recommandations parce que je pense que c'est important » (M12)

- La pathologie du patient :

« Alors, ce qui va conditionner, bah déjà ça va être la pathologie initiale » (M1)

- L'examen clinique du patient :

« Alors d'où l'importance de l'examen clinique » (M4)

- La preuve de l'infection bactérienne :

« D'ailleurs, prescrire uniquement quand principalement j'ai des preuves heu biologiques, heu, anapath ou heu, de prélèvements, de test, de strepta, ou de CRP, PCT... » (M7)

Pour certains médecins, la prise en charge des infections devait être reproductible d'un généraliste à l'autre :

« J'aimerais à croire que, on met n'importe quelle situation clinique devant un médecin généraliste, en tous cas, bactérienne hein, infectieuse, bah on a tous la même façon heu, de réagir » (M7)

Pourtant, d'autres disaient être influencés de manière subjective pour prescrire un antibiotique :

- Par le jour de la semaine :

« On prescrit pas de la même façon un lundi matin et un vendredi » (M10)

- Par l'heure de la journée :

« L'heure aussi à laquelle t'es au cabinet » (M1)

- Par leur état de forme :

« T'es à la fin de ta consultation, t'es fatiguée heu, tu sais plus quoi faire, je pense que ça peut jouer sur la prescription des antibiotiques » (M1)

Enfin, le patient influençait également le médecin dans sa prescription d'antibiotiques :

- Avec ses antécédents :

« Enfin, tu commences à connaître tes patients au bout d'un moment, tu sais très bien que lui, enfin très vite, quand il va faire ça, ça va se dégrader en ça et tu peux te dire bah lui je vais plus facilement le mettre sous Amox » (M1)

- Avec son environnement :

« Maintenant, après, comme je vous disais, ça va être surtout le patient et son environnement qui va nous bouger » (M1)

- Avec son état général :

« Bon, bien sûr, s'ils sont en bon état général hein, sinon des fois heu, les petits vieux ou les gens fragiles bah j'antibiose et je vois si c'est efficace ou pas » (M5)

- Avec la douleur ressentie :

« Et c'est vrai que laisser une femme avec une infection urinaire heu, c'est... on n'est pas des tortionnaires quoi. Rires. Ça fait mal quoi » (M4)

### **c. Refuser de prescrire un antibiotique**

Les interviewés faisaient face à des patients demandeurs d'antibiotiques :

« Bah c'est-à-dire que les patients sont toujours demandeurs » (M3)

Les médecins généralistes étaient souvent amenés à refuser des prescriptions d'antibiotiques :

« Parce qu'en tous cas je refuse souvent » (M5)

Quand il ne prescrivait pas d'antibiotique, le médecin généraliste :

- Rassurait le patient :

« Faut aussi savoir les rassurer » (M4)

- Parfois avec une prescription retardée que le patient n'utiliserait probablement pas :

« On a des petites astuces aussi qu'est la prescription retardée. On sait que la prescription retardée, 30% des patients l'utilisent au maximum » (M10)

- Ou temporisait avec la prescription d'un bilan sanguin :

« J'essaie de négocier en faisant la prise de sang dans 48 heures et du coup ça me permet aussi de leur donner un peu de délai, pour réévaluer, et heu, et voilà et des fois ils se rendent compte que trois jours plus tard ça va mieux et qu'ils ont pas eu besoin d'antibios quoi » (M5)

Des alternatives à l'antibiotique comme l'homéopathie étaient parfois proposées par le médecin au patient :

« Enfin moi j'ai trouvé ce biais là avec l'homéopathie, j'arrivais à en prescrire moins du fait de... d'avoir une autre... une autre alternative » (M3)

### 3) Outils d'aide à la prescription d'antibiotique

#### a. Antibioclic

Pour les généralistes, Antibioclic était un bon outil d'aide à la prescription d'antibiotiques :

« Et après on a Antibioclic qui est vachement bien » (M2)

Il recensait les recommandations d'antibiothérapie en médecine ambulatoire :

« Qui est juste un classement des recommandations en médecine ambulatoire » (M10)

Et il était régulièrement actualisé :

« Je me rends compte que c'est actualisé assez régulièrement » (M7)

Les médecins trouvaient Antibioclic facile d'utilisation :

« Et c'est vrai que l'accès y est très simple, on a la réponse tout de suite » (M6)

Et l'utilisaient au quotidien :

« Moi Antibioclic c'est tous les jours hein » (M11)

Pour répondre correctement à des problématiques courantes :

« Il y a un fromage dans lequel il y a, il fait partie d'un lot où ils ont trouvé de la listériose. Elle me dit 'bah qu'est-ce qu'on donnerait ?'. Je dis 'bah écoutez, je vais regarder tout à l'heure sur Antibioclic, et puis je vais regarder' » (M9)

Il serait davantage utilisé par les jeunes générations de médecins :

« Je pense justement que les jeunes générations ont plutôt tendance, enfin ont plus tendance que les anciennes générations à l'utiliser » (M6)

Les médecins interrogés étaient en demande du développement d'Antibiocllic :

« Moi je l'utilise beaucoup, beaucoup, beaucoup donc s'il pouvait être actualisé encore plus et encore plus » (M7)

Car ils en étaient dépendants :

« On finit par être ultra-dépendant à Antibiocllic » (M11)

Et le trouvaient parfois insuffisant :

« Et voilà, mais des fois Antibiocllic ça couvre pas tout » (M10)

### **b. Autres outils d'aide à la prescription d'antibiotiques**

Les médecins généralistes utilisaient également le site du GILAR (Groupement d'Infectiologie et de Lutte contre l'Antibiorésistance) :

« Vers mes internes qui me montrent les sites de Ville D, je trouve ça tellement bien que j'y vais » (M7)

Ou le site ePOPI :

« Bah, les recommandations, enfin le Pilly, l'ePOPI » (M13)

Jugé inutilisable par certains en médecine générale :

« Ça n'aide pas, le POPI c'est pour de l'hospitalier, c'est pas pour, pas pour de la médecine générale » (M10)

### **c. Le Test de Diagnostic Rapide (TDR) pour l'angine**

Les médecins disaient utiliser souvent le TDR :

« Enfin moi j'utilise beaucoup, beaucoup le TDR » (M11)

Pour argumenter objectivement la prescription ou non d'un antibiotique dans le cadre de l'angine :

« Je préviens les gens avant en disant 'écoutez, je vais vous faire un examen, il y a un sur 10 qui aura un germe, donc on va aller voir si vous avez un germe et si vous avez un germe vous aurez un antibiotique' » (M4)

Sa réalisation était chronophage :

« Mais heu, du coup ça prend du temps » (M11)

Et mériterait, pour certains, d'être valorisée :

« Heu, bah, peut-être qu'on pourrait heu, valoriser le TDR » (M11)

Ou pourrait être déléguée au pharmacien :

« Sinon y'avait une idée c'était de, par exemple vous voyez un gamin qui a une belle angine, on marquait sur l'ordonnance heu prescription par exemple Amoxicilline 80mg/kg si TROD angine positif, et c'est le pharmacien qui faisait le TROD » (M9)

Certains médecins ne réalisaient plus de TDR depuis le début de la pandémie à COVID-19 à cause du risque de contamination :

« Depuis mars 2020 j'en n'ai pas fait un et je voudrais pas en faire un » (M9)

#### **4) Sensibiliser les médecins généralistes à l'antibiorésistance**

##### **a. Pourquoi sensibiliser les médecins généralistes ?**

Les médecins généralistes disaient avoir un rôle à jouer dans la lutte contre l'antibiorésistance :

« Donc effectivement heu, je pense que c'est de notre ressort » (M9)

En effet, ils prescrivait des antibiotiques quotidiennement :

« Y'a pas une journée sur laquelle on pense pas à prescrire un antibio, où on prescrit pas un antibio » (M10)

- Et soulignaient que tous leurs confrères ne le faisaient pas de manière adaptée :

« Ouais, on le remarque assez régulièrement, même des patients qu'on revoit après des, des infections, et qui nous font part qu'ils ont bénéficié d'un traitement antibiotique pour une rhinopharyngite, une trachéite, bon, c'est dommage » (M6)

- Sans en avoir forcément conscience :

*« Heu, tout le monde a l'impression de bien faire » (M1)*

Les médecins disaient être formés de manière hétérogène à l'antibiorésistance :

- Car la formation était basée sur le volontariat individuel :

*« Il faut aller aux formations, faut soi-même prendre le pas de faire une formation » (M7)*

- Et dépendait aussi des stages effectués au cours des études :

*« Bah... ça peut être un peu biaisé, parce que moi, étant donné que j'ai fait des... voilà mes études dans les services de maladies infectieuses, on est beaucoup plus sensibilisés forcément. Mais, c'est pas le cas de tous les jeunes médecins qui sortent de leur cursus » (M6)*

- Les jeunes générations de médecins seraient davantage sensibilisées que les anciennes :

*« Moi, je pense que les jeunes médecins sont quand même plus sensibilisés » (M13)*

Or, pour les médecins, la formation avait un impact sur leur pratique :

*« Voilà, on pratique aussi comme on est formés et informés, donc plus y'a d'information et de formation sur le sujet, bah plus on fera attention et on sera plus vigilants sur ça » (M5)*

Notamment en termes de réduction de prescriptions d'antibiotiques :

*« Et donc, à un moment donné, bah j'ai fait une formation de 48 heures sur les rhinopharyngites, et j'ai eu quelques phrases qui m'ont beaucoup aidé. En particulier, que 'votre cas actuel de rhinopharyngite, y'a une seule personne qui aurait besoin d'antibiotique' » (M4)*

Les médecins interrogés pensaient qu'il était nécessaire de renforcer l'information auprès des généralistes :

*« Moi je pense qu'il faut renforcer l'information auprès des heu, des médecins traitants » (M6)*

Avant que l'antibiorésistance ne devienne davantage visible en pratique quotidienne :

« Pour moi, c'est pas un problème au quotidien dans ma pratique, mais je pense que, c'est un problème auquel il faut qu'on s'attelle parce que ce sera un problème dans notre pratique assez rapidement, dans les années qui arrivent quoi » (M12)

Ils pensaient, en effet, que la gestion des BMR passait avant tout par la prévention de leur survenue :

« D'ailleurs faut pas attendre d'en avoir. L'idée c'est de se dire 'bah je vais essayer de tout faire pour pas en avoir' quoi » (M9)

De plus certains médecins se plaignaient d'un manque de formation au sujet des BMR :

« Et heu, y'a un défaut heu, y'a un défaut de formation » (M11)

Alors qu'elles étaient générées par des antibiothérapies de pratique courante :

« Elle a été antibiotisée sur des pneumonies, elle a eu de l'Augmentin, ah, on a un Clostridium qui arrive, le Clostridium il résiste à la Vanco, il résiste au Flagyl, il résiste à la Fidaxomicine » (M10)

Et qu'une mauvaise prise en charge par le généraliste pouvait impacter la qualité de vie du patient :

« Et heu, c'est quand même heu, c'est quand même heu, le médecin généraliste il a quand même un rôle incroyablement essentiel sur un truc pareil. Il a, il change le, le, le pronostic de qualité de vie du patient » (M11)

#### **b. Moyens de sensibilisation des généralistes à l'antibiorésistance**

Les médecins disaient avoir été sensibilisés à l'antibiorésistance au cours de leurs études :

« Heu... la notion d'antibiorésistance, heu... c'est quelque chose qui est ancré dans mon parcours médical, heu depuis, j'ai l'impression heu, le P1 ou en tous cas le P2, jusqu'à aujourd'hui » (M7)

- Via l'apprentissage théorique de l'épargne antibiotique :

« Enfin c'est surtout heu, l'épargne antibiotique qui nous a été inculquée » (M8)

- Via les stages :

« Et par l'expérience, par les stages, quand on voit comment c'est le bordel en stage » (M2)

- Via les diplômes universitaires :

« Bah en fait heu, j'ai passé il y a quelques années avec le Docteur A, maintenant qui est chef de service à Capitale A heu, le DU heu d'antibiothérapie, de chimiothérapie anti-infectieuse » (M13)

Des médecins jugeaient que l'internat était le moment opportun pour être sensibilisé à l'antibiorésistance :

« D'une part pour les futurs médecins donc, avant leur installation, au niveau donc des cours des internes » (M6)

D'autres privilégiaient l'externat :

« Et c'est d'abord eux, parce que après, interne on n'a plus le temps » (M10)

La formation médicale continue (FMC) serait un moyen de sensibiliser les médecins à l'antibiorésistance :

« Après bon bah à travers les FMC heu, on peut faire voilà, sur l'antibiorésistance » (M5)

- En complétant leur formation initiale :

« Et du coup, oui je pense que ma formation oui... bien sûr elle peut être complétée » (M5)

- De manière pratique :

« De dire voilà, pourquoi on met ça, pourquoi on met ci, à quel moment on doit appeler l'infectiologue et qu'est-ce que vous pouvez gérer vous-même et voilà, et finalement y'a pas trente situations d'antibiothérapies compliquées » (M10)

- D'autant plus que le sujet les intéressait :

« Et y'a quand même un engouement pour certains médecins généralistes, de dire, bah tiens, je vais aller pousser un petit peu plus ma réflexion sur l'antibiothérapie » (M5)



L'antibiorésistance était, pour les médecins, un sujet intéressant à évoquer en groupe-qualité :

« Ça pourrait être un sujet, de démarrage de, une soirée, on fait des soirées de deux heures, et d'avoir ce ressenti je pense que c'est vraiment très intéressant » (M9)

Certains médecins ont abordé la ROSP :

- Comme moyen potentiel de sensibiliser les médecins au bon usage des antibiotiques :

« Alors, c'est certainement nécessaire, et ça peut avoir une certaine efficacité » (M7)

- En leur faisant prendre conscience de leur taux de prescription d'antibiotiques :

« Mais ça permet un peu de te rendre compte heu, en tant que médecin généraliste, est-ce que tu prescrites beaucoup, pas beaucoup » (M5)

- Et en les faisant se comparer aux autres :

« C'est pouvoir se situer dans un, tout seul parmi les autres » (M9)

- Même si l'aspect financier de la ROSP n'était pas un enjeu prioritaire pour eux :

« L'intérêt de la ROSP il est pas tellement financier finalement » (M11)

Les autres moyens de sensibilisation à l'antibiorésistance évoqués par les médecins interrogés étaient :

- La diffusion d'informations collectives par messagerie sécurisée :

« Peut-être avec une lettre d'information en passant par les messageries sécurisées » (M2)

- Le monde associatif :

« Et après moi je fais partie d'une association qui s'appelle Association A » (M12)

- L'expérience personnelle :

« C'était... au cours de ma pratique. Et puis, oui, les cas de... les résultats de labo qui revenaient, les ECBU... quand on voit des résistances, tout ça ça fait qu'on apprend aussi sur le tas » (M3)

### c. Limites de la sensibilisation des médecins généralistes

Certains médecins déplorait ne pas avoir reçu de cours de bon usage des antibiotiques pendant l'internat :

« Enfin les internes en médecine, le cours d'antibiothérapie, voilà quoi, moi j'en n'ai eu aucun pendant mon internat, zéro » (M10)

Et un manque de pédagogie des référentiels d'infectiologie :

« Et dans le, l'ECN Pilly, ça n'existe pas, et j'ai regardé leur cours sur l'antibiothérapie, c'est imbuvable, ils ont les tableaux des antibiotiques avec les mécanismes d'action... » (M10)

Pour eux, l'infectiologie n'avait pas la place qu'elle méritait au cours des études de médecine, alors qu'elle était pratiquée par tous les médecins :

« Moi je ne comprends pas qu'on ne puisse pas approfondir nos connaissances au niveau de l'internat, parce que tout médecin dans sa vie va prescrire des antibiotiques » (M10)

Les médecins pensaient être plus ou moins réceptifs aux informations reçues sur l'antibiorésistance :

- Lors des journées de FMC :

« Si peut être dans les journées de formation continue, et encore ça serait la chose que les gens ils écouterait pas forcément » (M1)

- Ou via la diffusion d'informations collectives :

« Alors c'est toujours, l'information en médecine générale, c'est compliqué, parce que quand on en a, on en veut pas et on la lit pas, et quand on n'en a pas, on s'en plaint » (M7)

De plus, se former était chronophage pour le médecin généraliste :

« Moi en ce moment, alors certes c'est le COVID, mais je finis à 10 heures le soir. Heu, vous voulez qu'on se forme comment et quand ? » (M11)

Concernant la ROSP, les objectifs de prescription d'antibiotiques étaient jugés perfectibles :

- Car l'adaptation de l'antibiothérapie était comptée comme double :

« Eux l'adaptation ils la comptent comme une deuxième ligne d'antibiothérapie » (M10)

- Car ils étaient inadaptés à la réalité du terrain :

« Bah oui mais la C3G chez un enfant de moins de 3 ans, y'a aucun gamin qu'on pique nous avec de la Rocéphine. Ça c'est de l'hospitalier heu, sur des infections sévères » (M10)

De plus, les rencontres avec les délégués d'Assurance Maladie dans le cadre de la ROSP manqueraient de profondeur pour lutter contre l'antibiorésistance :

« Mais voilà, typiquement si on veut faire un effort dans l'Assurance Maladie et heu dans l'antibiorésistance, c'est voilà, plutôt que de donner les feuilles heu, c'est viral ne mettez pas d'antibiotique, de discuter heu, de voir la marge, quel est l'antibiotique le plus prescrit, de faire, regarder un petit peu la patientèle du médecin, et de voir un petit peu ce qu'il en fait » (M10)

## 5) Lutter contre l'antibiorésistance

### a. En favorisant le bon usage des antibiotiques

Pour les médecins interrogés, la lutte contre l'antibiorésistance passait par le bon usage des antibiotiques :

« Heu mais disons qu'au-delà de l'antibiorésistance, je pense qu'il faut heu, il faut vraiment lier l'antibiorésistance à l'usage raisonné et raisonnable de l'antibiotique, avant tout » (M13)

- Il s'agissait de prescrire le bon antibiotique, pour la bonne indication, à la bonne dose et pour la bonne durée :

« Mais donc l'idée étant de mettre le bon antibiotique pour le bon patient et pour la bonne pathologie, et d'en mettre que lorsque c'est nécessaire » (M13)

- L'effort de bon usage devait être collectif :

« Maintenant voilà, l'objectif, je pense que si, comme aujourd'hui avec le vaccin si tout le monde y mettait du sien et tout le monde prescrivait les antibiotiques comme il faut, l'antibiorésistance en tous cas serait... on arriverait de mieux en mieux à échapper si vous voulez » (M1)

- Le médecin généraliste se portait garant de ce bon usage :

*« Et donc, on est un petit peu les... les garants du, de la bonne prescription pour éviter un emballement des BMR » (M10)*

Les médecins interrogés considéraient les antibiotiques comme un des médicaments « à part » :

*« Autant le Doliprane heu... enfin voilà on prescrit du Doliprane. Autant un antibiotique, pour moi, c'est pas quelque chose que je prescris de façon régulière, donc c'est pas anodin » (M1)*

Ils suggéraient contrôler leur utilisation pour garantir leur bon usage :

- Notamment celle des antibiotiques les plus pourvoyeurs de résistances :

*« Je pense que les C3G et l'Augmentin devraient quand même être un peu mis de côté. On verra si on en a besoin quoi » (M9)*

- Et des nouveaux antibiotiques, pour les préserver :

*« D'autant plus si on n'a pas des nouveaux antibiotiques heu, sur le marché. Et c'est important aussi de bloquer les antibiotiques pour qu'il y ait des antibiotiques que d'usage hospitalier, surtout. Pour pas qu'il y ait de résistances, ou très peu à ceux-là » (M13)*

Ce contrôle passait par la délivrance des antibiotiques sur ordonnance :

*« En France, je trouve que c'est plutôt bien contrôlé car les antibiotiques ne sont pas en vente libre. Et que, on les met généralement un par un, sur prescription médicale » (M2)*

Et devrait passer par une délivrance de la quantité d'antibiotique strictement nécessaire par la pharmacie :

*« Heu, ça serait quand même la base que les pharmacies heu, délivrent heu, rires, pile la durée des antibiotiques quand on les prescrit » (M12)*

Les médecins suggéraient que le contrôle de l'utilisation des antibiotiques se fasse de manière indirecte via les résultats d'examens bactériologiques rendus par les laboratoires d'analyses médicales, dans le but d'éviter des antibiothérapies inutiles ou inadaptées :

- En ciblant l'antibiogramme selon l'infection à traiter :

*« Où lorsqu'il y a une infection urinaire, l'antibiogramme n'est fait que sur heu, dans un premier temps, que sur les antibiotiques qui seraient heu, validés pour traiter l'infection urinaire » (M9)*

*« Et ça c'était bien. Ça n'incitait pas à mettre tout de suite bah... le grand parapluie. Enfin, peut-être... mais pas de suite » (M9)*

- En refusant d'interpréter un examen bactériologique non pertinent :

*« Alors heu, ou alors ils devraient carrément refuser le prélèvement » (M11)*

- En remboursant les examens bactériologiques selon leur pertinence :

*« Ou alors le prélèvement devrait pas être remboursé, ou alors il devrait être remboursé sur justification » (M11)*

#### **b. En sensibilisant les patients à l'antibiorésistance**

Les médecins trouvaient que les patients manquaient d'informations au sujet de l'antibiorésistance :

*« Voilà, donc en fait il y a encore beaucoup d'informations à faire au niveau des patients justement, pour heu, chez nous je pense qu'on a commencé, je pense qu'on a pris vraiment conscience du problème, mais les patients je pense qu'ils sont pas encore tous heu » (M3)*

- Les médecins pensaient que les patients ne savaient pas ce qu'était une BMR :

*« Je sais pas s'ils savent ce que c'est qu'une BMR. Je pense pas... » (M9)*

- Ils étaient en demande d'antibiotique, pensant que l'évolution naturelle de la virose serait influencée :

*« En prétextant que ça passe toujours beaucoup plus vite avec l'antibiotique, ce qui est une idée fausse » (M6)*

- Ils prenaient des antibiotiques en automédication, favorisant l'antibiorésistance :

*« Ça arrive encore régulièrement, des gens qui arrivent et qui disent « ah oui j'ai pris deux*

*grammes d'Amox heu parce que j'allais pas bien » et ça c'est catastrophique en fait » (M12)*

Les interrogés pensaient que la lutte contre l'antibiorésistance passait par l'éducation thérapeutique :

*« Mais il faut juste bien expliquer, enfin, pourquoi on n'en prescrit pas, pourquoi on va prescrire celui-là. Quand on explique, tout passe en fait. Et je pense que quand on acquière sa patientèle, il faut juste pas l'habituer à avoir des antibiotiques pour un oui pour un non » (M2)*

Ils considéraient que c'était leur rôle de généraliste d'éduquer les patients au bon usage des antibiotiques :

*« Après je pense que c'est aussi notre rôle » (M1)*

Ce qui était indispensable pour diminuer les demandes donc les prescriptions d'antibiotiques :

*« On ne peut pas, voilà, on ne peut pas moins prescrire, non-prescrire sans que les patients comprennent. C'est impossible » (M10)*

Certains médecins trouvaient les patients réceptifs à leurs explications :

*« Heu, mais j'ai quand même, de manière générale, que les patients étaient assez réceptifs au message » (M12)*

D'autres les trouvaient plus difficiles à convaincre :

*« Nous on a fait notre travail mais c'était un petit peu laborieux quand même, hein. C'était difficile de les convaincre » (M4)*

- Selon leur niveau socio-économique :

*« Puis bon après ça dépend aussi du niveau... Niveau social des gens qui appellent et qu'il faut... qu'il faut aider. Parce que bon, y'en a c'est peine perdue » (M3)*

- Selon la situation géographique :

*« Mais je trouve que, c'est très dépendant selon les endroits où j'ai remplacé » (M12)*

- Et parce qu'ils ne se sentiraient pas impliqués personnellement par cette problématique :

« Je sais pas si ça... comment dire... si personnellement ils se sentent impliqués » (M5)

Les médias étaient également considérés comme un bon moyen de sensibilisation des patients à l'antibiorésistance :

- Comme la publicité :

« Après sous quel format... la pub ça marche bien, mine de rien la pub ça marche bien » (M1)

- Ou les réseaux sociaux :

« Sur les réseaux sociaux, qu'effectivement, si on pouvait avoir des idées d'informer intelligemment, avec heu, avec les réseaux et voilà... » (M7)

- Qui parleraient à la jeunesse :

« Voilà, je dirais jeunesse et réseaux sociaux, parce qu'il faut vivre avec son temps » (M7)

Même si la vulgarisation de l'antibiorésistance par les médias restait difficile pour certains :

« Expliquer l'antibiorésistance en pub heu... pfiou c'est dur. Et puis tout le monde va pas forcément le comprendre. Faut vraiment trouver des bons gars qui arrivent à trouver, à vulgariser la chose, à expliquer un petit peu ce qu'il se passe... » (M1)

### **c. En harmonisant les pratiques à l'international**

Pour lutter efficacement contre l'antibiorésistance, il était nécessaire d'harmoniser les pratiques à l'échelle internationale selon les médecins :

« Ouais, harmoniser les campagnes, harmoniser les pratiques de prescription des antibiotiques, ça serait pas mal » (M2)

Ils suggéraient de s'inspirer des politiques d'autres pays, plus économes en prescriptions antibiotiques :

« Bon, on va trouver comment faire autrement, mais la question est soit de revenir vers des postures qui sont comme celles d'autres pays, où on antibiose pas une otite » (M8)

Et de calquer nos recommandations sur les leurs, pour sécuriser le médecin dans son

économie d'antibiotique :

« Nous, on... on est timide après six mois, et je pense que même un médecin généraliste qui a une petite affinité pour l'infectio, bah il est pas encore prêt à dire heu, 'ok, après six mois je laisse 48 heures' si au-dessus de lui y'a pas des instances ou des reco qui vont dire 'ok, on fait 6 mois 48 heures, 6 mois plutôt que deux ans on laisse 48 heures' » (M10)

Ils préconisaient également d'interdire la vente libre des antibiotiques dans les pays où elle est autorisée :

« Bah il faut surtout que l'Europe interdise ce genre de trucs » (M4)

## 6) « Les antibiotiques c'est pas automatique »

### a. Une campagne marquante et efficace

Pour les médecins, la campagne de 2002 « Les antibiotiques c'est pas automatique » a marqué les esprits :

« En tous cas la fameuse pub « les antibiotiques c'est pas automatique » c'est quand même quelque chose qui leur est resté dans la tête » (M1)

Car elle a eu un impact médiatique conséquent :

« Et l'impact médiatique, c'est invraisemblable. Ah oui, c'est énorme ! » (M4)

Qui a su parler à tout le monde :

« Heu, donc heu, ça touche vraiment tout le monde. C'est en ça où elle est fantastique cette campagne » (M11)

Elle a aidé les médecins à convaincre les patients de l'absence de nécessité systématique d'antibiotique :

« Ça été une aide certainement pour nous, pour effectivement avoir un discours qui était un peu appuyé sur 'on est dans une pathologie virale madame, on va pas antibioser parce que ce n'est pas nécessaire' » (M7)

Et a conduit à une baisse des demandes d'antibiotiques de la part des patients :



« Les demandes étaient importantes sur un nez qui coule avec une antibiothérapie demandée. C'est plus le cas, ça je trouve que c'est un peu has been, et ça a aidé un peu » (M7)

### **b. Une campagne ancienne et insuffisante**

Pour les médecins, la campagne « Les antibiotiques, c'est pas automatique » était ancienne :

« Je pense que pendant un moment, l'histoire des antibiotiques c'est pas automatique, toute la communication qui a été faite là-dessus, elle a existé, mais maintenant heu... ça fait longtemps hein » (M8)

Et avait donc perdu de son efficacité dans le temps :

« Et heu, et de toute façon voilà, ça a un peu perdu de son souffle » (M10)

Pour certains, elle mériterait d'être renouvelée :

« Je pense qu'une piqûre de rappel ferait beaucoup de bien » (M11)

Avec des explications plus approfondies sur l'antibiorésistance et le bon usage des antibiotiques :

« Ouais, c'est ça, plus d'explications et qu'ils se sentent un peu plus, peut-être impliqués et qu'ils voient l'intérêt personnel et collectif. Parce que là, bah ils savent que ça existe mais après ils cherchent pas plus loin... » (M5)

Et parce qu'elle aurait été mal interprétée par certains patients :

« Je pense pas que la population, alors y'a l'histoire des « antibiotiques c'est pas automatique », je pense qu'ils ont plus cru qu'on voulait pas payer, ou donner une histoire d'argent, ou je ne sais quoi parce qu'on n'avait plus le droit d'en mettre » (M7)

## **7) L'antibiorésistance, une problématique santé-environnement-société**

### **a. Résidus environnementaux d'antibiotiques**

Pour les médecins, l'antibiorésistance faisait partie d'une problématique santé-environnement :

« Et en gros heu, l'antibiorésistance c'est quelque chose dont on discute parce que on prend en compte heu, la santé d'un point de vue très global, avec heu, en gros l'impact heu de notre

*environnement sur notre santé » (M12)*

- Des résidus d'antibiotiques étaient présents dans l'environnement :

*« Parce que finalement ça se retrouve dans l'eau, ça se retrouve dans la terre, ça se retrouve dans l'alimentation » (M10)*

- L'être humain y était donc exposé de manière indirecte :

*« Et je me suis d'ailleurs toujours posé la question si quand on buvait de l'eau du robinet, on finissait pas quand même par prendre des antibiotiques à petites doses » (M9)*

- Ce qui était source d'antibiorésistance :

*« En, en Inde, où sont fabriqués la plupart des derniers antibiotiques, donc tout ce qui est C5G et compagnie. Les usines ça se met dans la rivière, les gens se baignent dans la rivière, un voyage en Inde on est colonisé aux BMR à partir de deux semaines de vie en Inde et pendant six mois » (M10)*

### **b. Antibiotiques vétérinaires**

Pour les médecins, d'importantes quantités d'antibiotiques étaient prescrites par les vétérinaires, notamment dans l'industrie agro-alimentaire :

*« Non non, mais on sait, on sait qu'il y a un usage effectivement très conséquent des antibiotiques en médecine animale » (M13)*

- À visée de croissance :

*« On avait un gros usage des antibiotiques à visée de croissance heu, animale hein » (M10)*

- Pour des enjeux économiques :

*« Et puis surtout je pense que le vétérinaire qui intervient dans un poulailler où y'a 10000 poules, heu, si jamais il en perd 10000, heu, il va être mal, il va être mal... » (M9)*

Ces antibiotiques à usage animalier généraient de l'antibiorésistance chez l'être humain :

*« Et que ça a dû occasionner effectivement des perturbations, des antibiorésistances au niveau de la flore humaine » (M13)*

Les médecins se demandaient d'eux ou des vétérinaires prescrivait le plus d'antibiotiques :

*« Ça serait intéressant du côté vétérinaire ou agro-alimentaire de savoir heu, qui donne le plus d'antibiotiques. Bah je suis pas certain que ça soit nous » (M9)*

Certains médecins soulignaient que les vétérinaires avaient réduit drastiquement leurs prescriptions d'antibiotiques, depuis l'interdiction de leur usage à visée de croissance :

*« En médecine vétérinaire, on a demandé d'arrêter l'antibiothérapie, heu, pour heu, dans la grosse production animalière pour engraisser les animaux, ils ont quand même fait un travail drastique, ils ont baissé de 40 ou 60% l'utilisation des antibiotiques » (M10)*

### **c. Prendre en charge de l'antibiorésistance en tant que problématique santé-environnement-société**

Les efforts des médecins pour favoriser la santé des patients étaient jugés dérisoires face aux influences de la société dans laquelle ils évoluaient :

*« Enfin si on dit aux gens d'arrêter de manger, enfin d'essayer de manger moins machin, et qu'ils sortent dans la rue, on leur vend que ça, enfin y'a des pubs partout heu, en fait c'est super dur, c'est des messages qui sont super durs à délivrer parce que, la société ne bouge pas en fait dans ce sens-là » (M12)*

Ses objectifs socio-économiques n'étant pas en accord avec les objectifs de santé publique :

*« Je pense qu'elle évolue différemment, et je pense que les objectifs ne sont pas les mêmes, que y'a d'un côté les objectifs heu, heu, de faire de la thune pour les entreprises, et donc forcément ils veulent vendre leurs produits » (M12)*

Des mesures de santé publique, axées sur la santé et l'environnement, étaient donc jugées nécessaires pour lutter contre l'antibiorésistance :

*« Donc je pense que c'est hyper important d'avoir des, des, mesures de santé publique heu, autour de ça » (M12)*

Elles étaient à mettre en place par les politiques :

« A une échelle politique en fait, avec des prises de décisions heu, heu, beaucoup plus larges » (M12)

Et devaient lutter contre l'élevage industriel :

« Lutter contre les nouveaux grands entrepôts, enfin, pour tout ce qui est élevage industriel en fait, c'est de revenir à un élevage un peu plus entre guillemets « traditionnel » heu, heu, qui permet d'éviter en fait le recours massif à des antibiotiques » (M12)

Pour les médecins, certains patients étaient demandeurs d'une médecine alternative qui prendrait en considération les questions écologiques :

« Plus en demande de soins entre guillemets, j'aime pas trop ce terme-là mais « naturels » heu, faire attention à l'alimentation enfin, c'est de plus en plus fréquent en tous cas je trouve dans mes consultations que les gens parlent de ça » (M12)

## **B) Ressentis sur l'antibiorésistance**

### **1) Émotions ressenties face à l'antibiorésistance**

Face à l'antibiorésistance, les médecins interrogés ressentiaient :

- De la peur :

« Au jour d'aujourd'hui c'est vrai que ça fait peur quoi » (M3)

- De l'inquiétude :

« Mais qui est quand même un peu inquiétant heu » (M12)

- Du stress :

« Bah, c'est stressant » (M8)

### **2) Ressentis lors de la non-prescription d'un antibiotique**

Certains médecins n'avaient pas de difficultés à ne pas prescrire un antibiotique :

« La non-prescription d'antibiotique n'est pas un souci dans mon quotidien » (M7)

Alors que d'autres en éprouvaient :

« C'est difficile des fois à la fin de ta consultation, t'as la conviction de pas devoir le mettre, c'est difficile de dire au patient 'bah ouais mais en fait les angines elles sont pour la plupart du temps virales' » (M1)

- Notamment face à la pression mise par le patient pour en avoir :

« Ça aussi, faut aider aussi, parce que le médecin doit être aidé pour résister à une pression du patient, parce que quelques fois c'est dur » (M9)

- Ou face à la pression mise par les IDE :

« On est extrêmement sollicités pour prescrire des antibiotiques sur des plaies par les infirmières » (M11)

Les médecins étaient surpris lorsque le patient ne demandait pas d'antibiotique :

« Et des fois, on est surpris heu, que la personne n'est pas venue chercher d'antibiotique » (M10)

Et avaient du mal à respecter les recommandations scientifiques face à un patient demandeur :

« Et le patient vient avec une demande. Et c'est là où on décroche facilement des recommandations » (M8)

Pour les généralistes, ne pas prescrire un antibiotique :

- Était plus facile qu'avant, du fait de l'absence de concurrence actuelle entre médecins :

« Alors, aujourd'hui c'est plus facile de dire non qu'il y a 20 ans, c'est plus facile. Aujourd'hui il n'y a plus cette concurrence entre nous, ça n'existe quasiment plus » (M9)

- Demandait de savoir gérer l'incertitude :

« Il faut gérer l'incertitude mais ça c'est la médecine générale ça » (M4)

- Générait une peur des complications d'une éventuelle infection bactérienne :

« Y'a aussi une peur de passer à côté de quelque chose des médecins, de 'je mets pas, et si jamais c'était bactérien et si jamais ça se complique, ça va me retomber dessus' » (M10)

- Demandait de l'assurance :

« Voilà, faut être sûr aussi de ce qu'on fait » (M4)

- Demandait de la fermeté :

« Oh, bah il faut être heu, d'une certaine fermeté » (M6)

- Était difficile après un traitement symptomatique inefficace :

« Voilà, ils partent avec du Doliprane et... Ils prenaient du Doliprane, et ils sont venus me voir pour avoir des antibiotiques et ils repartent avec du Doliprane... ça c'est pas facile ça, hein » (M4)

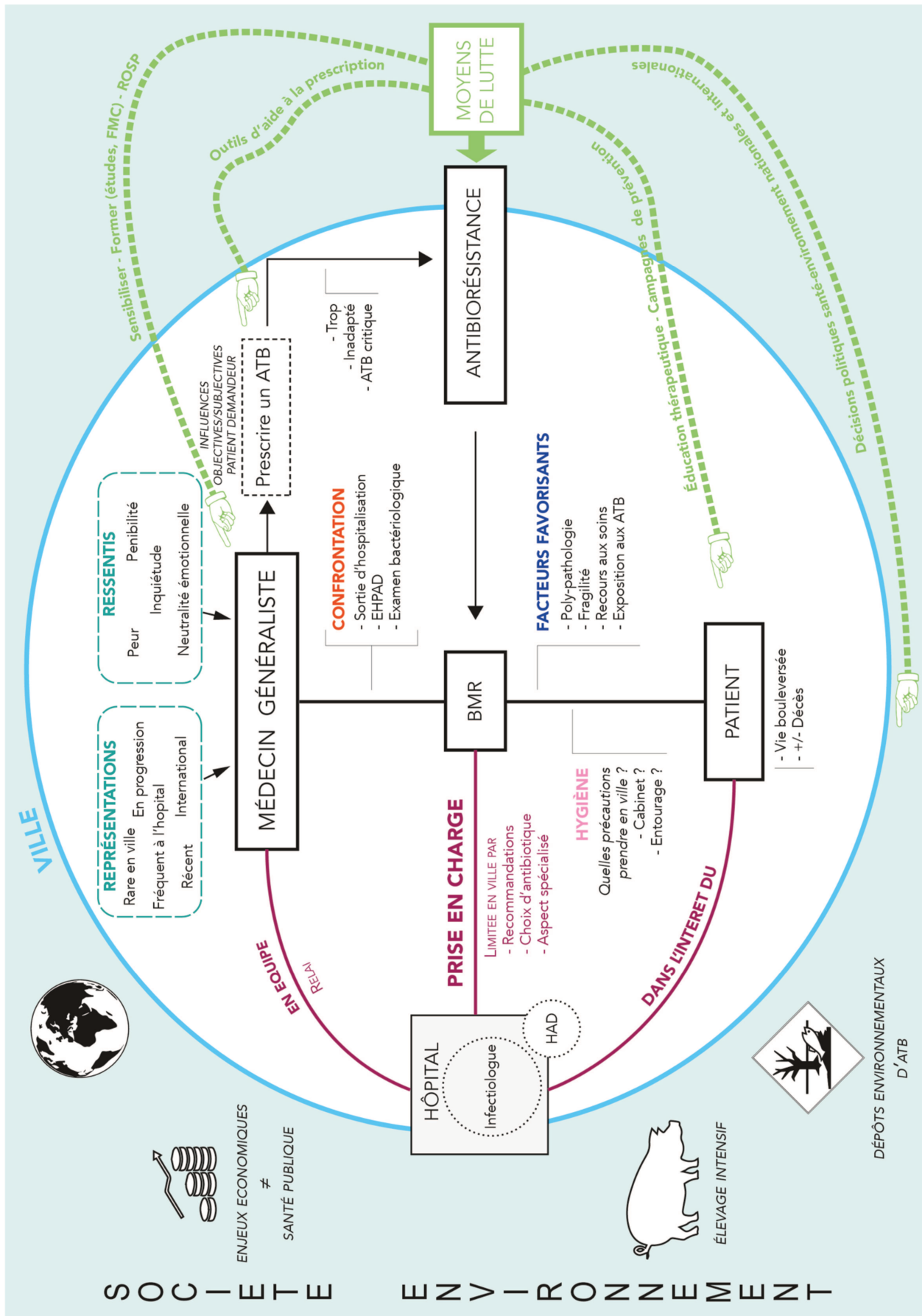
La prescription d'antibiotique était perçue comme une reconnaissance de sa maladie par le patient, selon les médecins :

« Et puis leur expliquer que leur enfant est pas, 'pas malade' si on donne pas un antibiotique » (M8)

Prescrire un médicament était plus facile que ne pas le prescrire :

« Ne pas prescrire c'est plus difficile que de prescrire » (M10)

I. Modélisation des résultats



## **II. Forces et faiblesses de l'étude**

### **A) Faiblesses**

#### **1) Facteurs de recrutement**

Le recrutement initial des médecins via la newsletter de l'URPS peut être à l'origine d'un biais de recrutement, tous les médecins généralistes libéraux des Hauts-De-France ne la recevant pas. De plus, l'annonce mentionnait la thématique des BMR et de l'antibiorésistance, source de biais de recrutement, d'autant plus que celui-ci était basé sur le volontariat. La suite du recrutement, par « effet boule de neige », a pu générer un biais de recrutement.

Aucun médecin n'a été recruté dans les départements de l'Aisne ni de l'Oise.

La population de médecins recrutés est jeune avec une médiane d'âge à 33 ans.

Certains médecins interrogés avaient une activité hospitalière partielle, pouvant modifier leurs représentations et ressentis sur les BMR et l'antibiorésistance.

#### **2) Facteurs d'influence**

L'investigatrice était novice en matière de recherche qualitative, la richesse du discours des participants a pu en souffrir.

Le statut de l'investigatrice, doctorante en médecine générale, était connu des interviewés, pouvant influencer leurs réponses. Pour limiter ces risques, l'investigatrice s'est efforcée d'adopter une posture d'écoute active, une attitude neutre, et s'est appuyée sur son rapport confraternel avec les médecins interrogés.

Certains entretiens ont été interrompus par un tiers, pouvant perturber le déroulement de l'échange.

#### **3) Facteurs d'interprétation**

Il s'agissait de la première étude qualitative pour l'interviewer. L'expérience de l'entretien ouvert a été acquise au fur et à mesure des interviews. Des entretiens fictifs ont été réalisés préalablement à l'étude, pour limiter le biais lié au manque d'expérience de l'investigatrice.



L'interviewer étant l'investigatrice principale, la connaissance des objectifs de l'étude a pu influencer le déroulement des entretiens.

Il existe un biais d'interprétation lié à la subjectivité de l'investigatrice. Il était toutefois limité par la triangulation des codages, effectuée avec un interne de médecine générale formé à la recherche qualitative, jusqu'à obtention d'un consensus.

## **B) Forces**

### **1) Choix de la méthode**

La méthode qualitative permet de collecter un maximum d'informations non quantifiables et permet de faire apparaître des sujets non attendus par le chercheur (22). Une méthodologie inspirée de la théorisation ancrée a été privilégiée, car elle vise à produire un modèle explicatif (21), et permet de comprendre les acteurs en partant de la façon dont ils vivent et appréhendent ce qui leur arrive (22).

Les entretiens ouverts ont favorisé la libre expression des médecins interrogés sans leur imposer les a priori de l'interviewer.

### **2) Validité interne de l'étude**

#### **a. Crédibilité**

Les différentes étapes de la méthodologie de la recherche qualitative ont été respectées. Ce travail a été évalué à l'aide de la grille COREQ (COnsolidated criteria for REporting Qualitative research), traduite de l'anglais.

#### **b. Fiabilité**

Le canevas d'entretien a été modifié au fur et à mesure des entretiens selon les idées émergentes. Les entretiens étaient enregistrés au dictaphone et retranscrits rapidement afin d'éviter au maximum les oublis de report en matière de discours verbal et non verbal.

Le rappel systématique de l'anonymisation des propos en début d'entretien et le fait de laisser le choix du lieu d'entretien à l'interviewé créaient une atmosphère propice à la confiance.

La suffisance des données a été obtenue après onze entretiens, et confirmée par deux entretiens supplémentaires, qui n'ont apporté aucune donnée nouvelle.

### **3) Validité externe de l'étude**

Les résultats de l'étude sont en cohérence avec les données actuelles et disponibles de la littérature.

#### **III. Représentations sur les BMR et l'antibiorésistance**

Dans ce travail, les médecins généralistes considéraient la problématique des BMR comme davantage hospitalière que libérale. L'antibiorésistance était peu visible pour eux en pratique quotidienne, et concernait surtout les infections urinaires, l'ECBU (Examen Cytobactériologique des Urines) étant l'examen bactériologique de choix en ville.

À l'échelle nationale en 2020, les souches d'E. coli résistantes aux C3G, dont certaines productrices de BLSE, représentaient moins de 5% des antibiogrammes urinaires des patients vivant au domicile (23), chiffre stable par rapport aux années précédentes (23). Un faible pourcentage de souches résistantes en ville explique la rareté de la confrontation du médecin généraliste à la problématique des BMR, mais cela risque de changer. Sachant qu'au début des années 2000, la résistance de E. coli isolées d'infections urinaires communautaires aux C3G était exceptionnelle (<1%) (24), la cinétique d'expansion et de diffusion de l'antibiorésistance laisse entrevoir des difficultés pour les antibiothérapies de soins primaires dans le futur. Les chiffres en EHPAD où, en 2020, les taux de résistance d'E. coli aux C3G ont augmenté significativement pour atteindre 10,2% (23), vont dans ce sens.

Pour les médecins généralistes, les facteurs favorisant les BMR étaient : l'âge avancé, la poly-pathologie, et le recours aux soins, avec notamment l'exposition répétée aux antibiotiques. Ceci est en accord avec une étude menée en Aquitaine en 2014, identifiant comme facteurs de risque d'acquisition de BMR au cours des infections urinaires communautaires, un âge supérieur à 65 ans, avec comorbidités, et une dépendance et/ou un état grabataire (25). La

pression antibiotique est aussi un facteur favorisant avéré de développement des BMR (26). Pour les médecins généralistes, la BMR bouleversait la vie du patient infecté et pouvait être mortelle. Une étude financée par le Centre Européen de prévention et de Contrôle des Maladies a recensé 33000 décès imputables à des infections à BMR en Europe au cours de l'année 2015 (27). Cette étude estimait également un nombre de DALY (Disability Adjusted Life Years) attribués aux infections à BMR en Europe, un indicateur qui prend en compte un nombre total d'années perdues à cause d'un décès ou d'une incapacité et qui a pour intérêt de tenir compte de la durée de vie impactée par la maladie avant le décès (27). À l'échelle de l'Europe, l'impact des infections à BMR, représente près de 900000 DALYs, et équivaut à celui de la grippe, de la tuberculose et du Syndrome d'Immunodéficience Acquis cumulés (28).

Les représentations des médecins généralistes interrogés concernant les BMR et l'antibiorésistance semblent en cohérence avec les données scientifiques connues actuellement. Cette conclusion rejoint celle d'une étude qualitative menée en 2020 à l'échelle nationale, auprès de médecins généralistes et pédiatres libéraux, qui s'est intéressée aux perceptions et comportements des médecins de ville à l'égard de l'usage des antibiotiques et de l'antibiorésistance (29).

#### **IV. Confronter les représentations médecins-patients pour favoriser l'éducation thérapeutique en matière d'antibiorésistance**

Les représentations des médecins au sujet des BMR semblent en cohérence avec celles des patients atteints de BMR, recueillies en 2019 par A. Montmureau (19). Les patients, confrontés à la BMR au cours d'une hospitalisation, la pensaient favorisée par la poly-pathologie, l'exposition aux antibiotiques et le recours aux soins (19). Certains ont vu leur vie quotidienne bouleversée par l'infection à BMR, notamment à cause de complications parfois sévères (19). Les patients pouvaient ressentir de la peur ou de l'inquiétude vis-à-vis des BMR et de l'antibiorésistance (19). Ils considéraient leur médecin traitant comme un vecteur d'information et étaient en demande de renseignements à ce sujet (19), comme les patients interrogés pour

un sondage IFOP en 2017, qui plaçaient leur médecin traitant à la 2<sup>ème</sup> place des moyens d'information sur la résistance aux antibiotiques, derrière les médias (30). Les connaissances des patients sont apparues comme un levier à saisir pour combattre l'antibiorésistance (19), et l'évaluation de programmes d'éducation thérapeutique à ce sujet, une piste intéressante à explorer (19). Cela se retrouve dans notre travail puisque les médecins interrogés considéraient qu'un de leurs rôles était d'informer les patients sur l'antibiorésistance, et trouvaient utile l'éducation thérapeutique pour la combattre. Ils pensaient que la population générale ne savait pas ce qu'était une BMR, et manquait d'information sur l'antibiorésistance. Or, les patients atteints de BMR, ayant reçu une information dédiée, à ce sujet, semblent en avoir des représentations exhaustives et en cohérence avec les données de la science (19), soutenant l'intérêt de l'information et l'éducation thérapeutique en matière d'antibiorésistance.

En 2009, l'éducation thérapeutique du patient était légalement intégrée aux soins de premier recours (31). Son premier acteur est le médecin généraliste (31). Dans ce cadre, la Haute Autorité de Santé, valorise une démarche de soins centrée sur le patient (32), permettant de construire une option de soins personnalisée, grâce à une relation de partenariat entre le patient et les professionnels de santé (32). Appuyée sur la complémentarité entre l'expertise des professionnels et l'expérience du patient acquise au fur et à mesure de sa vie (32), elle développe les compétences du patient à partager des décisions avec les soignants, grâce au partage d'information et à l'éducation thérapeutique (32). La personnalisation du soin, évolutive dans le temps, est obtenue avec une écoute du patient, une compréhension de ce qui est important pour lui et un accès par un dialogue structuré à ses connaissances, ses représentations et ses ressentis (32).

La confrontation des représentations et ressentis des médecins et des patients sur l'antibiorésistance semble profitable, et à explorer davantage. Mieux connaître leurs représentations et ressentis, pourrait permettre au médecin d'améliorer l'éducation thérapeutique des patients en adaptant le message délivré, avec des conséquences positives

sur leur santé et leurs comportements en matière d'antibiorésistance, puisque des programmes d'éducation thérapeutique ont permis à des patients sous anticoagulants oraux pour une maladie thromboembolique veineuse de voir diminuer leur risque hémorragique par 4 (33), ou à des patients diabétiques de type 2 de modifier leurs habitudes de vie (34). La stratégie nationale 2022-2025 de lutte contre l'antibiorésistance souhaite mettre à disposition des usagers des outils d'information et de formation pour favoriser le bon usage des antibiotiques (35). Il serait intéressant d'impliquer les médecins généralistes, et valoriser les soins de premier recours dans cette démarche, en développant et évaluant des programmes d'éducation thérapeutique dédiés à cette problématique.

#### **V. Coopération ville-hôpital pour les BMR : l'exemple niçois du « Kit BLSE »**

Les interviewés soulignaient le caractère indispensable du lien ville-hôpital dans la prise en charge des BMR, avec un recours à l'avis spécialisé de l'infectiologue et un relai assuré par les services d'HAD. Ils étaient en demande d'un renforcement de l'information transmise par l'hôpital aux médecins généralistes concernant les patients porteurs de BMR.

Le succès du « Kit BLSE », créé en 2011 (36) en région Provence-Alpes-Côte-d'Azur, est un exemple du bénéfice apporté par la coopération entre ville et hôpital (37) dans la prise en charge des BMR.

En 2010, le Haut Conseil de Santé Publique publie des recommandations, selon lesquelles, la lutte contre les souches bactériennes productrices de BLSE repose sur l'information de l'ensemble du monde médical, des mesures d'hygiène et des protocoles d'antibiothérapies adaptés, avec organisation d'un recours possible à un avis spécialisé (38, 39).

Pour y répondre, le RésO infectiO PACA Est, dont l'objectif premier est d'harmoniser les pratiques du CHU (Centre Hospitalo-Universitaire) de Nice et des hôpitaux généraux voisins en infectiologie, s'est ouvert aux partenaires de soins de ville tels que les laboratoires d'analyses médicales, les cliniques privées et les médecins généralistes (36). Ensemble, ils ont conçu le « Kit BLSE », outil d'aide à la prise en charge des patients colonisés ou infectés par

des entérobactéries productrices de BLSE (36). En plus des coordonnées du Conseil en Infectiologie régional ouvert aux professionnels de santé (40), il contient (39) :

- Une information destinée au généraliste sur la problématique des BLSE,
- Une fiche d'information sur les mesures d'hygiène à respecter à destination du patient, devant être expliquée par le médecin,
- Une check-list récapitulant les actions à mener en présence d'une BLSE,
- Des protocoles d'antibiothérapies.

L'utilisation du kit par les médecins généralistes a permis une amélioration significative de la conformité des prescriptions d'antibiotiques avec les recommandations en vigueur (40). La majorité des médecins généralistes étaient satisfaits de ce kit (40), considéré comme un atout, et prêts à le réutiliser (39). Grâce à un programme de coopération transfrontalière européenne entre la France et l'Italie, le « kit BLSE » a pu être implanté en Ligurie, où des résultats encourageants ont également pu être observés en termes de prescriptions antibiotiques et satisfaction des utilisateurs (41).

Cet exemple niçois souligne le bénéfice de la coopération ville-hôpital dans la lutte contre les BMR. La renforcer permettrait de dépasser les limites auxquelles peuvent faire face les médecins de ville pour prendre en charge une BMR. Envisager la reproduction d'outils similaires au « Kit BLSE », à plus large échelle, dans les Hauts-de-France ou au niveau national, est une piste intéressante à explorer.

## **VI. Favoriser le bon usage des antibiotiques**

### **A) Être aidé pour prescrire un antibiotique**

Au cours de notre travail, les médecins évoquaient « Antibioclic » comme un moyen facile et rapide d'accès aux recommandations d'antibiothérapies en médecine ambulatoire, permettant d'utiliser correctement les antibiotiques. Ils suggéraient un contrôle de l'utilisation des antibiotiques pour éviter leur mésusage, au niveau de la délivrance par les pharmacies ou via les antibiogrammes rendus par les laboratoires.

« Antibioclic » permet un accès informatique simple et rapide aux recommandations de prescriptions d'antibiotiques en soins primaires, pour un large panel de maladies infectieuses (42). Il a été adopté avec succès par les médecins généralistes français, avec 5365 utilisateurs quotidiens en 2018 contre 414 en 2012 (42). Il est actuellement en cours de développement en Afrique de l'Ouest, zone aux taux de résistance aux antibiotiques parmi les plus élevés au monde (43).

La stratégie nationale 2022-2025 de prévention des infections et de l'antibiorésistance s'appuie sur différents outils d'aide à la prescription (35). Un des objectifs consiste à inciter les professionnels au bon usage des antibiotiques, en renforçant l'utilisation des antibiogrammes ciblés pour les infections urinaires (35), dont le but est de promouvoir l'utilisation des antibiotiques de première intention, et d'éviter, dans la mesure du possible, les antibiotiques les plus pourvoyeurs de résistances (44). La Haute Autorité de Santé travaille actuellement sur la labellisation des recommandations de bonne pratique concernant leur utilisation (44), et notamment sur la liste ciblée des antibiotiques à rendre en cas d'ECBU positif à entérobactéries, pour généraliser sur le territoire national le rendu d'antibiogrammes ciblés (45). Un travail d'intégration de ces recommandations dans les logiciels des laboratoires de biologie médicale sera nécessaire (35). La généralisation des antibiogrammes ciblés pour les ECBU est porteuse d'espoirs, cette mesure ayant été favorablement accueillie par les prescripteurs d'ECBU (médecins généralistes et sages-femmes) lors d'une étude de terrain réalisée en métropole lilloise en 2019 (46). Cet engouement est d'autant plus encourageant qu'on sait que le rendu des antibiogrammes influence le comportement des prescripteurs (44), et améliore la qualité des prescriptions (46).

En parallèle, au niveau régional, des outils d'aide à la prescription d'antibiotiques ont été développés, par le Centre de Ressources en Antibiotologie et Infectiologie des Hauts-de-France (CRAIHF). Créé en 2018 par l'Agence Régionale de Santé Hauts-de-France, en partenariat avec les services d'infectiologie des CHU d'Amiens et Lille et du centre hospitalier de Tourcoing

(47), il met à disposition des professionnels de santé une ligne téléphonique dédiée au conseil diagnostique et thérapeutique infectieux depuis fin 2019 (47), ainsi qu'un site internet d'information et de conseil en infectiologie et sur la lutte contre l'antibiorésistance (48). Ces outils semblaient moins utilisés que les recommandations scientifiques et « Antibioclic » en métropole lilloise en 2019 (46). Il pourrait être intéressant de les promouvoir, et d'évaluer le recours des médecins généralistes des Hauts-de-France aux outils proposés par le CRAIHF, ses facteurs favorisants et ses freins, afin de le perfectionner pour lutter contre l'antibiorésistance à l'échelle régionale.

### **B) Renforcer l'approche comportementale de la lutte contre l'antibiorésistance**

Dans notre étude, les médecins évoquaient la campagne d'information de l'Assurance Maladie, « Les antibiotiques, c'est pas automatique », sortie en 2002. Son caractère universel les avait aidés à convaincre les patients de l'absence de nécessité systématique de prescription d'antibiotique. Pour certains, elle a perdu de son efficacité dans le temps et mériterait d'être renouvelée et approfondie. Les patients interrogés au cours du travail de recherche d'A. Montmureau avaient été marqués par ce slogan (19), qui les a fait réfléchir sur la nécessité des antibiothérapies et demandaient la réitération et l'approfondissement de cette campagne (19). La surconsommation d'antibiotiques est un problème comportemental résultant à la fois de décisions prises par les professionnels de santé qui prescrivent parfois des antibiotiques de manière inappropriée, et des patients qui réclament des antibiotiques à leur médecin, en consomment en automédication ou ne respectent pas les durées de traitement (49).

La campagne de 2002, avec son approche comportementale (49), a été efficace, générant une baisse de 26,5% des prescriptions d'antibiotiques entre 2002 et 2007 (50). Mais la France, 4<sup>ème</sup> pays européen le plus consommateur d'antibiotiques (35), doit mieux faire (49).

Le gouvernement français s'est fixé pour objectif la réduction de 25% de la consommation d'antibiotiques en ville à l'horizon 2025, par rapport à 2019 (35). Pour y arriver, Santé Publique France a élaboré une campagne de marketing social, à destination des professionnels de santé



et du grand public (51). Des études préalables ont été menées auprès des cibles de cette campagne, avec l'expertise de spécialistes en sciences comportementales (52). L'approche comportementale, en s'appuyant sur une compréhension réaliste de la psychologie humaine et des systèmes dans lesquels les individus évoluent et prennent des décisions (49), ouvre de nouvelles perspectives dans la lutte contre l'antibiorésistance. L'investissement récent des autorités sanitaires françaises dans leurs capacités à appliquer cette méthode est une opportunité à saisir (49), puisque ce n'est qu'en considérant les obstacles véritablement rencontrés par un médecin et un malade, lorsqu'ils décident de prescrire ou de prendre un antibiotique, que l'on peut arriver à des solutions efficaces (49). L'Institut National de la Santé Et la Recherche Médicale (INSERM), dans son programme prioritaire de recherche sur l'antibiorésistance (53), explore également les sciences humaines et sociales et s'intéresse aux comportements des acteurs de l'antibiorésistance, notamment aux interactions soignants-malades qui conduisent à la prescription d'antibiotique (53).

Confronter les médecins et les patients, et analyser de leurs interactions concernant l'antibiorésistance et les BMR, semble une piste à explorer davantage pour améliorer les stratégies de communication futures. Cela laisse entrevoir une possibilité d'action conjointe sur leurs comportements, et non pas de manière isolée sur l'un ou l'autre, dans l'espoir d'obtenir un effet synergique sur la lutte contre l'antibiorésistance.

## **VII. Lutter contre l'antibiorésistance par une approche « One Health »**

Dans notre étude, les médecins abordaient l'antibiorésistance dans sa globalité, ses liens avec la santé humaine mais aussi vétérinaire, et l'environnement. Cela rejoint le concept « One Health » ou « Une seule santé », promu par une collaboration entre l'OMS, l'Organisation des Nations Unies pour l'alimentation et l'agriculture (FAO) et l'Organisation mondiale de la santé animale (OIE) (54). Il repose sur la conviction que la santé humaine, la santé animale, et la santé environnementale ne font qu'un (53). La diffusion de bactéries devenues résistantes entre humains, animaux, et environnement étant un facteur essentiel de propagation des

résistances aux antibiotiques, il est nécessaire d'élaborer des stratégies de lutte ne dissociant pas l'Homme de son environnement (53).

Au niveau environnemental, des études ont démontré la contamination des eaux en provenance des stations d'épuration urbaines par les antibiotiques, leurs résidus, et les gènes de résistance (55). La faune sauvage est un réservoir important de bactéries résistantes, avec une dissémination potentielle vers les animaux domestiques et les humains (55). L'exploration des sols reste difficile mais suspecte (55). Même si des traitements existent, comme la dépollution des eaux en sortie de station d'épuration, l'efficacité des moyens de lutte contre la contamination des milieux environnementaux est insuffisante, d'où la nécessité d'insister sur la baisse de l'usage général des antibiotiques (55).

C'est l'objectif du plan « ECOANTIBIO », plan français de lutte contre l'antibiorésistance en santé animale (56). Lors du premier plan « ECOANTIBIO », entre 2012 et 2017, des mesures incitatives et volontaires ont été prises, comme des campagnes nationales de communication à destination des détenteurs d'animaux de compagnie ou des éleveurs, mais aussi législatives et réglementaires comme l'encadrement de la prescription et la délivrance d'antibiotiques d'importance critique en santé animale (56). Ces mesures ont permis une baisse de 20% de l'exposition des animaux aux antibiotiques en France (56). Afin de maintenir ce progrès dans la durée, le plan « ECOANTIBIO<sup>2</sup> » a été mis en place entre 2017 et 2021, davantage orienté sur les mesures incitatives que réglementaires (56). Les recherches scientifiques de l'INSERM sur l'antibiorésistance sont aussi menées sous une approche « One Health » (53), dans le but de faire baisser l'impact économique et écologique global de l'antibiorésistance (53).

La prise en compte de l'antibiorésistance sous une approche « One Health » est récente en France, mais a montré des premiers résultats encourageants. En parallèle, la pandémie mondiale à COVID-19, probable zoonose, met en exergue la nécessité d'être capable d'anticiper les émergences pour mieux préparer les prochaines crises sanitaires (57). Certaines failles de la gestion de la crise COVID montrent que la stratégie « One Health », bien que

présente dans les réflexions autour de la santé mondiale, est encore insuffisamment opérationnelle (57). Le Conseil Scientifique a récemment proposé des actions pour renforcer l'approche « One Health » en France, comme la création d'une plateforme interministérielle « One Health » qui aurait pour rôle d'analyser et actualiser régulièrement les risques majeurs d'émergence de pathogènes dans l'environnement, chez les animaux, ou l'Homme (57). Renforcer l'approche « One Health » pour lutter contre l'antibiorésistance, et la généraliser à d'autres enjeux de santé et de société, semble être indispensable pour pallier aux menaces pesant sur la santé humaine, induites par l'industrialisation et l'accroissement des mouvements d'espèces et leurs pathogènes, sous l'effet du changement climatique et des crises politiques et sociales (58).

La lutte contre l'antibiorésistance et les BMR est un des grands enjeux d'avenir pour la santé publique, prioritaire à l'échelle européenne et internationale. La France a pour objectif de diminuer d'un quart sa consommation d'antibiotiques en ville par rapport à 2019. Les médecins généralistes, grands prescripteurs d'antibiotiques, sont au cœur de ce combat.

Dans ce travail, les représentations des médecins généralistes sur les BMR et l'antibiorésistance semblaient en cohérence avec les connaissances scientifiques, et les représentations des patients. Les interviewés, rarement confrontés aux BMR, les rencontraient chez des patients âgés, fragiles, sortant d'hospitalisation ou vivant en EHPAD. Ils voyaient la vie de leurs patients bouleversée par l'infection à BMR, et ses complications parfois mortelles. Les BMR étaient sources de peur et d'inquiétude pour les interviewés.

La surconsommation d'antibiotiques est un problème issu des comportements des professionnels de santé et des patients. Faire un état des lieux des représentations et ressentis des médecins généralistes sur les BMR et l'antibiorésistance, et les confronter à ceux des patients, est un préalable pour créer de nouvelles stratégies de communication, qui viseraient un effet synergique sur les deux partis pour la baisse de la consommation d'antibiotiques. L'éducation thérapeutique par le médecin généraliste et les autres professionnels des soins de premier recours, dans une démarche de soin centrée sur le patient, peut influencer positivement les comportements des patients vis-à-vis de l'antibiorésistance. Il serait intéressant de la promouvoir et d'en évaluer les retombées.

Des travaux complémentaires sont à mener, pour approfondir l'analyse des comportements et des interactions des médecins et des patients, pour mieux communiquer et éduquer.

La collaboration ville-hôpital est un atout indispensable pour combattre l'antibiorésistance. Des outils basés sur cette coopération ont fait leurs preuves localement, en France et à l'étranger, en améliorant la prise en charge des BMR. Ils pourraient être développés à plus grande échelle.

Renforcer les outils d'aide à la prescription, favorisant le bon usage des antibiotiques, tels que les antibiogrammes ciblés, est un moyen d'affronter l'antibiorésistance. La région Hauts-de-France agit en ce sens via le CRAIHF. Le recours des médecins généralistes aux outils proposés par le CRAIHF est à évaluer, afin de le faire progresser, dans une région où la consommation d'antibiotiques est supérieure à la moyenne nationale.

La santé humaine n'est pas la seule pourvoyeuse d'antibiorésistance, qui a aussi des origines environnementales et en santé animale. Des mesures prenant en compte l'Homme, l'animal et l'environnement dans leur ensemble, selon un concept « Une seule santé » sont favorisées pour réfréner plus efficacement l'antibiorésistance. La crise COVID-19 actuelle démontre que ce concept, capital dans la lutte contre l'antibiorésistance, a une résonance sur de nombreux enjeux de société. Il semble indispensable de le généraliser pour pallier aux menaces qui pèsent actuellement sur la santé humaine.

## Références bibliographiques

---

- [1] Rapport ANSM Novembre 2019. Antibiotiques et résistance bactérienne : une menace mondiale, des conséquences individuelles, p1,6. Disponible sur : [https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/2019\\_brochure\\_antibioresistance\\_consommation\\_et\\_resistance.pdf](https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/2019_brochure_antibioresistance_consommation_et_resistance.pdf)
- [2] Ministère des Solidarités et de la Santé. L'antibiorésistance, pourquoi est-ce si grave ? Mis à jour le 3 Mars 2022. Disponible sur : <https://solidarites-sante.gouv.fr/prevention-en-sante/les-antibiotiques-des-medicaments-essentiels-a-preserver/des-antibiotiques-a-l-antibioresistance/article/l-antibioresistance-pourquoi-est-ce-si-grave#:~:text=Toutes%20les%20bact%C3%A9ries%20risquent%20de,patient%20et%20pour%20la%20collectivit%C3%A9>
- [3] Rapport ANSM Novembre 2020. Antibiotiques et résistance bactérienne : une infection virale respiratoire évitée, c'est un antibiotique préservé ! p 4, 8. Disponible sur : [https://www.anses.fr/fr/system/files/354748\\_spf00002585.pdf](https://www.anses.fr/fr/system/files/354748_spf00002585.pdf)
- [4] Santé Publique France. Consommation d'antibiotiques et antibiorésistance en France en 2019. 2020. Disponible sur : <https://www.santepubliquefrance.fr/les-actualites/2020/consommation-d-antibiotiques-et-antibioresistance-en-france-en-2019#:~:text=En%20%C3%A9tablissement%20de%20sant%C3%A9%20la,6%25%20entre%202015%20et%202019>
- [5] ARS Hauts-de-France. Antibiorésistance : un risque accru dans les HDF. 2017. Disponible sur : <https://www.hauts-de-france.ars.sante.fr/antibioresistance-un-risque-accru-dans-les-hdf>
- [6] Rapport ANSM Novembre 2021. Antibiotiques et résistance bactérienne : pistes d'action pour ancrer les progrès de 2020, p2. Disponible sur : <https://ansm.sante.fr/uploads/2021/11/18/20211118-spf-antibioresistance-interactif.pdf>
- [7] Rapport ANSM. Liste des antibiotiques critiques, actualisation 2015. Février 2016. Disponible sur : <https://archiveansm.integra.fr/S-informer/Points-d-information-Points-d-information/Les-antibiotiques-consideres-comme-critiques-premieres-reflexions-sur-leur->

## [caracterisation-Point-d-information](#)

[8] Comité des référentiels de la SPILF. Antibiotiques critiques disponibles en France. Actualisation de la liste des antibiotiques critiques disponibles en France pour l'exercice libéral et en établissements de santé. Janvier 2022. Disponible sur :

<https://www.infectiologie.com/fr/actualites/antibiotiques-critiques-disponibles-en-france - n.html>

[9] O. Meunier, J. Exinger, F. Kara. SARM, ABRI, E-BLSE... ERG et EPC, des BMR à l'émergence des BHRe. Centre Hospitalier de Haguenau. 2016. p4. Disponible sur :

<https://www.infectiologie.com/UserFiles/File/groupe-atb/livret-bmr-bhre-bis.pdf>

[10] Rapport ANSM Novembre 2017. Consommation d'antibiotiques et résistance aux antibiotiques en France : soyons concernés, soyons responsables ! p8. Disponible sur :

[https://www.anses.fr/fr/system/files/2017\\_Brochure\\_Antibioresistance.pdf](https://www.anses.fr/fr/system/files/2017_Brochure_Antibioresistance.pdf)

[11] H. Faure, S. Mahy, A. Soudry, M. Duong, P. Chavanet, L. Piroth. Déterminants de la prescription ou de la non-prescription d'antibiotiques en médecine générale. Médecine et Maladies Infectieuses. 2009. Vol 39, n°9 : p714-721.

[12] S. Onteniente, S. Fournet. Déterminants de la prescription des antibiotiques en médecine générale : analyse qualitative dans la région du Centre Hospitalier Annecy Genevois. Thèse pour le diplôme d'état de docteur en médecine. Présentée et soutenue publiquement le 5 juillet 2017.

[13] Claude Attali, Chantal Amade-Escot, Véronique Ghadi, Jean-Marie Cohen, Denis Pouchain, et al. Prescription ambulatoire des antibiotiques dans les infections respiratoires. Rapport scientifique. Résultats de l'étude PAAIR. Octobre 2001.

[14] Deleplanque D, Hennion-Gasrel F, Diblanc-Stamm A. La consultation sans prescription médicamenteuse. Exercer, la revue francophone de médecine générale. 2013. N°110, p82-83.

[15] Wood F, Phillips C, Brookes-Howell L, Hood K, Verheij T, Coenen S, et al. Primary care clinicians' perceptions of antibiotic resistance: a multi-country qualitative interview study. J

Antimicrob Chemother. 2013, 68(1):237-43

[16] K. Ramlagun. Déterminants de la prescription et de la non-prescription d'antibiotiques. Étude qualitative auprès de médecins généralistes. Thèse pour le diplôme d'état de docteur en médecine. Présentée et soutenue publiquement le 7 mars 2019.

[17] T. Boyer-Chammard. Lutte contre les bactéries multi-résistantes en ville : état des lieux et moyens mis en œuvre après une hospitalisation. Thèse pour le diplôme d'état de docteur en médecine. Présentée et soutenue publiquement le 26 mars 2013.

[18] P. Boulay. Évaluation de la prise en charge des patients à risque infectieux dans les cabinets de médecine générale du Perche. Thèse pour le diplôme d'état de docteur en médecine. Présentée et soutenue publiquement le 17 mai 2018.

[19] A. Montmureau. Les représentations et les ressentis des patients concernant les bactéries multi-résistantes et l'antibiorésistance. Étude qualitative par entretiens ouverts. Thèse pour le diplôme d'état de docteur en médecine. Présentée et soutenue publiquement le 17 octobre 2019.

[20] Blanchet A, Gotman A. L'entretien – 2<sup>ème</sup> édition. Armand Colin.

[21] J-P. Lebeau, I. Aubin-Auger, J-S. Cadwallader, J. Gilles De La Londe, M. Lustman, A. Mercier, et al. Initiation à la recherche qualitative en santé, le guide pour réussir sa thèse ou son mémoire. Global Média Santé, CNGE Productions.

[22] C. Lejeune. Manuel d'analyse qualitative : analyser sans compter ni classer. 2<sup>ème</sup> édition. DeBoeck ; 2019. 155p. (Méthode en Sciences Humaines)

[23] Santé Publique France. Données de Surveillance. Surveillance de la résistance bactérienne aux antibiotiques en soins de ville et en établissements pour personnes âgées dépendantes. Mission PRIMO. Année 2020. Publié en Novembre 2021. Disponible sur : <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/infections-associees-aux-soins-et-resistance-aux-antibiotiques/resistance-aux-antibiotiques/documents/rapport-synthese/surveillance-de-la-resistance-bacterienne-aux-antibiotiques-en-soins-de-ville-et-en->



[24] SPILF 2015. Mise au point. Diagnostic et antibiothérapie des infections urinaires bactériennes communautaires de l'adulte. Actualisation au 11 décembre 2015 des recommandations initialement mises en ligne en mai 2014. Argumentaire. Disponible sur :

<https://www.infectiologie.com/UserFiles/File/spilf/recos/infections-urinaires-spilf-argumentaire.pdf>

[25] J-P. Joseph, P-O. Lakdja, G.Conort, F. Mzali, C. Quentin. Facteurs de risque épidémiologiques et cliniques des bactéries multi-résistantes au cours des infections urinaires communautaires. Seizièmes Journées Nationales d'Infectiologie. 2015 ; Nancy.

[26] N. Marty. Pouvoir épidémiogène des bactéries multi-résistantes aux antibiotiques. CHU de Toulouse. Onzièmes Journées Nationales d'Infectiologie. 2011 ; Montpellier.

[27] A. Cassini, L. Diaz Högberg, D. Plachouras, A. Quattrocchi, A. Hoxha, G. Skov Simonsen, et al. Attributable deaths and disability – adjusted life – years caused by infections with antibiotic-resistant bacteria in the EU and the European Economic Area in 2015: a population-level modelling analysis. The Lancet Infectious Diseases. 2019 Jan ; 19(1) : 56-66.

[28] Santé Publique France. Revues. Articles du mois. Décès attribuables et années de vie ajustées sur l'incapacité, dus à des infections par des bactéries résistantes aux antibiotiques dans l'UE et l'Espace Économique Européen en 2015 : une analyse de modélisation au niveau populationnel. Publié le 6 décembre 2018. Disponible sur :

<https://www.santepubliquefrance.fr/revues/articles-du-mois/2018/deces-attribuables-et-annees-de-vie-ajustees-sur-l-incapacite-dus-a-des-infections-par-des-bacteries-resistantes-aux-antibiotiques-dans-l-ue-et-l>

[29] Olivia Ing, Sophie Fégueux, Isabelle Bonmarin. Les perceptions et les comportements des médecins de ville à l'égard de l'usage des antibiotiques et de l'antibiorésistance en France en 2020. Santé Publique France. Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire. N°18-19. 16 Novembre 2021. Disponible sur : <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et->

[traumatismes/infections-associees-aux-soins-et-resistance-aux-antibiotiques/resistance-aux-antibiotiques/documents/article/les-perceptions-et-les-comportements-des-medecins-de-ville-a-l-egard-de-l-usage-des-antibiotiques-et-de-l-antibioresistance-en-france-en-2020](https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/presentation_etude_ifop_antibioresistance.pdf)

[30] Sondage IFOP pour le Ministère des Solidarités et de la Santé. Les français et la résistance aux antibiotiques. Novembre 2017. Disponible sur : [https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/presentation\\_etude\\_ifop\\_antibioresistance.pdf](https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/presentation_etude_ifop_antibioresistance.pdf)

[31] Haut Conseil de la Santé Publique. Rapport. L'éducation thérapeutique intégrée aux soins de premier recours. Novembre 2009. Disponible sur : <https://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=222>

[32] Haute Autorité de Santé. Mise au point. Organisation des parcours. Démarche centrée sur le patient. Information, conseil, éducation thérapeutique, suivi. Mai 2015. Disponible sur : [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2015-06/demarche\\_centree\\_patient\\_web.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2015-06/demarche_centree_patient_web.pdf)

[33] S. Léger, B. Allenet, O. Pichot, G. Figari, J. Calot, P. Carpentier, et al. Impact d'un programme d'éducation thérapeutique sur les attitudes de prévention vis-à-vis du risque iatrogène : étude pilote contrôlée visant les patients sous anticoagulants oraux pour maladie thromboembolique veineuse. Journal des Maladies Vasculaires. Juillet 2004. Vol. 29 – N°3. P152-158.

[34] I. Vincent, E. Vanhems, D. Lessellier, L. Texerot, A. Fagot-Campagna, E. Ronflé, et al. CAD-33 : Impact à un 1 an du programme national d'éducation thérapeutique destiné aux patients diabétiques de type 2, proposé dans les Centres d'examens de santé de l'Assurance Maladie. Diabetes & Metabolism. Mars 2016. Vol. 42 – N° S1. PA33.

[35] Ministère des Solidarités et de la Santé. Stratégie Nationale 2022-2025 de prévention des infections et de l'antibiorésistance. Janvier 2022. Disponible sur : [https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/strategie\\_nationale\\_2022-2025\\_prevention\\_des\\_infections\\_et\\_de\\_l\\_antibioresistance.pdf](https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/strategie_nationale_2022-2025_prevention_des_infections_et_de_l_antibioresistance.pdf)

- [36] V. Mondain. Kit BLSE, bêta-lactamases à spectre étendu [en ligne]. Nice, Agence Karma Santé. Mis à jour en 2015, consulté le 17 mars 2022. <http://kit-blse.com/>
- [37] V. Mondain. Prendre en charge et limiter la dissémination des BLSE. Projet régional ville-hôpital. Réunion ARS PACA. 23/11/2011. Disponible sur : <http://kit-blse.com/wp-content/uploads/2015/03/ARS-reunion-23-novembre-2011-Mode-de-compatibilit.pdf>
- [38] Recommandations relatives aux mesures à mettre en œuvre pour prévenir l'émergence des entérobactéries BLSE et lutter contre leur dissémination. Haut Conseil de la Santé Publique, février 2010. Disponible sur : [www.hcsp.fr/explore.cgi/hcspr20100202\\_enterobactBLSE.pdf](http://www.hcsp.fr/explore.cgi/hcspr20100202_enterobactBLSE.pdf)
- [39] A. Zucconi, J. Courjon, C. Maruéjols, F. Saintpère, N. Degand, L. Pandiani, et al. Managing ESBL-producing Enterobacteriaceae-related urinary tract infection in primary care: a tool kit for general practitioners. *European Journal of Clinical Microbiology & Infectious Diseases* (2018) 37 : 983–986.
- [40] A. Zucconi, V. Mondain, C. Mauruéjols, F. Saintpère, N. Degand, L. Pandiani, et al. Le kit BLSE, un outil d'aide à la prise en charge des infections urinaires communautaires à E. coli porteur de Bêta-Lactamase à Spectre Élargi (BLSE). Quatorzièmes Journées Nationales d'Infectiologie. 2013 ; Clermont-Ferrand.
- [41] V. Mondain, G. Secondo, R. Guttmann, G. Ferrea, A. Dusi, M. Giacomini. A toolkit for the management of infection or colonization by extended-spectrum beta-lactamase producing Enterobacteriaceae in Italy: implementation and outcome of a European project. *European Journal of Clinical Microbiology & Infectious Diseases* (2018) 37 : 987–992.
- [42] T. Delory, P. Jeanmougin, S. Lariven, J-P. Aubert, N. Peiffer-Smadja, P-Y. Boëlle, et al. A computerized decision support system (CDSS) for antibiotic prescription in primary care-Antibioclic: implementation, adoption and sustainable use in the era of extended antimicrobial resistance. *J Antimicrob Chemother.* 2020 Aug 1;75(8):2353-2362.
- [43] S. Descousse, N. Peiffer-Smadja, E. Courrèges, A. Beaumont, G. Kouakou, A. Ouedraogo,

et al. Antibioclic Afrique : perspectives d'utilisation pour le bon usage antibiotique en Afrique de l'Ouest, Infectious Diseases Now, Volume 51, Issue 5, Supplément, 2021, Page S53, ISSN 2666-9919.

[44] Haute Autorité de Santé. Recommander les bonnes pratiques. Antibiogrammes ciblés pour les infections urinaires à Entérobactéries, note de cadrage en vue d'une labellisation d'une recommandation de bonne pratique élaborée par la SMF, le GPIP et la SPILF. Mars 2021. Disponible sur : [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2021-04/reco361\\_cadrage\\_antibiogrammes\\_cibles\\_coi\\_2021\\_03\\_10\\_v1\\_mel\\_sabine.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2021-04/reco361_cadrage_antibiogrammes_cibles_coi_2021_03_10_v1_mel_sabine.pdf)

[45] Gouvernement. Rapport annuel. Bilan des actions menées en santé humaine en 2020 dans le cadre de la feuille de route interministérielle pour la maîtrise de l'antibiorésistance. Janvier 2021. Disponible sur : [https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport\\_annuel\\_antibioresistance\\_actions\\_2020.pdf](https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_annuel_antibioresistance_actions_2020.pdf)

[46] A-S. Bierinx, « Antibiogramme ciblé et ECBU » : perception et pratique des prescripteurs. Thèse pour le diplôme d'état de docteur en médecine. Présentée et soutenue publiquement le 17 décembre 2020.

[47] Agence Régionale de Santé Hauts-de-France. L'ARS crée le centre de de ressources en antibiologie, infectiologie HDF. 18 Novembre 2018. Disponible sur : <https://www.hauts-de-france.ars.sante.fr/lars-cree-le-centre-de-ressources-en-antibiologie-infectiologie-hdf>

[48] Serge Alfandari. GILAR [en ligne], Tourcoing : Association GILAR, c2018 [Mis à jour le 04/03/2022, consulté le 28/03/2022]. Disponible sur : <https://www.gilar.org/#>

[49] M. Chammat, L. Litvine, T. McMinigal. Les apports potentiels de l'approche comportementale dans la lutte contre la surconsommation d'antibiotiques. Santé Publique France. Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire. N°18-19. 16 Novembre 2021. Disponible sur : <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/infections-associees-aux-soins-et-resistance-aux-antibiotiques/resistance-aux-antibiotiques/documents/magazines-revues/bulletin-epidemiologique-hebdomadaire-16-novembre-2021-n-18-19-antibioresistance->

[en-france-en-2021-une-menace-sous-surveillance](#)

[50] Sabuncu E, David J, Bernède-Bauduin C, Pépin S, Leroy M, Boëlle PY, et al. Significant reduction of antibiotic use in the community after a nationwide campaign in France, 2002-2007. PLoS Med. 2009 Jun 2;6(6):e1000084.

[51] Ministère des Solidarités et de la Santé. Quelques mesures innovantes du plan d'action national français de lutte contre l'antibiorésistance. Mai 2021. Disponible sur : [https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/8\\_pages\\_antibioresistance-final\\_fr.pdf](https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/8_pages_antibioresistance-final_fr.pdf)

[52] C. Pulcini. Prévention des infections et de l'antibiorésistance : de nombreuses actions menées par les pouvoirs publics, à poursuivre et renforcer. Santé Publique France. Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire. N°18-19. 16 Novembre 2021. Disponible sur : <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/infections-associees-aux-soins-et-resistance-aux-antibiotiques/resistance-aux-antibiotiques/documents/magazines-revues/bulletin-epidemiologique-hebdomadaire-16-novembre-2021-n-18-19-antibioresistance-en-france-en-2021-une-menace-sous-surveillance>

[53] INSERM. Programme prioritaire de recherche. Antibiorésistance. 2019. Disponible sur : <https://www.inserm.fr/wp-content/uploads/2020-01/inserm-pprantibioresistance.pdf>

[54] ANSES. One Health [en ligne]. Mis à jour le 04/11/2020. Disponible sur : <https://www.anses.fr/fr/content/one-health>

[55] Ministère de l'Environnement, de l'Énergie et de la Mer, en charge des relations internationales sur le climat. Théma – Essentiel. Antibiorésistance et environnement. Février 2017. Disponible sur : <https://www.ecologie.gouv.fr/sites/default/files/Th%C3%A9ma%20-%20Antibior%C3%A9sistance%20et%20environnement.pdf>

[56] Ministère de l'Agriculture, de l'Agroalimentaire et de la Forêt. ECOANTIBIO<sup>2</sup>, plan national de réduction des risques d'antibiorésistance en médecine vétérinaire. 2017-2021. Disponible sur : <https://agriculture.gouv.fr/le-plan-ecoantibio-2-2017-2022>

[57] Contribution du Conseil Scientifique COVID-19. « One Health » - Une seule santé. Santé

humaine, animale, environnement : les leçons de la crise. 8 février 2022. Disponible sur :

<https://solidarites->

[sante.gouv.fr/IMG/pdf/contribution\\_conseil\\_scientifique\\_8\\_fevrier\\_2022\\_one\\_health.pdf](https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/contribution_conseil_scientifique_8_fevrier_2022_one_health.pdf)

[58] CNRS. One Health. Ambitions, défis et difficultés d'une approche incontournable pour la

santé. 29 mars 2018. Disponible sur : <https://www.inee.cnrs.fr/fr/cnrsinfo/one-health-ambitions->

[defis-et-difficultes-dune-approche-incontournable-pour-la-sante](https://www.inee.cnrs.fr/fr/cnrsinfo/one-health-ambitions-defis-et-difficultes-dune-approche-incontournable-pour-la-sante)

**Annexe 1 : Extrait de la Newsletter de l'URPS Médecins Libéraux Hauts-de-France****Thèses****Thèse "antibiorésistance et bactéries multi-résistantes" - Recherche de médecins généralistes volontaires pour des entretiens qualitatifs**

Dans le cadre de sa thèse, Clémence Leturcq médecin généraliste remplaçante, ancienne interne de médecine générale à la faculté de Lille, souhaiterait s'entretenir avec des médecins généralistes des Hauts-de-France.

Il ne s'agit pas d'une évaluation de bonnes pratiques, mais d'une étude qualitative par entretiens ouverts s'intéressant à l'antibiorésistance et aux bactéries multi-résistantes ; elle recueillera les différents points de vue de chacun sur le sujet.

Pour tout renseignement complémentaire et/ou participer à l'étude, merci de contacter Clémence Leturcq par mail [clemence.leturcq.etu@univ-lille.fr](mailto:clemence.leturcq.etu@univ-lille.fr) ou Tél.06.37.76.66.98.

**Annexe 2 : Soutien du Comité de Suivi des Thèses de l'URPS Médecins Libéraux Hauts-de-France**

**Re: avis comité de suivi d'accompagnement des thèses URPS**

**Médecins Hauts-de-France**

Expéditeur : **Caroline DEPAUW**

À : **clemence leturcq etu**

Bonsoir,

Suite à la réunion du comité de suivi d'accompagnement des thèses de l'URPS Médecins Hauts-de-France, les membres du comité de suivi ont été sensibles aux efforts de retravail que vous proposez dans le cadre de votre projet et l'Union pourrait vous accompagner dans votre nouveau projet de thèse, à savoir une étude qualitative par entretiens ouverts s'intéressant aux représentations et ressentis des médecins généralistes concernant l'antibiorésistance et les bactéries multi-résistantes.

Cependant, si l'objet de votre thèse nous intéresse toujours particulièrement, nous sommes prêts à travailler à vos côtés pour pouvoir vous accompagner dans la réalisation de votre guide d'entretien notamment.

Avant cela, il nous semble essentiel que vous puissiez lire **Initiation à la recherche qualitative en santé - Le guide pour réussir sa thèse ou son mémoire** de Jean-Pierre Lebeau, Isabelle Aubin-Auger, Jean-Sébastien Cadwallader et Julie Gilles de la Londe, conseillé par les représentants du Département de Médecine Générale présents au comité de suivi.

Une fois cette lecture faite, nous pourrions programmer un temps d'échanges avec les médecins s'intéressant à cette problématique au sein de l'Union.

Il est en tout cas essentiel que votre questionnaire ne s'attache pas à une évaluation des connaissances que ne souhaite pas promouvoir l'URPS Médecins Hauts-de-France.

Dans l'attente de votre retour, nous restons à votre disposition pour continuer votre accompagnement,  
Cordialement,

Pour le comité de suivi d'accompagnement des thèses  
Caroline de Pauw  
Directrice  
URPS Médecins Hauts de France



# PRÉSENTATION DE PROJET DE THÈSE

## Recherche de médecins généralistes volontaires pour entretiens

Bonjour Docteur,

Je suis Clémence LETURCQ, jeune médecin généraliste remplaçante, ancienne interne de médecine générale à la faculté de Lille et je vous contacte dans le cadre de mon travail de thèse, qui est dirigé par le Dr Alexandre MONTMUREAU.

Il s'agit d'une étude qualitative par entretiens ouverts s'intéressant à l'antibiorésistance et aux bactéries multi-résistantes. Je cherche à m'entretenir avec des médecins généralistes libéraux dans les Hauts-de-France.

J'aimerais, si vous êtes d'accord, pouvoir vous interroger à ce sujet.

Il ne s'agit pas d'une évaluation de bonnes pratiques, mais bien de recueillir les différents points de vue de chacun sur le sujet de l'antibiorésistance et des bactéries multi-résistantes.

Avant de choisir de participer ou non à mon étude, je suis disponible à cette adresse mail pour tout renseignement complémentaire : [clemence.leturcq.etu@univ-lille.fr](mailto:clemence.leturcq.etu@univ-lille.fr).

Je peux également, si vous le souhaitez, me déplacer pour vous présenter mon travail de manière plus détaillée.

Je précise que toutes les démarches ont été effectuées auprès des autorités compétentes (CNIL et CPP) pour garantir votre anonymat tout au long de l'étude.

Si vous acceptez de participer à mon étude, nous conviendrons ensemble d'une date et d'un lieu de rendez-vous, selon vos préférences, et nous échangerons autour de mon sujet au cours d'un entretien oral enregistré au dictaphone, pour une durée moyenne de 30 minutes.

Je suis joignable au 06. ...

Je vous suis reconnaissante pour l'intérêt que vous porterez à mon travail et vous remercie pour votre aide.

Cordialement,

Clémence LETURCQ



## GUIDE D'ENTRETIEN

Représentations et ressentis des médecins généralistes concernant l'antibiorésistance et les bactéries multi-résistantes

Clémence LETURCO

Entretiens ouverts enregistrés au dictaphone.

### Présentation :

Bonjour. Je suis Clémence LETURCO, médecin remplaçant issu de la faculté de médecine Henri Warembourg à Lille. Nous nous rencontrons aujourd'hui dans le cadre de ma thèse qui s'intéresse à l'antibiorésistance et aux bactéries multi-résistantes.

Votre participation à l'étude consiste en un entretien oral enregistré au dictaphone au cours duquel nous allons échanger autour de ce sujet.

J'interroge des médecins généralistes des Hauts-de-France pour recueillir leurs représentations et ressentis concernant l'antibiorésistance et les bactéries multi-résistantes.

Je vous précise que toutes les démarches ont été effectuées au niveau des différents organismes compétents pour garantir la protection de vos données, à savoir la CNIL et le CPP. Tout sera anonymisé au niveau de la thèse, votre nom ou toute donnée identifiante vous concernant n'apparaîtront nulle part.

Avant de commencer, êtes-vous toujours d'accord pour participer à mon étude et être enregistré au dictaphone ?

### Questions d'accroche :

- Pour commencer, pouvez-vous me dire ce que vous évoque l'antibiorésistance ?
- Quelle est votre expérience avec les bactéries multi-résistantes ?

### Représentations et ressentis sur l'antibiorésistance :

- Qu'est-ce que vous évoque l'antibiorésistance ?
- De quelle manière êtes-vous sensibilisé à l'antibiorésistance ?
- Quels moyens pourrait-on mettre en œuvre pour lutter contre l'antibiorésistance ?
- Que pensez-vous de l'antibiorésistance à l'échelle internationale ?
- Que pensez-vous de la médecine vétérinaire dans le cadre de l'antibiorésistance ?
- Comment voyez-vous la relation entre antibiorésistance et environnement ?

### Représentations et ressentis sur les Bactéries Multi-Résistantes :

- Pouvez-vous décrire votre expérience avec les bactéries multi-résistantes ?
- A quelle fréquence rencontrez-vous des BMR ?
- Dans quel contexte rencontrez-vous des BMR ?
- Comment voyez-vous la relation ville-hôpital dans le cadre de la prise en charge des BMR ?
- Que pensez-vous de la possibilité d'une aide spécialisée dans la prise en charge des infections à BMR ?
- Comment prenez-vous en charge un patient porteur de BMR ?
- Que pensez-vous des précautions d'hygiène instaurées pour les patients BMR ?
- Quel ressenti avez-vous sur le développement des BMR ?

### Sur les campagnes d'information :

- Que pensez-vous de la sensibilisation des patients vis-à-vis de l'antibiorésistance ?
- Que pensez-vous de la campagne de sensibilisation de 2002 « Les antibiotiques c'est pas automatique » ?

### Sur les moyens d'amélioration des pratiques en matière d'antibiorésistance :

- Que pensez-vous de l'intérêt de la Rémunération sur Objectif de Santé Publique dans la lutte contre l'antibiorésistance ?
- Que pensez-vous des outils de prescription comme Antibiodic ?

### Question finale :

- Avez-vous des choses à rajouter sur le sujet de l'antibiorésistance et des BMR ?


## Annexe 5 : Déclaration Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés

Éléments généraux	
Responsable(s) chargé(s) de la mise en oeuvre	Dominique Lacroix
Interlocuteur(s)	Clemence Leturcq
Nom du traitement	Représentations et ressentis des médecins généralistes concernant l'antibiorésistance et les bactéries multirésistantes
Priorité du traitement (1=haute, 4=basse)	4
Date d'ouverture du dossier	13 juil. 2021
Etat de la déclaration	Traitement déclaré
Date de mise en oeuvre	30 août 2021
Date fin de traitement prévu	16 juin 2022
Composante(s)	UFR 3S Sciences de la Santé et du Sport
Service(s) concerné(s)	Département de Médecine Générale
Autre service	

Informations générales		
Dates et auteurs	Date de création	13/07/2021 11:20
	Date de modification	13/09/2021 15:17
Créateur		Oceane Mosele
	Contributeurs	Oceane Mosele et Jean-Luc Tessier
Dernier contributeur		Jean-Luc Tessier
Version visualisée	0.0	
Objet de la mise à jour		
Date de la mise à jour		
Bloc-notes		
Documents annexes	 Dclaration_de_traitement_tudiants.pdf  c.leturcq-fichedethese.pdf  guide-d-entretien.pdf	

Formalités	
Type de déclaration	Déclaration normale
Lien vers la référence	<b>Le traitement est licite en vertu de l'article 6 alinéa 1er a) du règlement européen de ses données à caractère personnel pour une ou plusieurs finalités s</b>
Si déclaration à la CNIL n°	
Finalité	L'objectif de cette étude est de réaliser un état des lieux des représentations des médecins g l'antibiorésistance, permettant d'envisager de nouvelles stratégies de baisse de prescription est dirigée par le Dr Alexandre MONTMUREAU.
Détails des finalités	Le traitement consiste dans l'enregistrement d'entretiens ouvert. Les personnes concernées sont les médecins généralistes. L'information est assurée par l'envoi d'une lettre d'information. Le consentement est constitué par l'absence d'opposition après un rappel du caractère facultatif de l'étude des personnes au début de l'enregistrement. Au titre du respect de la confidentialité, la chargée de la mise en oeuvre, utilise un dictaphone classique. Aussi la chargée de la mise en oeuvre garantit que, elle seule et son directeur de thèse auront accès aux données. Au titre du respect de la sécurité des données, les enregistrements sont rapidement transférés sur un espace de disque dur chiffré via le logiciel Veracrypt. La retranscription est verbatim et anonyme. Le recrutement se fait par recrutement de médecins généralistes libéraux par appel téléphonique à leur cabinet via la liste de diffusion de l'URPS (accord en attente) Les entretiens se dérouleront en présentiel, au cabinet des médecins généralistes participants
Type de traitement	Obligatoire
Application(s) logicielle(s) utilisée(s)	Veracrypt
Catégories des personnes concernées par le traitement	
Autres personnes concernées	médecins généralistes.
Nombre approximatif	10

Données traitées	
Données anonymes	Non
Méthode de collecte des données	Enregistrements audio
Données identifiantes (directe et indirecte)	Voix des personnes
Autres données non identifiantes	
Interconnexion de fichiers	Non
Zone de libre commentaire	
Données sensibles	Non
Risques et impacts sur la vie privée	Il n'y a pas de fichier joint à ce document.

de personnes concernées	
Modalité d'information auprès des usagers concernés	Lettre d'information
Fichier(s) d'information	 Modèle lettre d'information pour un enregistrement audio V1.pdf
Fonction de la personne auprès de laquelle s'exerce le droit d'accès	dpo@univ-lille.fr
Autre personne	clemence.leturcq.etu@univ-lille.fr

#### Destinataires des données

Catégories de destinataires internes	clemence.leturcq.etu@univ-lille.fr
Procédure d'habilitation des personnels	Non
Destinataires externes	
Transfert de données hors de l'UE	Non

#### Durée de conservation

Type de données	Conservation en base active	Justificatif	Conservation en base intermédiaire	Justificatif
Voix des personnes concernées	Jusqu'à soutenance de la chargée de la mise en oeuvre	C'est la durée nécessaire pour exploiter les données	Suppression à l'issue de la soutenance de la chargée de la mise en oeuvre	Il n'est pas nécessaire de conserver les données au-delà de la soutenance
Retranscription anonyme	Sans limite	Non concernée par la réglementation	Sans limite	Non concernée par la réglementation

#### Sous-traitance

Sous-traitance	non
Détails	
Convention(s) ou Contrat(s)	Il n'y a pas de fichier joint à ce document.

#### Sécurité des données (technique)

Hébergement des données (technique)	Poste de travail
Authentification	Compte local
Site https	Non
Données cryptées	Non
Autres précisez	

#### Sécurité des données (organisationnelle)

Documentation(s) spécifique(s)	Il n'y a pas de fichier joint à ce document.
--------------------------------	--

#### Audit

## Annexe 6 : Accord du Comité de Protection des Personnes Nord-Ouest IV



### HP 21/19: Thèse de médecine générale - Accord CPP

3 Septembre 2021 15:06

Expéditeur : Marie-Noëlle Raux

À : Clemence Leturcq

Bonjour

Au vu des éléments que vous nous avez communiqués, le travail de recherche tel qu'il est présenté n'entre pas dans le cadre de la loi Jardé. Il n'est donc pas nécessaire d'obtenir un avis favorable préalable de **CPP**.

Vous veillerez toutefois à ce que les données personnelles issues des dossiers des patients, soient stockées et utilisées conformément à la méthodologie de réréférence MR004 de la CNIL et conformément au RGPD.

En vous souhaitant le succès de cette recherche.

En restant à votre disposition.  
Bien cordialement.

Mme Marie-Noëlle Zimosz-Raux

Secrétariat **CPP** Nord Ouest IV

Bâtiment ex-USNB

6 rue du Professeur Laguesse

CHRU LILLE

CS 70001

59037 LILLE CEDEX

## **Entretien n°1 :**

**CL : Bonjour. Donc je suis Clémence Leturcq, interne de médecine générale à la faculté de médecine de Lille et on se rencontre aujourd'hui par rapport à ma thèse qui s'intéresse aux représentations et ressentis des généralistes sur les bactéries multi-résistantes et l'antibiorésistance. Heu, donc ça consiste en un entretien oral au cours duquel on va échanger sur le sujet.**

M1 : Ça marche.

**CL : Et, pour préciser, toutes les démarches ont été faites auprès de la Commission Nationale Informatique et Libertés et du Comité de Protection des Personnes pour anonymiser toutes les données. Il n'y aura aucune donnée identifiante dans la thèse et je supprimerai tout dès que j'en aurai plus besoin. Donc est-ce que vous pouvez me redire que vous êtes d'accord pour participer ?**

M1 : Je suis tout à fait d'accord pour participer à votre travail de thèse.

**CL : Ça marche. Donc pour commencer, est ce que vous pouvez me parler de votre expérience concernant les bactéries multi-résistantes ?**

M1 : Alors, heu... Les bactéries multi-résistantes, en ville, c'est un peu... enfin c'est rare, j'ai envie de dire. C'est pas quelque chose qu'on voit très fréquemment.

Souvent c'est des choses qu'on va voir heu... quand c'est des patients qui sortent d'hospit et qu'on nous le précise en fait, régulièrement sur les courriers, mais c'est quand même relativement rare via nos prélèvements à nous, en ville, que ça soit des analyses d'urines, que ça soit des analyses de selles ou des choses comme ça, qu'on se retrouve avec des bactéries multi-résistantes. C'est souvent quelque chose qui a été découvert via le milieu hospitalier, et qu'on nous fait part si vous voulez. Mais heu... voilà, c'est relativement rare que ça vienne de nous. Heu, si après des fois dans les EHPAD. Si on intervient dans les EHPAD, au sein des établissements un peu médico-sociaux comme ça, on peu des fois en avoir mais alors franchement, moi depuis que je suis installée, alors ça fait pas très longtemps, mais depuis que je suis installée, j'ai pas de ... j'ai rarement eu des patients qui étaient BMR et pour lesquels j'ai été bloquée heu... en tous cas pour traiter ou quelque chose comme ça.

**CL : Ok, ça marche. Et donc, quand vous dites que c'est précisé sur les courriers d'hôpital, en général c'est détaillé ?**

M1 : Alors c'est soit détaillé sur la... enfin oui c'est détaillé si jamais c'est une infection et que ça leur a posé souci et que tu vois qu'ils ont été embêtés avec ça et qu'ils ont dû traiter. Mais après on n'a pas de conduite

à tenir particulière, c'est-à-dire que voilà, c'est marqué dans le courrier, si toi tu fais pas attention, parce que bon je vous avoue qu'on lit pas... enfin si on lit les courriers mais on lit pas les courriers dans leur globalité en général heu... de A à Z parce que des fois ils sont bien, bien chargés, donc on a tendance à lire les conclusions, et on voit qu'effectivement c'était une bactérie multi-résistante et qu'ils ont dû mettre tel ou tel traitement, mais on n'a pas de conduite à tenir particulière. Donc en fait heu... on y fait attention sans vraiment y faire attention, parce que nous ça va pas forcément importer sur notre pratique en fait derrière, donc du coup on le voit, mais ça change rien. Et puis c'est pas quelque chose qu'on va mettre non plus dans le dossier quoi, c'est pas un truc qu'on va mettre dans les antécédents heu « a une BMR », enfin en tous cas moi c'est pas quelque chose que je fais quoi, je le note pas dans les antécédents des patients quoi.

**CL : Et donc, c'est plus ou moins ce qu'on a déjà dit, mais est-ce que ça modifie votre prise en charge du patient ? Est-ce que ça a des conséquences que ce soit en consultation ou au domicile sur la prise en charge ?**

M1 : Alors, non par contre... non sur le coup. Maintenant c'est toujours un peu difficile parce qu'on y pense... On se dit « ah bah oui, lui c'est vrai que la dernière fois on lui a retrouvé une bactérie multi-résistante » rires, on se dit mince si on lui fait un

prélèvement sur ça on va pas être embêtés... Mais il y a des moments où certes, une antibiothérapie elle doit être documentée et c'est quelque chose que tu dois mettre en place quand tu sais que t'en as besoin. Maintenant il y a des moments où, voilà, surtout en ville heu... il ya des moments de ta pratique où tu te dis, là faut que je les mette en route, heu.. et oui je sais que ce patient a été multi-résistant à un moment donné vis-à-vis d'une bactérie mais heu... je sais pas on est vendredi soir, 19h et faut que je le soigne, il faut que je le protège pour le week-end, bah je vais peut-être mettre quelque chose dont je sais que c'est résistant, mais je verrai avec mon antibiogramme derrière si ça marche ou pas quoi.

**CL : Ça marche. Et est ce qu'il y a des précautions particulières qui sont prises par rapport aux patients BMR ?**

M1 : Alors en ville, non. Enfin... voilà, tant que les patients sont pas secrétants entre guillemets ou heu... enfin c'est pas des choses que nous ici en ville on va prendre comme précautions. Je vous avoue que... enfin je réfléchis mais heu... même si on savait qu'il était BMR et qu'il venait pour des diarrhées, enfin... en fait on n'a pas de soins, c'est pas comme à l'hôpital vous voyez... où effectivement il va y avoir des changements de... de protections, des choses, ils vont faire des prélèvements, ou ils vont être là plus longtemps à tousser dans la chambre. Enfin, nous quand ils

viennent ici les patients, oui on fait une désinfection du cabinet comme on fait à chaque fois quand il y a quelqu'un qui tousse ou heu... mais on va pas prendre de précautions particulières... je vais pas forcément mettre des gants, je vais pas forcément mettre de tablier ou des choses comme ça. Par contre, dans les EHPAD oui bien sûr, quand on intervient au sein des établissements médico sociaux, là oui on va avoir heu... on va avoir les précautions qui sont mises en place. Mais encore une fois, ça c'est pas nous qui le faisons. C'est pas notre pratique à nous et c'est pas nous qui mettons en place ça. C'est parce que dans les EHPAD, il y a des infirmiers et des aides-soignants et des cadres de santé qui disent « là bah lui faut l'isoler » parce que c'est une collectivité. Mais au sein des cabinets... enfin je vois pas en quoi ça pourrait... en quoi on a quelque chose à faire quoi.

**CL : Ok, ça marche ! Heu... on parlait tout à l'heure des prélèvements, des blocages au niveau des traitements, est ce que parfois vous y êtes confrontée ?**

M1 : Bah, ça peut arriver, après je vous avoue que moi pour l'instant j'ai pas encore été confrontée à la situation, donc je suis plutôt, là-dessus j'ai peu d'expérience à vous partager. Maintenant je pense que... enfin... oui il arrive un moment donné où si on fait un ECBU parce qu'on a un patient... enfin je pense à l'ECBU parce que c'est vraiment le prélèvement qu'on fait régulièrement et sur lequel on est plus ou

moins amené à avoir une bactérie multi-résistante. Je pense que si on avait ça qui nous... enfin ça qui arrivait... enfin un peu comme à l'hôpital, on a besoin quelque fois d'un référent infectieux parce que... parce que bah justement on sait pas quel antibiotique mettre, et que nous en ville, si on suit les recommandations, on est très vite bloqués. C'est-à-dire que... enfin déjà les antibiotiques par les veines, c'est des choses qu'on peut pas faire. Donc, je sais pas, par exemple je pense à mettre de la Tazo ou des choses comme ça, c'est pas nous qui allons pouvoir le faire donc très vite il va y avoir une orientation spé heu... en fin en tous cas médecine hospitalière, spécialisée heu... qui nous prennent en direct s'ils peuvent nous prendre en direct mais souvent ça passe par les urgences... alors c'est dommage d'envoyer une BMR sur les urgences mais en fait on n'a pas le choix. Après heu... et puis pareil, après potentiellement ce qu'ils peuvent faire c'est des séjours courts, avec des sorties HAD ou prestataire, et dans ces cas-là c'est nous qui après faisons le relai mais j'ai rarement vu ça... enfin pour l'instant moi j'ai pas vu.

**CL : Et quand vous parlez d'un référent infectieux est ce qu'ici vous avez quelqu'un que vous pouvez contacter ?**

M1 : Alors ici, au centre hospitalier de Ville A, il y a une ligne téléphonique d'avis, qu'on appelle en fait pour avoir les avis. Maintenant il y a pas un avis quotidien, et il y a pas quelqu'un qui répond au téléphone



tous les jours, donc c'est pas toujours évident, après moi je vous dis j'ai pas encore eu besoin de le faire, donc je sais pas trop heu s'il est facile d'accès tout le temps, mais je sais qu'il est pas là tous les jours. Donc heu... il faut qu'on tombe le bon jour quoi... *[Rires]*.

**CL : Et est-ce que vous pensez que ça serait une bonne chose pour la ville d'avoir un référent hospitalier accessible quotidiennement ?**

M1 : Bah, après c'est... comment dire...comme c'est quelque chose qu'on voit pas régulièrement, je pense que, enfin, un référent infectieux on en a toujours besoin, pour tout, pas forcément que pour les bactéries multi-résistantes, mais c'est vrai que dans l'idée heu, vis-à-vis des bactéries multi-résistantes ça peut être intéressant. Parce que oui... quand on se retrouve bloqué avec ça... enfin, notamment parce que... après c'est peut être aussi la démarche de ce cabinet, là dans lequel on travaille... enfin je travaille, en particulier, là on a plutôt tendance à essayer de gérer le plus possible en ville en tous cas et c'est vrai que si ça nous permettait en tous cas d'avoir un avis et d'avoir une prise en charge qu'on pourrait faire le plus longtemps possible en ville, oui ça pourrait être intéressant, pour éviter de se retrouver, bah comme je vous disais tout à l'heure, à se dire bah... « ma seule solution aujourd'hui c'est de l'envoyer aux urgences » quoi. Sauf qu'on n'aime pas faire ça, enfin en tous cas pas ici. *[Rires]*.

**CL : *[Rires]*. Ça marche. Maintenant, de façon un peu plus générale, quelle vision vous avez de l'antibiorésistance en France ?**

M1 : Qu'est-ce qu'on a de l'antibiorésistance en France ? Je pense que... bah... bah moi, dans ma pratique de tous les jours, je la vois pas donc du coup... enfin je m'en rends moins compte. Donc je me dis quand même que, est-ce que c'est parce que dans le coin on y fait attention ou parce qu'on n'est pas forcément amenés à voir une population qui est amenée aussi à être antibiorésistante. Mais heu, bien sûr que c'est quelque chose qui apparaît de plus en plus, bien sûr que c'est quelque chose qu'il faut qu'on... Enfin je pense que si depuis plusieurs années, au fur et à mesure de nos études on nous parle de ça, c'est parce qu'il faut qu'on soit sensibilisés. Maintenant être sensibilisé et l'appliquer sur le terrain heu... c'est quand même quelque chose de complètement différent. On est d'accord que pour limiter l'antibiorésistance, ça veut dire qu'il faut qu'on prescrive et qu'on applique en tous cas les référentiels antibiotiques au mieux. Maintenant c'est ce que je vous disais tout à l'heure, je pense que c'est compliqué en ville de suivre parfaitement des recommandations. Enfin des recommandations c'est très rigide. Alors, c'est bien l'hôpital parce que c'est très protocolé et qu'à l'hôpital on a une obligation de moyen et une obligation de... Enfin je dis pas qu'on n'a pas d'obligation de moyen en

ville, mais heu, y'a des choses qu'on peut plus facilement mettre en place à l'hôpital sur les recommandations que nous en ville on doit mettre en place. Enfin, en ville heu, l'environnement du patient, enfin voilà, son mode de vie et ce qu'il a envie de faire, tout ça ça joue forcément sur ce qu'on va faire et donc ça joue sur notre prescription d'antibiotiques, c'est sûr. Maintenant voilà, l'objectif, je pense que si, comme aujourd'hui avec le vaccin si tout le monde y mettait du sien et tout le monde prescrivait les antibiotiques comme il faut, l'antibiorésistance en tous cas serait... on arriverait de mieux en mieux à échapper si vous voulez.

**CL : Ok. Donc du coup, on a parlé des contraintes qui font qu'en ville on prescrit pas forcément les antibiotiques de la même manière qu'à l'hôpital. Vous, qu'est-ce qui conditionne votre prescription d'antibiotique ?**

M1 : Alors, ce qui va conditionner, bah déjà ça va être la pathologie initiale. Enfin, typiquement, enfin après c'est des pathologies de ville, typiquement voilà, les pneumopathies, les angines, les otites, ça c'est assez cadré, c'est assez facile hein. Maintenant, après, comme je vous disais, ça va être surtout le patient et son environnement qui va nous bouger. Donc, le patient en lui-même, y'a des patients qui... c'est difficile des fois à la fin de ta consultation, t'as la conviction de pas devoir le mettre, c'est difficile de dire au patient «

bah ouais mais en fait les angines elles sont pour la plupart du temps virales ». Alors il y a le TDR qui aide, parce qu'une fois qu'on a fait ça ils se disent quand même « ah oui elle me l'a fait donc du coup c'est compliqué de lui demander les antibiotiques quand même » mais par exemple l'otite, c'est à appréciation sur l'altération de ton patient et du ressenti de la douleur. Évaluer le ressenti de la douleur chez les enfants c'est compliqué, et chez les adultes d'autant plus. Et t'as beau, expliquer à quelqu'un qui a mal que, en fait, l'antibiotique il va être là juste pour réduire l'épisode de 48 heures et que c'est pas forcément ça qui va faire que ça va soigner son otite, heu lui il l'entend pas, ce qu'il entend c'est qu'il a besoin de traiter sa douleur. Bah... voilà ça après c'est ton ressenti personnel à toi, donc ça, ça va jouer, le patient comment il est, et ses convictions et... comment il ressent les choses. Après bah voilà comme je vous disais, le jour de la semaine, ça va aussi orienter la prescription des antibiotiques. L'heure aussi à laquelle t'es au cabinet, parce que... franchement je l'ai encore jamais fait, mais je pense que il y a des moments donnés, où je sais pas, il est 19 heures, enfin 19-20 heures, t'es à la fin de ta consultation, t'es fatiguée heu, tu sais plus quoi faire, je pense que ça peut jouer sur la prescription des antibiotiques. Mais c'est... *[Rires]*. Alors après c'est toujours pareil c'est, ça, je me dis aussi peut être que les gens quand ils sont heu... enfin...



comment dire... ouais voilà, on prescrit jamais des antibiothérapies... j'ai pas envie de dire qu'il y a des petites antibiothérapies et des grandes antibiothérapies mais heu... Des fois je me dis 5 jours d'Amox sur une otite heu bah voilà, c'est tout c'est 5 jours d'Amox sur une otite. Mais bon, si tout le monde disait 5 jours d'amox sur une otite sur toutes les otites au bout d'un moment on va devenir résistant à l'amox. *[Rires]*. Enfin voilà, je pense que si c'est pas régulier heu, il y a forcément des événements, je vous dis, le jour de la semaine, l'horaire, heu la présentation du patient... comment il est. Enfin, tu commences à connaître tes patients au bout d'un moment, tu sais très bien que lui, enfin très vite, quand il va faire ça, ça va se dégrader en ça et tu peux te dire bah lui je vais plus facilement le mettre sous amox alors que c'est pas forcément heu... Voilà, je pense à une décompensation de BPCO, bah tu te dis bah lui, si tu suis les recommandations marquées, parce que pour les recommandations en ville on se sert beaucoup d'Antibioclic, mais si tu suis Antibioclic, ils te dise qu'il n'y a pas besoin de mettre d'antibiotique très rapidement, sauf que toi ton patient il chauffe, il crache vert heu... voilà on est vendredi 19 heures, bah tu vas le mettre hein, sous augmentin ou sous amox pour que ça passe quoi... mais je suis pas sûre que c'est forcément ce qu'il faut faire rires.

**CL : Et heu, tout à l'heure on parlait du**

**fait d'être sensibilisé à l'antibiorésistance, est-ce que vous pensez qu'il y aurait des choses à faire de ce côté-là ?**

M1 : Alors, je pense que ça peut être intéressant, maintenant je suis pas sûre que tout le monde soit réceptif, parce que je pense qu'il y a beaucoup de médecins qui savent ou pas, enfin... je vous dis, moi la première, on fait des trucs comme je vous disais, petite et grand antibiothérapie, je pense que... on... tout le monde est sensibilisé à la chose, en tous cas tout le monde l'entend, heu, tout le monde a l'impression de bien faire, mais je suis pas sûre que tout le monde serait en tous cas sensible au fait que si on venait leur dire « bah au fait heu l'antibiorésistance je te rappelle que ça fait voilà, autant de morts par an, ou alors on s'en sort pas parce que ça fait ... » alors oui peut être qu'ils l'entendront, mais je suis pas sûre que ça fasse changer les choses. Et alors je sais encore moins comment le faire... parce que... si peut être dans les journées de formation continue, et encore ça serait la chose que les gens ils écouterait pas forcément... enfin j'ai pas l'impression que... je pense que c'est un état d'esprit et un mode de fonctionnement... enfin je pense qu'après c'est la façon dont on voit et dont on pratique notre médecine qui va faire que. Et, je suis pas sûre que celui qui pratique déjà plus de 30 ans, il ait envie d'entendre ça aujourd'hui.

**CL : Mais par contre, on parlait tout à l'heure des jeunes médecins, on disait que les jeunes médecins avaient été plus sensibilisés à ça dans leurs études...**

M1 : Oui, le fait que via les études en tous cas on en parle aujourd'hui et qu'on nous dise enfin... je pense, enfin, j'ai cet exemple-là dans ma tête mais je me dis, moi, aujourd'hui, quand il faut que je prescrive des fluoroquinolones, j'ai l'impression que... enfin c'est un truc grave quoi ! Alors que... on peut les prescrire les fluoroquinolones. Maintenant, on a tellement l'impression de nous avoir tapé sur les doigts en disant qu'on fait de l'antibiorésistance avec les fluoroquinolones, que, aujourd'hui franchement quand je prescris des fluoroquinolones... bah... franchement depuis que je suis installée je pense que je peux compter sur les doigts d'une main le nombre de fois où j'ai mis des fluoroquinolones. Après moi voilà, dans ma pratique je fais vraiment très, très attention à ça, et même les antibiotiques de principe, ça me fait toujours un tilt dans ma tête quand je prescris un antibiotique. Autant le doliprane heu... enfin voilà on prescrit du doliprane. Autant un antibiotique, pour moi, c'est pas quelque chose que je prescris de façon régulière, donc c'est pas anodin. Et donc vous voyez, les fluoroquinolones ça fait partie des trucs que... enfin j'aime pas le prescrire, pourtant il faut le faire des fois, mais c'est pas grave, on a le droit.

**CL : Au final le fait d'avoir été sensibilisée à ça pendant les études ça a eu un impact sur votre pratique et...**

M1 : Je pense que oui. Enfin je pense que oui, aujourd'hui, en tous cas j'essaye de faire attention. Maintenant heu... si j'ai espoir que ça fasse la même chose chez tout le monde. Mais heu... je suis pas sûre.

**CL : Ok. On parlait tout à l'heure des patients éventuellement qui pouvaient être en demande d'antibiotiques. Heu... est ce que vous pensez qu'il y aurait des choses à faire de ce côté-là pour sensibiliser les patients ?**

M1 : Bah... je pense que... je pense que oui. Les patients enfin... en tous cas la fameuse pub « les antibiotiques c'est pas automatique » c'est quand même quelque chose qui leur est resté dans la tête. Enfin en tous cas, régulièrement, nos patients au cabinet quand on leur dit justement « bah là y'a pas forcément d'intérêt » effectivement y'en a qui nous le sortent, ils nous disent « bah oui, les antibiotiques c'est pas automatique ». Et on sent qu'il y a quand même des patients qui se disent heu... enfin pour qui les antibiotiques c'est pas non plus quelque chose d'anodin, c'est-à-dire que pour eux, quand on leur dit « on vous met sous antibiotiques » « ah bah vous êtes sûr docteur, on peut pas faire autrement dans un premier temps ». Après il y a ces patients-là, et il y a les autres. Enfin je pense que malheureusement c'est comme le vaccin, enfin voilà, là avec le vaccin contre

le COVID, y'a des gens, t'auras beau leur dire que, il faut le faire, ils sont bloqués sur leurs positions et c'est tout. Et c'est pareil, je pense que ça va être la même chose avec les antibiotiques, t'as beau leur dire que si on fait pas des efforts maintenant, heu... ça va pas aller en s'améliorant et qu'il y a des choses qui vont s'empirer et que, bah ça se trouve un jour ils vont se trouver face à une bactérie dont on saura pas les soigner et on sera bloqué... Il y en a ils sont tellement butés sur leurs positions que ça va pas... je suis pas sûre que ça change beaucoup de choses pour ces personnes-là. Maintenant, voilà, je pense que ça, ça représente pas non plus la totalité des patients et que pour une bonne partie des patients, des messages sur heu, effectivement, régulièrement sur les antibiotiques mais aussi sur le principe que, bah à force de les utiliser, les bactéries deviennent résistantes et donc du coup qu'il va falloir trouver des solutions, bah ça peut être intéressant pour une partie de la population. Après sous quel format... la pub ça marche bien, mine de rien la pub ça marche bien mais il faut des messages clés, donc... Après dire voilà « les antibiotiques c'est pas automatique », heu, c'est facile comme notion aussi, on parle d'antibiotiques. Expliquer l'antibiorésistance en pub heu... *pfou* c'est dur. Et puis tout le monde va pas forcément le comprendre. Faut vraiment trouver des bons gars qui arrivent à trouver, à vulgariser la chose, à expliquer un petit peu ce qu'il se

passé... Après heu, je pense que, je pense qu'il y en a qui sont assez intelligents pour le comprendre et qu'il y en a qui peuvent avoir les infos. Après je pense que c'est aussi notre rôle. En tous cas c'est notre rôle quand on leur explique pourquoi on leur prescrit pas d'antibiotiques, on peut commencer à leur expliquer ce genre de choses. Et y'en a qui vont comprendre le message et d'autres un peu moins. Mais je pense qu'on peut aussi faire partie des gens qui font passer les messages quoi.

**CL : Ok, ça marche. Du coup on a fait un peu le tour... je réfléchis... est ce que vous avez quelque chose à rajouter sur le sujet ou pas ?**

M1 : Non, mais je pense que c'est un bon sujet.

**CL : Merci !**

[Fin de l'entretien]

*Ressenti après l'entretien : J'étais plutôt contente à l'issue de l'entretien. J'étais stressée au début car il s'agissait de mon premier « vrai » entretien et j'avais peur de ne pas tenir assez longtemps pour recueillir suffisamment de données à analyser. Finalement, l'interrogée a su me mettre à l'aise et a été bavarde ce qui m'a facilité les choses. Pour une première, j'étais contente de la durée de l'entretien.*

*Ressenti après retranscription : Je me suis rendue compte que j'avais, malgré tout, posé beaucoup de questions fermées. Il faudra que j'améliore cela pour les futurs entretiens.*

**Entretien n°2 :**

**CL : Je me présente, je suis Clémence Leturcq, je suis interne de médecine générale à la faculté de Lille et on se rencontre aujourd'hui dans le cadre de ma thèse, qui s'intéresse aux représentations et ressentis des généralistes concernant les bactéries multi-résistantes et l'antibiorésistance. Donc heu, ça consiste en un entretien oral au cours duquel on échange heu sur le sujet, et heu, et en fait heu, donc il y a toutes les démarches qui ont été faites auprès de la Commission Nationale Informatique et Libertés et du Comité de Protection des Personnes pour garantir l'anonymat des données au niveau de la thèse, au niveau des enregistrements et du stockage des données, et je supprimerai tout une fois que j'en n'aurai plus besoin. Donc, est-ce que vous êtes toujours d'accord pour participer à mon étude et être enregistrée au dictaphone ?**

**M2 : Oui, tout à fait.**

**CL : Donc, pour commencer, qu'est-ce que vous pouvez me dire à propos de votre expérience avec les bactéries multi-résistantes ?**

**M2 : C'est pénible... à gérer. Quand on en a heu... quand... on a des antibiogrammes où on en a un sur deux qui est résistant, c'est pénible. Parce que parfois on peut pas passer per os, on doit passer IV. Bon, j'ai rarement été confrontée à devoir passer IV mais heu... le ressenti principal c'est que c'est pénible à gérer.**

**CL : Ok, ça marche. Et heu, du coup heu, de quelle manière vous gérez ça quand vous y êtes confrontée ?**

**M2 : Heu, bah je prends un antibiotique qui est sensible à la bactérie heu en question.**

**CL : Ça marche.**

**M2 : C'est la bonne réponse ? [Rires]**

**CL : Nan nan mais il n'y a pas de bonne réponse, c'est juste heu... c'est vraiment... y'a pas de bonne réponse ou de mauvaise réponse. Heu... ça marche. Et du coup, en quoi le statut d'un patient BMR va modifier vos pratiques ?**

**M2 : [Silence]. Bah, je dirais que ça dépend si c'est en ville ou à l'hôpital. Si c'est à l'hôpital, c'est ceinture, bretelles, et on fait à... enfin moi je considère qu'on fait un peu gaffe en rentrant dans sa chambre parce que si on commence à le transmettre ça va être un peu... la panique, heu... et en ville, bah ma prise en charge changerait pas trop. C'est juste que je vais devoir choisir des antibiotiques que j'ai pas l'habitude de prendre d'habitude. [Silence].**

**CL : Et donc, du coup heu, donc là de ce que vous dites c'est que quand vous travaillez en ville, il y a pas de précautions particulières qui sont prises vis-à-vis des patients BMR...**

**M2 : Peut-être qu'il faudrait. Heu, j'avoue que je trouve que les BMR on les découvre souvent heu... déjà moi j'en ai pas souvent la connaissance par exemple quand je vais faire une visite à domicile. Je sais pas le statut heu, du patient. Et... et en ville je le découvre souvent quand le gars vient avec**

son antibiogramme pour une infection urinaire où je me rends compte qu'il y en a un sur deux qui est résistant, donc c'est souvent quelqu'un que... soit j'ai déjà vu si c'est la même semaine où je travaille, soit il est devant moi et entre guillemets « trop tard » il est déjà rentré dans la salle donc heu... nan je peux rien faire de plus. Pour moi en tous cas.

**CL : Et heu, du coup quels moyens vous auriez éventuellement à votre disposition pour connaître le statut BMR d'un patient ?**

M2 : *[Silence]*. Bah, qu'il me le dise. Heu, dans un ancien courrier d'hospit. Dans les anciens courriers d'hospit, généralement il y a une ligne exprès. Heu... il y a une ligne où c'est écrit « patient BMR, oui, non ». J'avoue qu'elle est rarement cochée celle là. Et normalement, on pourrait le savoir, dans les anciens courriers d'hospit je pense.

**CL : D'accord. Et heu, donc dans les courriers d'hospitalisation, voilà donc du coup c'est quand ils ont été hospitalisés qu'on informe les médecins généralistes du statut BMR, c'est ça que vous voulez dire ?**

M2 : Ouais, ça serait à l'occasion d'une hospitalisation, sur le courrier de sortie, il y a une mention spécifique « patient BMR, oui, non ». C'est souvent à la fin du courrier. Mais j'avoue que s'ils ont pas été hospitalisés... heu... y'a que par le patient qu'on peut le savoir.

**CL : D'accord, ça marche. Et du coup,**

**comme vous percevez la communication entre la ville et l'hôpital à ce sujet ? au sujet des patients BMR ?**

M2 : *[Silence]*. Heu... *[Soupir]*.. Au sujet des patients BMR, bah... pas terrible. Parce que eux ils en font tout un plat alors que nous heu... bah généralement on n'est pas au courant en plus. Mais ils communiquent pas forcément, j'ai rarement vu une communication expresse sur le patient BMR.

**CL : D'accord. Donc là, ce que vous disiez, pour vous c'est une case cochée à la fin du courrier, y'a pas plus de détails que ça.**

M2 : Non. Non, non. Pour moi c'est juste la case à la fin, heu, à la fin du courrier.

**CL : Et, est ce que vous pensez que c'est quelque chose qui devrait être amélioré ?**

M2 : *[Silence]*. Heu, oui. Déjà pour sensibiliser les médecins, que ça existe.

**CL : D'accord.**

M2 : Et sensibiliser nos médecins que c'est pas anodin de mettre une triple antibiothérapie... enfin je dis une connerie mais de mettre heu, de l'Augmentin sur heu une otite. Ou de la... En gros le mauvais antibio sur la mauvaise pathologie. S'ils se rendent compte que leurs patients sont BMR ça pourrait les sensibiliser au fait que ça a des conséquences.

**CL : D'accord. Donc pour vous, la communication de l'hôpital à la ville dans le cadre des BMR, ça serait un moyen de**

**sensibiliser les médecins aux problématiques des bactéries multi-résistantes et de l'antibiorésistance ?**

M2 : Ouais. Ouais. Parce que moi j'y suis sensibilisée parce que, *Prénom A*, bah c'est mon mari du coup, et bah heu... donc il travaille en réa. Et souvent, il m'envoie les antibiogrammes des patients qui sont, BLSE, BMR, à tout. Donc moi je vois que c'est un peu la merde. Surtout quand ils sont en réa. Et là c'est, à chaque fois, c'est le cosmonaute pour rentrer dans la chambre, si jamais y'a un autre patient qui est contaminé par une autre BMR c'est fermeture de l'aile. Enfin pas BMR mais moi je parle plutôt des BLSE et des gros gros trucs. Donc je vois le retentissement que ça peut avoir si ça se transmet. Alors que nous, en ville, bah... pff... on va pas aller avec des tenues de cosmonaute chez les gens par peur quoi.

**CL : D'accord, ça marche. Et donc vous dans votre pratique quotidienne, les BMR vous les rencontrez à quelle fréquence, à peu près ?**

M2 : [*Soupir*]. Je sais pas, peut-être une fois sur... Je dirais, allez, une fois par vingt mais c'est un peu beaucoup, ça ferait un patient par jour. Mais bon... je sais pas, peut être deux fois par semaine. Donc... ça fait... faut donner un pourcentage ?

**CL : Non non, c'est pas forcément une réponse aussi précise, mais plutôt si pour vous c'est souvent...**

M2 : C'est quand même pas souvent.

**CL : Donc là, de ce que je comprends, de ce que vous me dites, c'est que, heu, pour vous, la problématique des BMR est plus marquante à l'hôpital et on se rend plus compte des conséquences à l'hôpital qu'en ville, où voilà, y'a pas de précaution, et du coup le problème peut passer un peu inaperçu.**

M2 : Oui, oui c'est ça. Ouais, c'est ça.

**CL : Ok, ça marche. Et est-ce que vous avez une expérience... alors je sais pas comment vous travaillez, si vous allez beaucoup dans les établissements médico-sociaux, mais est-ce que vous avez une expérience vis-à-vis des BMR dans ces types d'établissements, type EHPAD ou autre ?**

M2 : Nan j'ai pas... J'y vais dans les EHPAD mais j'ai pas d'expérience de comment c'est géré heu... comment c'est géré. Je sais juste, ça m'est déjà arrivé, par exemple quand ils rentrent de l'hôpital et qu'ils ont été en contact avec un BMR, et bah ils sont un peu à l'isolement le temps que leur deuxième prélèvement de BMR revienne négatif. Mais c'est le seul truc que j'ai, j'ai pas forcément été confrontée à « attention, c'est un BMR » heu... Non.

**CL : Ok, ça marche. Donc, tout à l'heure, vous parliez de la sensibilisation des médecins heu, via le courrier de sortie des patients hospitalisés. Est-ce que vous pensez qu'il y aurait d'autres façons de sensibiliser les médecins**

## **généralistes au problème de l'antibiorésistance ?**

M2 : Bah... en faisant une FMC par exemple. Mais ça sensibiliserait que les médecins qui se forment. Alors que souvent, les médecins qui font, qui mettent des antibiotiques un peu n'importe comment, c'est ceux qui se forment pas. Je trouve hein.

**CL : Et donc pour vous, justement, ces médecins-là, qui ne se forment pas, est-ce qu'il y aurait un moyen de les toucher ?**

M2 : Heu... Je sais pas. Heu... Peut-être avec une lettre d'information en passant par les messageries sécurisées... je sais pas... Ou, heu, par les antibiogrammes, mettre en gras les antibiotiques qui sont le moins susceptibles de donner des BMR, ça ça serait direct.

**CL : D'accord, donc que le labo apporte une aide à la prescription via les résultats des prélèvements bactériologiques ?**

M2 : Ouais, ouais. Par exemple, vous voyez, sur un résultat d'ECBU, ils rendent quinze antibiotiques, et ils sont marqués « sensibles » ou pas, mais par exemple, ils mettent heu, l'Augmentin en sensibilité, ou le Céfixime. Et la dernière fois j'ai appelé, j'avais un ECBU avec plein de résistances et évidemment le gars avait deux germes, et ils étaient tous résistants et tous différents, du coup j'ai demandé une analyse complémentaire sur la Céfixime, et donc, la pharmacienne biologiste m'a dit « vous

savez, la Céfixime elle va pas du tout être efficace, heu voilà, pas efficace sur les infections urinaires ». Et ça, voilà, nous on se dit on va prendre ce qui est sensible et on va le traiter comme ça. Alors qu'en fait si elle avait surligné l'Ofloxacin, bon là en l'occurrence c'était résistant, mais si par exemple elle avait surligné l'Ofloxacin, bah on se serait dit je vais mettre plutôt celui-là. En plus il est plus efficace, que de mettre un antibiotique pas efficace et du coup qui... voilà. Je pense que, ouais, en mettant en gras par les labos, ça pourrait être pas mal pour les médecins qui... tous les médecins les verraient en plus.

**CL : Donc là, vous ce que vous dites, c'est que d'avoir une aide de la pharmacienne biologiste et du labo ça a un peu influencé votre prescription et vous avez choisi un antibiotique plutôt d'un autre.**

M2 : Ouais, ouais, et puis que je sais efficace.

**CL : D'accord. Et du coup, un peu pour rejoindre cette idée-là, qu'est-ce que vous pensez de la possibilité de joindre un infectiologue de proximité dans le cadre de la prise en charge des patients BMR ?**

M2 : Ah oui, oui, c'est bien. Alors après, clairement, l'infectio il va être débordé quoi. Si tous les med G l'appellent pour une... *[Soupir]*. Oui, mais est-ce que concrètement on le ferait heu... je sais pas. Après je pense qu'il faut surtout prévenir, avant d'avoir des

BMR.

**CL : D'accord. [Silence].**

M2 : Parce que là en fait, en contactant l'infectio si on a un patient BMR, entre guillemets il est déjà trop tard quoi.

**CL : D'accord. Et donc pour vous, au niveau de la prévention, qu'est ce qui serait heu... important de souligner pour éviter qu'il y ait des BMR qui apparaissent ?**

M2 : Bah « Les antibiotiques, c'est pas automatique ». [Rires]. Bon, les patients commencent à le savoir, mais heu, voilà, arrêtez de prescrire n'importe quoi n'importe quand et surtout sur n'importe quoi.

**CL : D'accord, ça marche. Et du coup on a parlé de la sensibilisation des médecins généralistes, où heu vous disiez que voilà, via la FMC principalement ça pourrait être un bon moyen, éventuellement des outils aussi, des petites aides au niveau des résultats des labos. Est-ce que vous pensez qu'il y a des choses à faire chez les patients ? Enfin chez les patients, de quelle manière on pourrait aussi sensibiliser les patients ? Puisque vous parlez de la campagne de 2002 sur les antibiotiques, sur les patients qui commencent à prendre conscience de certaines choses. De quelle manière vous pensez qu'on pourrait les sensibiliser aussi heu, à ce niveau-là ?**

M2 : Bah... Faire des campagnes c'est bien. Après je vois pas ce qu'on pourrait faire de

plus vis-à-vis des patients. Heu... parce qu'il y a beaucoup de patients qui ont été habitués heu, ils sont BPCO, ils ont une bronchite, bah forcément ils vont être sous antibio quoi. Donc... peut être aussi heu... des... défaire l'adage comme quoi faut mettre des antibiotiques chaque fois qu'on met de la cortisone. Il y en a plein, enfin, qui font toujours ça. Et... je sais pas. J'sais pas. Pour les patients particulièrement heu...

**CL : Ça marche. Et, du coup, au niveau de l'antibiorésistance, est ce que... tu y as été sensibilisée au cours de tes études et de quelle manière ? Et heu...**

M2 : Heu... Ouais. Au niveau des études, oui. En infectio... et par l'expérience, par les stages, quand on voit comment c'est le bordel en stage.

**CL : D'accord.**

M2 : Et par heu... par les confrères. Par *Prénom A* qui est en réa et où c'est clairement la merde.

**CL : Donc vous, le fait d'avoir un confrère proche, qui travaille en réanimation où on sait que c'est des services pourvoyeurs de BMR, heu de ce que vous dites c'est que ça vous fait prendre conscience de la réalité du problème.**

M2 : Ouais. Ouais, voilà c'est ça, exactement.

**CL : Ça marche. Et du coup, toute cette influence que vous avez comme vous dites via la fac, via les stages et via des confrères heu, qui travaillent éventuellement dans des secteurs heu,**



**sujets aux BMR, de quelle manière ça a influencé vos pratiques vis-à-vis de l'antibiorésistance et des BMR ?**

M2 : Heu... Bah je fais gaffe à ce que je prescris. Mais après, nous on a aussi eu les cours qui nous disaient heu... Insistez sur le TDR dans les angines, c'est viral y'a pas d'antibio... heu... mettez le bon antibio. Et après on a Antibioclic qui est vachement bien, on peut pas mettre n'importe quoi. Antibioclic c'est viral, il nous dit y'a pas d'antibio à mettre. On est quand même vachement aidés. Et heu.... Voilà. C'est ça votre question ? C'est comment on a été influencé ?

**CL : Bah c'est comment vous avez été influencée via les cours les stages ou autres, qu'est-ce que ça change pour vous au quotidien dans votre pratique.**

M2 : Alors heu, adapter mes prescriptions et faire attention à ce qu'on prescrit.

**CL : Ça marche. Et donc vous, de manière un peu plus générale, comment vous voyez le problème de l'antibiorésistance en France ?**

M2 : En France, je trouve que c'est plutôt bien contrôlé car les antibiotiques ne sont pas en vente libre. Et que, on les met généralement un par un, sur prescription médicale. Alors que dans d'autres pays heu... bah déjà y'en a certains où c'est en vente libre. Et aussi, heu, bah... par exemple... quand j'étais à Madagascar, par problème ils mettaient un antibio. Donc le gars avait trois problèmes, et comme c'était

peut-être ça, peut être ça ou peut être ça, ils mettaient l'antibiotique pour chaque hypothèse diagnostique. Donc ça voulait dire le patient il ressortait avec cinq antibiotiques. Ça du coup, nous on hallucinait. Parce que nous on nous casse les pieds avec l'antibiorésistance justement alors que dans d'autres pays ils s'en foutent royalement, ils s'en foutent royalement.

**CL : D'accord.**

M2 : Et du coup après le problème c'est que ces patients, parfois... enfin ils sont parfois hospitalisés en France et là c'est la cata, parce qu'ils sont BMR, ils sont tous résistants.

**CL : Donc, le fait qu'il y ait des... est-ce que pour vous on pourrait... il y aurait des choses à faire à l'international pour harmoniser les choses et éviter que les BMR d'un pays étranger se retrouvent en France ?**

M2 : Ouais, harmoniser les campagnes, harmoniser les pratiques de prescription des antibiotiques, ça serait pas mal.

**CL : De ce que vous me dites, là, c'est qu'au niveau international il y a une disparité vraiment des pratiques ?**

M2 : Ouais, ouais.

**CL : Ok, ça marche. Je réfléchis... Bah, on en a déjà un peu parlé, mais peut-être pour le formuler différemment, mais on parlait de la sensibilisation des médecins, des patients, des manières de faire. Heu, vous, qu'est-ce que vous pensez de l'état des lieux actuellement**

**de la sensibilisation des médecins, des patients ? Où on en est par rapport à ça finalement.**

M2 : *[Silence]*. Bah, je trouve qu'en moyenne ça va. Parce que généralement, quand on explique bien, les patients ils sont quand même d'accords. Mais il faut juste bien expliquer, enfin, pourquoi on n'en prescrit pas, pourquoi on va prescrire celui-là. Quand on explique, tout passe en fait. Et je pense que quand on acquière sa patientèle, il faut juste pas l'habituer à avoir des antibiotiques pour un oui pour un non.

**CL : Donc pour vous, le médecin a aussi un rôle à jouer auprès des patients ?**

M2 : Ah ouais. Ouais, ouais ouais, clairement.

**CL : Ok. Ça marche... Bon je pense qu'on a fait le tour. Est-ce que vous voulez rajouter des choses ? Ou parler de choses qu'on n'aurait pas évoquées à propos de l'antibiorésistance ou des BMR ?**

M2 : Heu... Non, je vois pas.

**CL : Ça marche. Merci beaucoup !**

[Fin de l'entretien]

*Ressenti après l'entretien : J'ai été déstabilisée par la durée des réponses de l'interviewée, qui étaient plus courtes que lors du premier entretien. J'ai donc éprouvé des difficultés à rebondir sur ses idées pour lui faire développer. J'ai donc beaucoup suivi le guide d'entretien et peu de nouvelles idées sont ressorties. J'ai tout de même l'impression d'avoir posé plus de questions ouvertes que lors du premier entretien. J'espère pouvoir faire émerger plus d'idées nouvelles lors de mon prochain entretien.*

*Ressenti après retranscription : Mon entretien comportait finalement encore beaucoup de questions fermées, c'est un point à travailler pour les futurs. En revanche, quelques idées intéressantes supplémentaires ont tout de même émergé et je vais pouvoir m'en servir pour approfondir la suite des entretiens.*

### Entretien n°3 :

**CL : Bonjour, je suis Clémence Leturcq, interne en médecine générale à Lille et on se rencontre aujourd'hui pour ma thèse, qui s'intéresse aux représentations et ressentis des médecins généralistes sur les bactéries multi-résistantes et l'antibiorésistance. Heu, donc, heu, pour information, il y a eu toutes les démarches de faites au niveau de la Commission Nationale Informatique et Libertés et du Comité de Protection des Personnes pour garantir l'anonymat des données au niveau de la thèse. Je supprimerai tout dès que je n'en aurai plus besoin. Et du coup, est-ce que vous pouvez, à l'oral, me renouveler votre accord pour participer à l'entretien enregistré ?**

M3 : Oui, oui, je suis d'accord.

**CL : D'accord. Merci. Et donc, pour commencer, est ce que vous pouvez me parler de votre expérience par rapport aux bactéries multi-résistantes ?**

M3 : Bah, elle est pas bien grande, c'est quand j'ai des retours de patients hospitalisés heu... qui reviennent avec heu des... donc un courrier, qui dit qu'il faut re-tester, soit parce que la patiente ou le patient a été dans la même chambre d'un patient porteur d'une BMR, donc il faut tester, ou soit parce qu'elle est positive, il ou elle est positif et qu'il faut faire attention. Donc prévenir les infirmiers s'il y a des soins infirmiers... La famille aussi éventuellement,

s'ils sont des pathologies particulières.

**CL : D'accord, et donc heu, on parle des courriers de sortie d'hospitalisation, qu'est-ce que vous pensez de la communication entre l'hôpital et la ville par rapport à ce sujet-là ?**

M3 : Bah..., ce que je pense, c'est-à-dire ?

**CL : Bah, les informations communiquées par l'hôpital ?**

M3 : Bah, ça passe hein. Bon, j'en n'ai pas eu beaucoup, beaucoup, mais, par contre il faut toujours il me semble re-tester. Y'a des trucs parfois que je comprends pas bien, parce qu'ils sont positifs à l'hôpital et faut les refaire après ou... Ou alors c'est surtout heu, je sais plus bien... Mais c'est peut-être surtout quand ils sont contacts, c'est ça qui est compliqué, oui je pense que c'est plus ça. Quand ils sont au contact d'un patient dans une chambre, il faut le refaire, mais plusieurs fois si... La première fois c'est fait, mais les fois après, c'est pas toujours refait parce que bah... soit moi j'oublie, ou bien je l'ai donné à la famille puis la famille le fait pas faire... Puis c'est pas toujours évident de faire faire des tests à cet endroit-là... et un petit peu tabou aussi. Je sais que j'avais une patiente, elle est décédée maintenant et chaque fois qu'elle allait à l'hôpital, elle se sentait un peu comme une pestiférée parce qu'il fallait toujours qu'elle soit en chambre seule et... et voilà.

**CL : Ok. Et du coup, quand vous avez un patient comme ça BMR, qu'est-ce que ça modifie dans vos pratiques vis-à-vis de**

**votre patient ?**

M3 : Bah... après, bah pas grand-chose de plus que ce qu'on fait d'habitude... en fait de faire attention à nous et... pour pas transmettre quoi. Après j'en n'ai pas eu beaucoup, et les patients que j'ai eus, c'était des patients assez lourds, avec des pathologies qui faisaient qu'ils faisaient beaucoup d'allers-retours heu, à l'hôpital... Donc dans ces cas-là, c'est surtout aussi faire attention aux infirmiers et aux auxiliaires de vie quand elles y passent. Et après on est toujours un peu embêtés, heu avec le secret professionnel parce que... est-ce qu'on a le droit de le dire ou pas... enfin, aux infirmiers je le disais. Après, s'il y avait des soins heu... si la toilette n'était pas faite par les infirmiers mais par les auxiliaires de vie, heu, je leur disais de faire attention aussi quoi heu...

**CL : D'accord, donc des précautions au niveau des soins.**

M3 : Bah oui.

**CL : Est-ce que vous, vous prenez des précautions particulières vis-à-vis de ces patients-là ?**

M3 : En général non, parce que moi je fais... c'est pas moi qui faisais les soins, je faisais que prendre la tension, ausculter, heu, c'était pas... je mettais pas de blouse, je mettais pas de gants...

**CL : Ok.**

M3 : Enfin remarque, je ne me suis jamais fait tester. *[Rires]*.

**CL : *[Rires]*. Et au niveau des BMR dans**

**les établissements médico-sociaux type EHPAD, est ce qu'il y a une expérience particulière ?**

M3 : Alors heu, moi je vais deux fois par semaine à *Village A*, à l'EHPAD, heu... j'ai pas de souvenir d'avoir eu une patiente, enfin j'ai une dizaine de personnes que je vois comme ça à l'EHPAD. J'ai pas heu... j'ai pas le souvenir d'en avoir une qui était BMR positive. Donc, là j'aurai pas beaucoup de...

**CL : Ça marche, ok. On parlait tout à l'heure des courriers de sortie d'hospitalisation. Au niveau heu, prise en charge, qu'est-ce que vous pensez de la possibilité d'avoir un infectiologue référent pour la prise en charge des BMR ?**

M3 : Heu, oui, ça serait bien. Bon moi je... quand j'ai un problème infectieux comme ça... J'envoie un mail à *Madame X*, je sais même plus dans quel hôpital c'est, ça doit être à *Ville B* je pense, je sais pas si t'as déjà entendu parler.

**CL : Non ça ne me dit rien mais...**

M3 : Souvent c'est, bon j'ai eu un problème une fois, et de ce fait, bah à chaque fois que j'ai un problème... Alors souvent je faxe une lettre pour demander un rendez-vous et souvent elle me rappelle car elle est très... elle doit avoir un emploi du temps très chargé, donc on discute du cas, elle me dit faites ci faites ça et elle revoit le patient après. Mais, à chaque fois que j'ai eu à la contacter c'était pas pour un problème

BMR.

**CL : C'était un problème infectieux plus général ?**

M3 : Oui.

**CL : Ok. Mais donc il y a quand même possibilité de joindre quelqu'un.**

M3 : Oui. Enfin moi perso, c'est ce que je fais. Après je sais pas si *Associé A*, lui, il a peut-être d'autres contacts. Mais je crois que non... je pense que c'est... Je sais que j'ai déjà eu un problème de prothèse, d'infection sur prothèse de hanche, donc heu compliqué... c'est vrai qu'on était passés par là aussi.

**CL : D'accord, ça marche. Et donc, de façon un peu plus générale, comment vous voyez l'antibiorésistance en France ?**

M3 : C'est-à-dire ?

**CL : Heu, le problème de l'antibiorésistance, qu'est-ce que vous en pensez ?**

M3 : Bien, c'est un problème justement. Il y a encore des gens qui meurent d'infections parce qu'on n'a pas les antibiotiques qu'il faut. Il y a l'épouse d'un confrère là, qui est en retraite maintenant, qui est décédée il y a quelques années comme ça. C'est dramatique hein, quand ça arrive, de se dire que la personne elle décède parce qu'on n'a pas l'antibiotique qui marche sur son infection heu... Au jour d'aujourd'hui c'est vrai que ça fait peur quoi.

**CL : Ça marche. Et heu... Je réfléchis... De quelle manière vous au cours de vos**

**études vous avez été sensibilisée à l'antibiorésistance ?**

M3 : Bah au cours de mes études, moi tu sais, ça remonte à loin hein, ça remonte à très loin. J'ai certainement pas eu le même type de cours que vous vous avez eus sur heu l'antibiorésistance parce qu'à l'époque y'en avait pas autant que maintenant. Par contre, heu, un truc tout bête sur l'Oroken, c'est au cours de mon travail quoi que j'ai appris à plus en prescrire surtout chez les enfants. Parce qu'au début de la carrière on en prescrivait *larga manu*, sur les otites, sur tout ça. Après j'ai fait une formation d'homéopathie. Ça m'a beaucoup aidée à mettre moins d'antibiotiques et à donner une autre... Parce que quand on a des parents qui viennent avec des enfants qui ont une infection ou autre... à l'époque c'était compliqué de ne rien donner du tout. Heu, aujourd'hui je pense que vous êtes, l'enseignement est plus fait pareil, donc vous, vous arrivez beaucoup plus facilement que nous à notre époque, c'était déjà pas comme ça. Et heu, avec l'homéopathie bah on a heu... on a une solution... on fait quelque chose quoi, pour les parents. On dit pas... on a l'impression de faire quelque chose. Parce que c'est la demande...

**CL : Oui, ce que vous dites c'est que c'est parfois plus facile de prescrire un antibiotique que ne pas le prescrire finalement**

M3 : Avant c'était comme ça. Maintenant,

heu, on a d'autres moyens. Enfin moi j'ai trouvé ce biais là avec l'homéopathie, j'arrivais à en prescrire moins du fait de... d'avoir une autre... une autre alternative pour heu, pour donner aux parents, ou même pas forcément quand il y avait des enfants, aux patients qui sont demandeurs.

**CL : D'accord, donc ça permet de... on a l'impression de faire quelque chose...**

M3 : Bah c'est-à-dire que les patients sont toujours demandeurs et toujours il faut qu'ils aillent mieux tout de suite maintenant. Faut pas que ça traîne heu... Alors que bon, une rhino, un rhume heu ça peut durer quinze jours mais heu non faut qu'en trois jours ce soit réglé. Voilà, donc en fait il y a encore beaucoup d'informations à faire au niveau des patients justement, pour heu, chez nous je pense qu'on a commencé, je pense qu'on a pris vraiment conscience du problème, mais les patients je pense qu'ils sont pas encore tous heu...

**CL : D'accord. Du coup, comment vous pensez qu'on pourrait faire pour sensibiliser les patients à ce problème et éviter justement une trop forte demande ?**

M3 : Bah, on a déjà commencé hein, on voit depuis heu « Un antibiotique c'est pas automatique » des trucs comme ça, je pense que... tout ça ça ne peut que aller dans le bon sens quoi, des mesures comme ça.

**CL : Est-ce que vous pensez qu'il y a des choses différentes qui pourraient être**

**faites ?**

M3 : Je sais pas... peut être heu... Je fais aussi du, tu sais, de la régulation au CRAL (*Centre de Régulation des Appels Libéraux*), donc j'ai beaucoup d'appels de parents qui, de parents ou de patients hein, qui n'arrivent pas à trouver de médecin ou qui sont pas bien et que... donc on essaie bien sûr de donner une consult, bon en attendant si on n'a pas on donne beaucoup de conseils. Donc faudrait peut-être généraliser peut-être un peu, ou qu'il y ait plus de conseils comme ça, déjà à donner aux patients tout venant pour heu... pour des conduites à tenir au début des infections.

**CL : Donc des conseils généralisés aux patients ?**

M3 : Ouais, donc soit par fiches ou soit par un appel, par des gens qui pourraient... enfin je sais pas... j'ai pas de solution toute faite. Mais c'est vrai que le manque d'information... Puis bon après ça dépend aussi du niveau... Niveau social des gens qui appellent et qu'il faut... qu'il faut aider. Parce que bon, y'en a c'est peine perdue. C'est pas que ça sert à rien...mais on a beau expliquer, on a beau leur dire heu... ça ne rentre pas...

**CL : Oui, les patients ont une sensibilité différente à l'information et à la prévention, c'est ça ?**

M3 : Voilà.

**CL : Et au niveau des médecins, vous disiez que ça avait... que justement, vous**

**au cours de votre carrière vous avez été sensibilisée différemment...**

M3 : Bah, je pense que ma génération à moi prescrit déjà nettement moins d'antibiotiques que la génération des médecins d'avant moi. Si tu veux les médecins avec qui j'étais au début quand je me suis installée, eux en prescrivait certainement beaucoup. Donc moi déjà j'en prescrivais moins, mais je crois que vous, votre génération, en prescrira encore moins.

**CL : Donc vous, là, les informations vous les avez reçues pour en prescrire de moins en moins c'était des formations ? des informations reçues ?**

M3 : C'était... au cours de ma pratique. Et puis, oui, les cas de... les résultats de labo qui revenaient, les ECBU... quand on voit des résistances, tout ça ça fait qu'on apprend aussi sur le tas et qu'on change aussi au fur et à mesure notre façon de faire.

**CL : Donc si je reformule, vous dites que pour vous c'est l'expérience de voir des BMR qui vous fait dire « bah tiens y'a de plus en plus de BMR, il faut réduire la prescription »**

M3 : Oui.

**CL : Ok, ça marche.**

M3 : Donc oui, c'est un tout quoi.

**CL : Et est-ce que vous pensez qu'au niveau des médecins il y aurait des choses en plus à faire justement ?**

M3 : Oh bah certainement, on peut toujours mieux faire. On ne sait pas tout et puis ça évolue tellement que bien sûr.

**CL : Ok, ça marche. Et au niveau... international, est-ce que vous avez été sensibilisée au niveau de l'antibiorésistance aux pratiques d'autres pays ?**

M3 : Heu... J'ai pas de référence particulière. Mais bon, après, c'est certainement comme je te dis, que nous la formation qu'on a eue, comme ces pays-là sont certainement en retard, y'a un retard sur tout. Actuellement je sais pas où ils en sont pour la prescription de leurs antibiotiques, mais plus ça va aller plus ils feront attention. Je pense... Parce que c'est dans l'évolution. Mais je pense que c'est parce qu'ils ont un retard.

**CL : Donc des choses à faire évoluer à ce niveau là...**

M3 : Oui.

**CL : Pour être sûre de ne rien oublier, si je résume, donc vous les BMR vous n'en voyez pas très souvent...**

M3 : Bah oui... Là récemment j'en n'ai pas vu. Mon problème de résistance antibiotique c'est surtout par rapport à mes retours d'ECBU par exemple. Heu... ou alors du pyocyanique dans les ulcères, de gens qui ont été à l'hôpital... heu voilà. Des BMR propres... bah je sais pas en fait, si le pyocyanique il rentre dans les BMR mais pas forcément... Donc heu...

**CL : Donc pas souvent, et est-ce que du coup vous avez été confrontée à des impasses thérapeutiques quand il y a comme ça un retour d'examen ?**

M3 : Non, parce que les personnes qui ont été... enfin diagnostiquées BMR positives, n'ont pas eu un problème infectieux majeur. C'était pour autre chose, je suppose qu'elles ont choppé ça à l'hôpital et... mais c'était... la personne dont je te parlais tout à l'heure elle a eu une insuffisance cardiaque majeure terminale... l'insuffisance cardiaque lui a donné de l'ascite pour te dire... donc heu, c'était la première fois que je voyais ça. C'était une insuffisance cardiaque droite vraiment très importante. Et donc elle allait souvent à l'hôpital parce qu'au début les ponctions d'ascite c'était le seul moyen, en traitement on était... Donc c'était pas du tout un problème infectieux quoi...

**CL : Oui, c'était un problème surajouté, avec un dépistage qui a eu lieu au cours d'une hospitalisation ?**

M3 : Voilà, mais j'ai jamais eu dans ma pratique jusqu'à présent, avec un patient porteur de BMR un problème infectieux heu...

**CL : Une infection à BMR ?**

M3 : Voilà.

**CL : Je réfléchis, je pense qu'on a fait le tour. Est-ce que vous voulez parler de choses qu'on n'aurait pas évoquées sur le sujet ?**

M3 : Heu, non.

**CL : Merci beaucoup.**

M3 : Bah de rien !

[Fin de l'entretien]

*Ressenti après l'entretien : Je n'ai pas été très à l'aise au cours de cet entretien. J'ai senti que l'interviewée était déroutée par ce mode d'entretien, à mon arrivée dans son cabinet elle s'attendait à répondre à un questionnaire. J'avais l'impression qu'elle cherchait à me donner des « bonnes réponses » plutôt que ses ressentis. J'ai eu du mal à rebondir sur ses idées pour en faire émerger de nouvelles.*

*Ressenti après retranscription : Même si cet entretien a été cours et déroutant, des éléments intéressants vont me servir pour mon analyse.*



**Entretien n°4 :**

**CL : Bonjour, je suis Clémence Leturcq, je suis interne, enfin je ne suis plus interne maintenant, je suis médecin remplaçant heu, issue de la faculté de Lille. Heu, on se rencontre aujourd'hui, heu, dans le cadre de ma thèse, qui s'intéresse aux représentations et ressentis des médecins généralistes concernant les bactéries multi-résistantes et l'antibiorésistance. Donc, heu, la participation à l'étude, ça consiste en un entretien où on échange autour du sujet. Y'a pas, c'est pas un questionnaire dans le sens où y'a pas de bonne ou de mauvaise réponse, mais c'est juste voilà, votre impression, vos ressentis sur tout ça. Heu, donc, toutes les démarches ont été effectuées auprès de la Commission Nationale Informatique et Libertés et du Comité de Protection des Personnes pour tout anonymiser au niveau de la thèse. Donc tout sera anonyme, votre nom ne figurera nulle part et je supprime les données une fois que j'en n'ai plus besoin. Est-ce que vous pouvez me renouveler à l'oral votre accord pour être enregistré au dictaphone et participer à l'étude ?**

**M4 : Je renouvelle mon accord pour participer, à l'oral. [Rires].**

**CL : Parfait ! Donc, pour commencer, est ce que vous pouvez me parler de votre expérience concernant les bactéries multi-résistantes ?**

**M4 : Bah d'abord, je vais commencer par heu... l'antibiothérapie.**

**CL : Oui.**

**M4 : Je suis arrivé il y a 37 ans, quand on mettait pas d'antibiotique, on était un mauvais médecin. Donc heu, tout ce qui bougeait au niveau ORL, pulmonaire, heu... surtout hein bronchite, rhinopharyngite, c'était antibiotique. Je me souviens plus exactement des pourcentages mais c'était de l'ordre de 30% heu... C'était absolument incroyable. Voilà, donc ensuite j'ai eu de la chance de faire de la pédiatrie, à Ville C, donc j'avais déjà appris à pas trop mettre d'antibiotiques. Donc, ça m'a pris quand même quelques années pour vraiment convaincre, heu, négocier avec les patients, se reporter sur heu... sur l'avenir proche concernant la non prise d'antibiotique. C'était très très difficile. Heu, on se faisait attraper par les gens parce que « ouais ça fait deux fois que je viens » ... C'était le mauvais médecin. Et donc, à un moment donné, bah j'ai fait une formation de 48 heures sur les rhinopharyngites, et j'ai eu quelques phrases qui m'ont beaucoup aidé. En particulier, que « votre cas actuel de rhinopharyngite, y'a une seule personne qui aurait besoin d'antibiotique ». Donc ça, ça a été un argument qui m'a beaucoup aidé à y arriver et donc neuf sur dix, heu, n'ont pas besoin d'antibiotique. Donc on arrivait à convaincre et à expliquer aussi aux gens que heu... hé bien ça pouvait durer 8 jours, 15 jours, 3 semaines hein... voilà, dû à une**

irritation virale, ouais, souvent, en dehors de toute pathologie allergique hein, il fallait évidemment éliminer ça.

**CL : Oui, oui.**

M4 : Donc effectivement, ça a diminué fortement... voilà. Il y a eu aussi une étape extrêmement importante, donc déjà on avait bien diminué le pourcentage de prescription d'antibiotiques, c'est le moment où il y a eu la campagne de la sécurité sociale. Ça, ça nous a donné encore une possibilité de convaincre les gens en disant « voyez, heu, on raconte pas de c\*\*\*\*\*e ». *[Rires]*. « Et vous verrez dans 15 jours, ça ira mieux quoi ». Voilà, donc par rapport à ça y'avait aussi l'obstacle des parents qui travaillaient, par rapport à leurs enfants. Donc heu, il y avait une certaine culpabilité, il y avait aussi une pression des crèches, de l'école tout ça et qui faisait que « attendez, moi je vais pas passer mon temps à aller chez le médecin » heu... « donc vous me le traitez bien ». *[Rires]*. Heu voilà donc il y avait une pression par rapport à ça. Je pense qu'on était persuadé qu'il fallait pas en mettre mais on en mettait réellement parce que... voilà. C'était un peu limite. Y'avait des cas qui revenaient effectivement. Sur 10% ils avaient raison, mais ça entravait le bon fonctionnement... Voilà un peu comment j'ai vécu les choses heu tout à fait, assez au début. Voilà, alors le deuxième... donc j'ai toujours été sensibilisé à l'antibiorésistance...

**CL : D'accord.**

M4 : Et depuis le début, surtout aux spectres étroits et aux spectres larges. Voilà, ça c'est, notre éducation elle a été faite là-dessus, hein. Ça s'est un peu remodelé au fil des années hein cette approche mais on avait quand même ce... Alors il n'y a pas d'antibiotique anodin je dirai ensuite. Parce que, il y avait quand même cette idée que certains antibiotiques, on pouvait les mettre, y'avait aucun problème quoi. Genre les macrolides, des choses comme ça, vous inquiétez pas y'a pas de problème. Des céphalosporines de 1ère génération, tout ça... Alors c'était... voilà il y avait cette problématique aussi. Voilà, donc voilà pour l'antibiorésistance, et aujourd'hui je mets très, très peu d'antibiotiques.

**CL : D'accord.**

M4 : Mes remplaçants en mettent beaucoup plus. *[Rires]*. Je m'aperçois, hein. Mais peut-être aussi parce que... voilà, il y a toute cette approche heu... et puis j'ai mis aussi des années hein, à me caler par rapport à ça. Et après je pense qu'il y a aussi le stress de se dire « Est-ce que je suis pas en train de faire une c\*\*\*\*\*e ? Est-ce que je vais pas le retrouver heu avec une pneumopathie terrible ? Alors que j'aurais mis un antibiotique j'aurais été tranquille quoi ». Voilà, il y a cette peur-là.

**CL : Oui.**

M4 : Il y a la peur du médecin, heu, l'incertitude. Il faut gérer l'incertitude mais ça c'est la médecine générale ça. Hein, celui qui sait pas gérer l'incertitude en médecine

générale, faut pas faire médecine générale. [Rires]. Voilà donc je pense qu'il y a de ça aussi, de se dire « où est-ce que je vais ». Alors d'où l'importance de l'examen clinique. Moi maintenant, mais depuis 15 ans même, 20 ans... Si j'ai pas de signe... Ah oui, pardon, il y a une autre étape, excusez-moi. Avant, il y a le TDR. Alors ça, ça a été une merveille aussi. Je préviens les gens avant en disant « écoutez, je vais vous faire un examen, il y a un sur 10 qui aura un germe, donc on va aller voir si vous avez un germe et si vous avez un germe vous aurez un antibiotique ». Voilà. Alors ça, ça a été aussi une très très bonne avancée. Alors après j'étais parti sur autre chose...

**CL : Vous parliez de l'importance de l'examen clinique.**

M4 : Ah oui. Alors heu, antibiotique. Bon alors, évidemment le TDR. La température c'est pas un critère vraiment heu... voilà sauf si la température venait à persister longtemps ou si elle était fluctuante avant, ça faut faire attention. Mais, sinon heu, voilà, l'examen clinique du poumon, l'examen clinique des oreilles, heu... de la gorge, des oreilles et des poumons. Voire, leur demander quand même s'il n'y a pas de diarrhée, s'il y a pas de brûlure urinaire, bien entendu, s'il y a pas de frisson, de mal dans les articulations. Bon, on fait le tour quand même cliniquement. Voilà, ils partent avec du Doliprane et... Ils prenaient du Doliprane, et ils sont venus me voir pour avoir des antibiotiques et ils repartent avec

du Doliprane... ça c'est pas facile ça, hein. Mais bon, je pense que l'argument clinique il est quand même bien, le TDR en plus, l'examen clinique... Voilà sur quoi je suis sensibilisé aux BMR.

**CL : D'accord.**

M4 : Après, vous vous avez aussi une autre étape dans le, l'approche, c'est qu'il y a eu l'émergence des BMR. Nous, on connaissait pas ça. Donc, c'est assez récent, pour moi c'est assez récent. Donc heu, je suis un peu biaisé parce que je travaille aussi à la clinique. Donc les BMR, j'en rencontre. Voilà. Bon bah, c'est trop tard quand on a des BMR. Faut être conscient que quand on a sélectionné un BMR, bah c'est tout ! C'est avant que ça se passe. Après, bon, on essaie de se débrouiller avec les antibiotiques de 3ème et 4ème génération. Puis voilà... bon je pense que c'est un peu le sauve qui peut. Donc c'est avant que ça se passe. C'est à nous aussi de jouer... Il y avait un argument aussi, je me souviens maintenant, c'est que, il y avait une étude de la médecine espagnole, parce qu'il y avait Clamoxyl qui était en vente libre, à l'époque, à une époque. Et, au bout de quelques années ils ont vite fait demi-tour parce que là ils en ont créé des... Parce qu'évidemment, si c'est en vente libre, les dosages sont pas adaptés et la durée de traitement non plus. Donc ça a été vraiment une catastrophe. Ça si, ça a été un argument, en disant attendez, faut pas qu'on déconne quoi. Donc si on en met pas

c'est mieux. Et après, vous avez une petite fierté. C'est quand vous ouvrez le carnet de santé du bébé, et qu'à 4 ans vous avez pas encore mis d'antibiotiques, vous vous dites heu... « ah ça vaut le coup ce que j'ai fait ». Il y a tous ces arguments-là, bon c'est évidemment avec un peu de distance quoi... Je vous raconte ma vie hein !

**CL : Bah c'est très bien, ça me va, au moins j'aurai beaucoup de choses à développer. Heu, du coup si je reprends un peu ce qu'on a dit, heu donc vous me parlez que vous, vous étiez sensibilisé à ce problème-là.**

M4 : Assez vite oui.

**CL : Assez vite, donc vous avez pris le temps de vous former pour justement...**

M4 : Oui voilà c'est ça.

**CL : Donc qu'est-ce que vous pensez de la formation des médecins généralistes par rapport à l'antibiorésistance et aux BMR ?**

M4 : Bah, heu, c'est d'abord une motivation. Moi je ne conçois pas d'avoir fait ce métier sans avoir fait des formations à tire-larigot. Donc heu... vous êtes tombés sur l'ancien président de formation médicale à Ville A. *[Rires]*.

**CL : *[Rires]*. Donc forcément...**

M4 : J'y ai été pendant une dizaine d'années. Heu... voilà donc forcément, toutes ces choses-là, les formations c'est fondamental. Heu... quand je me suis installé j'avais un cahier, et à chaque fois que je me butais sur un petit quelque chose,

je le notais et après au bout je mettais « ORL, cardio, machin » et j'allais aux EPU, bah voilà j'avais 4 questions à poser au cardiologue... ou mes confrères, hein, voilà. Fondamental, si on se forme pas c'est... et même, ça entretient, ça permet de savoir si on est toujours dans le bon tempo. Souvent, oui mais bon... Fondamental. Moi ça a été initiatique. A un moment donné, pour me donner une... du grain... pour négocier avec les patients ça a été fondamental ces 48 heures. Sur la rhinopharyngite. En fin de compte, le but de ces 48 heures c'était de prouver que c'était pas la peine de mettre des antibiotiques. Ça fait longtemps déjà. *[Interruption par un tiers]*

**CL : Donc, ce qu'on disait finalement, c'est que vous le fait de vous former, ça vous a permis de modifier vos pratiques.**

M4 : Ah bah dans tout domaine !

**CL : Que ce soit l'antibiorésistance ou dans d'autres domaines. Et pour vous c'est quelque chose d'indispensable.**

M4 : Tout domaine ! C'est fondamental.

**CL : Vous avez dit aussi qu'à une époque les patients étaient très demandeurs d'antibiotiques. Est-ce que ça a évolué dans le temps ?**

M4 : Je pense que oui. Oui, tout au moins chez moi. Ailleurs j'en sais rien mais chez moi c'est sûr. Ils savent hein. D'ailleurs, peut-être que les gens qui voulaient des antibiotiques à qui j'ai pas donné sont partis. Rires. C'est une façon aussi de dire « moi, je soigne comme ça ». Bon je pense pas

globalement... Et quand je vous dis que j'ai été attrapé, j'ai eu une dame une fois, je me suis dit « qu'est-ce que je fais, est-ce que je la passe par la fenêtre, est-ce que... ». J'ai vraiment eu les doigts de pieds qui grattaient le fond de mes chaussures... hein. *[Rires]*. C'est mon expression. Heu, parce que, bon, trois fois déjà je voyais son gamin, ça commençait à suffire. Mais elle était là, quand même. Bon, je me suis calmé, j'ai pas bougé, je l'ai laissée dire et à la fin j'ai dit « Écoutez Madame, je vais aller le réexaminer votre enfant ». On l'a réexaminé, donc pour la troisième fois, il venait pour la troisième fois, et puis à la fin de l'examen, j'ai dit « écoutez Madame, je ne trouve rien qui puisse justifier un antibiotique ». Et depuis ce temps-là, la dame elle m'a fait une patientèle incroyable. *[Rires]*. Comme quoi ! Voilà, faut être sûr aussi de ce qu'on fait. Et en cas d'antibiotique, et bah on a rien de sûr, c'est ça le problème. Quand on s'installe ou quand on est au début, et bah on a rien d'assuré. C'est-à-dire que bah voilà, on sait pas où on va, on sait pas comment ça va évoluer, on connaît pas les gens, heu... c'est un dilemme. A partir du moment où on a bien rassuré la maman ou les patients, et bah... « bon ok d'accord il m'a dit qu'il y avait pas de danger ». Faut aussi savoir les rassurer. En leur disant, vraiment si ça va pas dans 48 ou dans une semaine, bien sûr qu'on va réexaminer, mais bon... « surveillez votre température » ... Voilà, faut

les rassurer, eux. Pour rassurer le médecin.  
**CL : Donc quand on ne prescrit pas d'antibiotique, il y a un besoin de rassurer et de...**

M4 : Aujourd'hui moins, parce qu'ils savent comment ça va. Mais... l'avantage de l'expérience quoi. Mais moi je ne fais pas une consultation sans aller examiner... les enfants... comme les adultes hein. Il sont... voilà, moi c'est stétho à peau. Comme ça ils sont bien examinés et à la fin il y a un diagnostic bien posé. « Bon écoutez pour l'instant, je vois rien de grave ». Voilà.

**CL : D'accord. Heu... vous avez parlé de la campagne de 2002 et de l'impact que ça a eu. Qu'est-ce que vous pensez de ce genre de campagnes ?**

M4 : Ça c'est excellent ! Ça c'est vraiment LA campagne de sécurité sociale efficace, pour tout le monde. Ça c'est fondamental, ça c'est sûr.

**CL : Quand vous dites tout le monde, c'est ?**

M4 : Bah, c'est, c'est valable, c'est intéressant pour la Sécu, d'accord, et c'est intéressant pour les médecins généralistes. Ça nous a facilité, justement le fait de négocier, de... en disant... « c'est pas nous qui disons ça, c'est aussi la Sécu ». Et l'impact médiatique, c'est invraisemblable. Ah oui, c'est énorme !

**CL : Oui, donc ce que vous dites c'est que ça vous a permis d'argumenter auprès des patients et de leur faire prendre conscience que c'était pas**

**forcément votre décision personnelle mais des recommandations...**

M4 : C'est la pub qui leur a fait prendre conscience, c'est pas nous, c'est la pub. Nous on a fait notre travail mais c'était un petit peu laborieux quand même, hein. C'était difficile de les convaincre.

**CL : Et est-ce que vous pensez qu'il y aurait besoin de renouveler ce genre de choses ?**

M4 : Bah, peut-être pas sur l'antibiothérapie. Peut-être sur d'autres choses ouais, c'est sûr... Bon, maintenant j'ai du mal à juger, faudrait demander ça à un jeune médecin. Bah oui, parce qu'aujourd'hui moi j'ai résolu à peu près mes problèmes... Heu, voilà. Et puis aussi, on modèle sa patientèle ou elle se modèle à nous donc heu... Moi j'ai très peu de problèmes avec les patients. Et je dirais aussi, que mes remplaçants, viennent ici en vacances parce que la patientèle elle est merveilleuse ! *[Rires]*. Je fais ma pub, faut noter ça.

**CL : *[Rires]*. Ça marche je note.**

M4 : Mais c'est vrai qu'ici on a la possibilité de mieux suivre les gens. Ils sont pas au milieu d'un panel en ville. Ça c'est un critère d'installation et je bénis encore aujourd'hui. Parce que voilà, les gens reviennent, s'il y a un problème on les rappelle. C'est une qualité de soin. Après cet obstacle d'antibiotique qui est passé, ça a été beaucoup plus facile ensuite. Bon alors maintenant, comme je vous dis, peut-être que les gens qui voulaient des antibiotiques

à tire-larigot ils sont plus restés. Ça c'est possible, j'en sais rien.

**CL : D'accord... Tout à l'heure on a parlé de l'émergence des BMR. Vous, vous me disiez que vous travaillez en clinique, que vous les rencontrez plutôt heu.. à cet endroit-là.**

M4 : Ah ouais non pas ici.

**CL : Donc au cabinet...**

M4 : Moi j'ai aucune expérience des BMR ici (*au cabinet*). Sauf les gens qui ont passé des jours et des jours à la clinique ou à l'hôpital et qui reviennent avec un BMR et... voilà, mais sinon spontanément comme ça, non.

**CL : D'accord. Donc pour vous, l'expérience que vous avez des BMR, c'est des gens qui sortent du milieu hospitalier finalement.**

M4 : Ouais, ouais. Tout à fait. *[Silence]*. J'ai pas de problématique BMR dans ma patientèle. Bon, j'en vois pas comme ça.

**CL : D'accord. Donc on parlait du secteur hospitalier. Si on dévie un peu, est-ce qu'en établissements médico-sociaux type EHPAD, tout ça, vous avez déjà rencontré des problématiques BMR ?**

M4 : Non. Non, mais bon, j'ai pas dit que ça existait pas. Mais j'interviens pas beaucoup. Je dois avoir une dizaine de patients dans les différentes maisons de retraite. Alors j'en n'ai pas beaucoup. Heu, non, j'ai pas eu de... non, pas eu de problématique comme ça.

**CL : D'accord... Et, donc, quand vous**

**dites l'expérience des patients BMR, donc vous c'est des patients qui sortent principalement de l'hôpital... quand les patients sortent de l'hôpital est-ce qu'on vous communique des choses ?**

M4 : Je vais vous dire tout de suite, j'ai peu d'expérience de ça.

**CL : D'accord.**

M4 : Ici, à la campagne je parle. Donc, là où j'exerce en clinique c'est en soins palliatifs – douleur. J'ai fait des formations pour ça. Et donc on arrête même les antibiotiques et ça se passe heu... Même si les gens repartent chez eux après... Ouais. C'est... non, c'est quelque chose que nous on n'appréhende pas beaucoup, la BMR. On subit quoi. C'est-à-dire que, il arrive avec un BMR. Hein, bon. Quand il y a plus de température, qu'ils ont eu les antibiotiques assez longtemps pour traiter leur BMR, après il faut les continuer totalement tout ça, ça c'est un flou pas possible. C'est comme les traitements hématologiques, ou onco-hématologiques. Moi je trouve c'est hyper spécialisé, enfin... Ça ne nous appartient pas, je vais dire, voyez je pense. Ouais, moi si y'a un problème avec un BMR quelque part dans ma patientèle, bah c'est pas moi qui vais le résoudre, voilà.

**CL : D'accord, donc heu... vous feriez appel à une médecine plus spécialisée, infectieuse ?**

M4 : Ah oui, oui oui. Moi je ne sais pas me débrouiller avec ça. Mais j'en n'ai pas l'expérience, donc je peux difficilement en

parler.

**CL : Donc c'est ce que vous imaginez que vous feriez, si un jour vous rencontriez le problème, vous feriez appel à un confrère.**

M4 : Ah oui. Imaginons, quelqu'un qui rentre de quelques semaines d'hôpital avec un BMR, il est sous antibiotique, admettons que le spécialiste l'ait arrêté à un moment donné et qu'il ait à nouveau de la température, bah je serais un petit peu embêté. Je pense que là c'est le coup de téléphone en disant... ouais voilà. Là, c'est un des cas où je prendrais pas de décision parce que... j'aurais pas de... d'expérience et je saurais même pas quoi faire.

Alors peut-être qu'il faut faire une formation, aujourd'hui peut être que s'il y avait... si on me disait que... avec une formation de deux jours je pourrais me débrouiller avec ça, j'irais la faire tout de suite.

**CL : D'accord.**

M4 : Bon, il y a différents types de formations hein vous êtes au courant. La formation médicale continue, du soir... Hein, les deux jours, et puis éventuellement les DU. Là ce serait un deux jours que je pense que ça serait pas mal que je fasse.

**CL : Mais donc pour vous la prise en charge des BMR ça relève plutôt du milieu hospitalier et plutôt de la prise en charge spécialisée ?**

M4 : Ah ouais, pour moi hein. J'en suis sûr, pour moi c'est ce que je ferais.

**CL : D'accord, ça marche.**

M4 : Mais je suis sensibilisé au fait qu'il faut faire attention !

**CL : Oui, c'est ce que vous disiez tout à l'heure c'est qu'une fois que le patient est résistant c'est trop tard et c'est tout le travail d'amont qu'il faut mettre en place...**

M4 : Ah oui, ah oui je pense. C'est là où nous on doit être absolument conscients de ça. Ça doit être dans la tête au même titre que... qu'une auscultation pulmonaire quoi. En disant voilà, « attends là je suis en train d'écouter des trucs, je mets un antibiotique, pas d'antibiotique ». Je sais pas comment font les autres mais quand on écoute un poumon, on écoute le poumon et aussi on recherche des arguments en disant « si je fais, si je fais, si je fais pas ». Y'a des exceptions à la règle mais c'est très rare.

**CL : Oui, donc pour vous c'est vraiment faire attention à avoir une bonne prescription d'antibiotique, adaptée, raisonnée qui fait qu'on prévient les résistances derrière puisqu'on en prescrit le moins possible et le plus adapté possible.**

M4 : Oui, tout à fait. Y'a un argument aussi qui me revient, c'est quand je sélectionne chez vous un germe qui devient résistant, vous pouvez le passer à quelqu'un, c'est ce germe-là qui est résistant, c'est pas vous.

**CL : Oui, oui.**

M4 : Ça c'est quand même un élément extrêmement important quoi. Ça veut dire que, bon, j'ai sélectionné un germe résistant

chez vous, bon allez on va cibler sur vous. Si y'a un problème particulier, allez, on va peut-être antibioser un peu plus vite, bon d'accord. Nan, ça veut dire, que... conjoint, la famille peut se choper ça et ils chopent LE résistant. Ça c'est quand même fort. Donc... autant pas faire de résistance.

**CL : Et donc, justement pour limiter la transmission, qu'est-ce qui pourrait être fait ?**

M4 : Ah ça, on peut pas la limiter la transmission. Le but, c'est qu'on crée pas, c'est encore un argument pour dire qu'il faut pas créer de résistance. En disant, alors « non mais je prends des risques si je mets ça n'importe comment ». Si j'ai pas d'argument... voilà. C'est à ce niveau-là que ça se passe, pour moi.

**CL : Oui donc vraiment en amont.**

M4 : Ah carrément oui. Après... basta hein, qu'est-ce que vous allez faire sur un germe résistant. Voilà, ça c'est ma façon de faire.

**CL : Vous avez parlé aussi de... donc c'était en Espagne c'est ça, l'histoire de la vente libre du Clamoxyl.**

M4 : Oui, il y a une trentaine d'années. Faudrait regarder ça mais j'ai pas mon téléphone.

**CL : D'accord, donc... pour vous à l'international la gestion des BMR et de l'antibiorésistance comment vous la voyez ?**

M4 : Bah il faut surtout que l'Europe interdise ce genre de trucs. *[Rires]*. Ça c'est... je suppose que c'est ce qui s'est



passé. A un moment donné... c'était peut-être une expérience d'ailleurs... hein. « Oui vous racontez des conneries », bah tiens, ça a été très vite en plus. Je sais plus combien ils ont fait... trois quatre cinq, je sais plus.

**CL : Donc vous parlez de l'Europe, d'une sorte d'harmonisation des pratiques...**

M4 : Ah bah bien sûr. On parle pas de que *Village A*. Rires. Bah oui, c'est inévitable, c'est clair... Bon, on rencontre quand même des BMR surtout chez des gens qui sont avec heu... une pathologie grave. Heu... et aussi qui ont été opérés plusieurs fois, qui sont... voilà, qui ont été mis sous antibiotiques aussi. Quelque fois on voit sortir des gens d'une intervention chirurgicale avec des antibiotiques, on se demande pourquoi, quand même. Y'a des pratiques... heu... voilà...

**CL : Pour vous, il y a encore des choses à revoir...**

M4 : Nous on est au centre du problème, on est d'accord, mais on n'est pas...

**CL : du côté hospitalier ?**

M4 : Ah bah oui c'est net ! La chirurgie... est très génératrice de BMR. Voilà. Et puis bah... y'a pas un enfant qui va à l'hôpital qui revient pas avec un antibiotique s'il a eu une bronchite quoi... Par sécurité, par précaution. On sait pas, le gamin il va partir dans la nature, c'est la même problématique que nous, c'est-à-dire « qu'est ce qui va arriver ? ». Alors que non ! Non, non non, vous leur mettez pas si y'a pas d'argument.

**CL : Ça rejoint un peu ce que vous disiez**

**tout à l'heure c'est que ne pas prescrire un antibiotique ça peut faire peur et être source de stress pour le médecin.**

M4 : Ah puis pour le médecin, pour la pédiatre... oui absolument. Tout à fait. Je pense que... ouais, je me fais la réflexion à chaque fois. J'essaie d'apprendre à mes internes, que ouais « bah vas-y décontracte toi, tu verras dans 15 jours on le reverra le gamin, ou on le reverra pas ». Si on le revoit on essaiera de s'expliquer et on se posera des questions. C'est pas... bon, c'est un problème important.

**CL : Et donc là ce que vous disiez c'est que les BMR on les rencontrait surtout chez des patients finalement lourds et poly-pathologiques...**

M4 : Oui, c'est ce que je vois à l'hôpital... Des gens qui ont subi des interventions à répétition et certainement mis sous antibiotiques systématiques pour pas de ça s'infecte... c'est le bénéfice-risque quoi. Alors le bénéfice-risque voilà... Si y'a un abcès sur deux si on met pas d'antibiotique on va peut-être réfléchir mais si y'a un abcès sur vingt... est ce que ça vaut le coup ? Bon, ça c'est des choses heu, voilà.

**CL : D'accord. Donc je refais un peu le tour de tout ce qu'on a dit. Les BMR vous finalement dans votre pratique quotidienne c'est quelque chose de rare.**

M4 : C'est pas une préoccupation on va dire. Franchement, moi vous me dites, le mois dernier, bah j'y ai même pas pensé une seule fois ici. Mais même depuis un an hein.

**CL : Ça fait pas partie de votre pratique quotidienne.**

M4 : Non. Pourtant je soigne beaucoup de personnes âgées. Parce que je suis vieux donc heu... rires. Ça a vieilli avec moi. Donc c'est des gens fragiles. Et y'a pas de BMR. Et à chaque fois que j'ai envie de mettre un antibiotique parce que y'a besoin, ça fonctionne. Donc c'est quand même, pour moi c'est une satisfaction aussi à ce niveau-là. Satisfaction professionnelle.

**CL : Les antibiotiques de première intention fonctionnent donc c'est qu'il n'y a pas de résistance...**

M4 : Bien sûr. Bien entendu. Quand vous voyez un ECBU revenir sensible aux trois quarts, même 9/10... bon des fois on voit des choses devenir un peu résistantes, mais le germe n'est pas résistant. C'est que, je veux dire, il est pas résistant à tout... Hein, il y a quelques petites résistances qui sont là, vraisemblablement par le fait d'antibiotiques antérieurs.

**CL : Mais qui sont pas encore gênantes...**

M4 : Ouais, on verra bien. Y'a un antibiotique qui me pose question moi c'est pendant les cystites avec le Monuril. C'est assez systématique. Et c'est vrai que laisser une femme avec une infection urinaire heu, c'est... on n'est pas des tortionnaires quoi. *[Rires]*. Ça fait mal quoi. Hein, les otites chez l'enfant et les cystites chez la femme, ça douille quoi, donc... Alors, voyez c'est aussi un apprentissage, de dire « dès que

vous sentez des choses vous buvez deux litres d'eau dans la journée, vous êtes pas constipée et puis... ». Et c'est vrai que régulièrement on vient me dire, « bah tiens au fait, j'ai eu un petit truc, j'ai fait ça et ça s'est passé ». Bon bah... je me dis à chaque fois, on a évité un antibiotique supplémentaire. Bon, peut-être qu'il y a un travail là-dessus.

**CL : Vous trouvez un maximum d'arguments cliniques...**

M4 : Alors le jour où elles arrivent pliées en deux, nan là je discute pas.

**CL : Mais y'a tout un travail d'éducation du patient finalement.**

M4 : Oui oui, ça c'est sûr. Que ce soit là dans le cadre des cystites ou des rhinopharyngites, il y a, c'est sûr, c'est fondamental.

**CL : Juste pour revenir sur un point, vous parlez des patients hospitalisés qui reviennent avec des BMR, au niveau de la communication de l'hôpital à la ville par rapport à ces choses-là est-ce que vous avez des choses à dire ?**

M4 : Non... Je sais pas. Ça a dû arriver hein... Mais...

**CL : C'est pas quelque chose qui...**

M4 : Qui me préoccupe, non. J'ai eu aucune difficulté avec ça. C'est-à-dire que c'est pas mon problème, s'il y a un souci, c'est surtout... de la spécialité. Et puis peut-être que je suis mal formé là-dessus. Ça je laisse ce côté-là...

**CL : Donc pour vous la formation, c'est**

**fondamental.**

M4 : Fondamental et puis ça permet de garder l'esprit frais pour ce métier qui a besoin de toujours apprendre quoi. C'est l'avantage.

**CL : Tout à l'heure vous me disiez que le problème de l'antibiorésistance vous l'aviez vu émerger au cours de votre carrière, heu, est ce qu'au niveau de vos études il y avait des choses à ce niveau-là ?**

M4 : Oui, oui oui. Alors on parlait pas de BMR, on parlait de résistances aux antibiotiques, déjà. C'était le début. On était sensibilisé à ça.

**CL : Mais c'est au cours de, après, de votre carrière et de vos formations, que vous avez peaufiné...**

M4 : Ouais, c'est-à-dire que c'est là qu'on a pris conscience que, qu'il y avait des germes, c'était impossible à les traiter. Je me souviens qu'à l'époque, c'était des germes résistants aux antibiotiques de base mais on arrivait toujours à trouver... des Claforan ou des choses comme ça et puis ça se passait quoi, hein. Et c'était dans des services bien spécialisés, si je me souviens bien c'était peut-être l'hémato, des choses comme ça... mais c'était marginal, franchement, on en entendait parler, on a été sensibilisés à ça, mais on n'était pas concernés... franchement... voilà. C'est venu après, et moi je trouve que dans ma patientèle, aujourd'hui, heu, voilà, je me sens pas concerné. *[Rires]*.

**CL : Ça marche, y'a aucun souci. Je pense qu'on a déjà pas mal fait le tour. Donc si je résume un peu ce que vous m'avez dit, au niveau de l'antibiorésistance, c'est surtout un problème de formation et de prévention pour faire attention à ce qu'on prescrit.**

M4 : Au niveau de la médecine générale hein ! Ça vient peut-être pas de que de la médecine générale les BMR...

**CL : Oui, bien sûr. Mais donc pour vous au niveau de la médecine générale c'est vraiment faire attention à ce qu'on prescrit, éduquer les patients pour éviter une demande trop importante.**

M4 : C'est éthique oui. Tout à fait.

**CL : Et les sensibiliser via des campagnes publicitaires, des choses comme ça.**

M4 : Ça a joué.

**CL : Et ces campagnes qui bénéficient à la fois au patient et au médecin puisque ce sont des arguments supplémentaires pour limiter la prescription d'antibiotiques...**

M4 : C'est vrai que les patientèles ont évolué aussi hein, heu... Voilà, on est un peu plus écolos donc quand y'a pas d'antibiotique c'est vrai que les gens sont un peu plus... heu, en compréhension on va dire...

**CL : Moins dans la demande finalement...**

M4 : Alors, oui, faut s'imaginer aussi que dans les générations antérieures, y'a

énormément de gens qui sont morts sans antibiotiques et quand l'antibiothérapie est arrivée, ça a été miraculeux. Donc heu... y'avait pas de question à se poser, tout nez qui coule c'était l'antibiotique miracle. Donc il y a eu ça...

**CL : Qu'il a fallu déconstruire finalement.**

M4 : Ah oui, oui. Je pense que dans certaines générations oui. Voyez, j'ai des exemples encore, c'est des bronchitiques chroniques... des gens qui arrivent dans la patientèle... qui prennent des antibiotiques 3 à 4 fois par an... et bah on est parvenu à un moment donné, c'était très difficile aussi parce qu'ils avaient ça tous les ans, à faire de la kiné et des aérosols dès qu'ils commençaient à tousser, et puis ils avaient 0 antibiotique l'hiver... Bon ils sont un peu moins costauds les hivers qu'à une époque mais voilà. C'est vrai qu'on a trouvé d'autres arguments que d'aller obligatoirement leur mettre des antibiotiques, en dehors de toute température, en dehors de toute fatigue excessive, on est d'accord.

**CL : D'accord, donc si je reformule un peu ce que vous dites c'est qu'à une époque les antibiotiques sont arrivés comme une révolution alors qu'avant il y avait des gens qui mourraient d'infections, des choses comme ça, et qu'après finalement on s'est rendu compte que ça pouvait générer des problèmes et que c'était pas la solution à tout et que du coup il a fallu déconstruire certaines pratiques et croyances...**

M4 : Tout à fait, totalement. « Bah vous allez quand même pas me dire qu'il me faut encore que de la kiné » voilà ! « Et bah si ». *[Rires]*. Donc, évidemment, avec une surveillance particulière, il y a pas de dyspnée, il y a pas de... faut faire gaffe quand même. Et puis être disponible hein, ça je pense que c'est important, de se dire je vais prendre du temps pour essayer de... de parvenir à quelque chose à ce niveau-là. Ça c'est vraiment un exemple typique et... Une dame qui a une dilatation des bronches que j'ai encore eue fin de semaine dernière, bah on est toujours en lutte, mais heu... nan nan elle accepte de dire... « bah voyez, vous êtes toujours en vie ! ». *[Rires]*. Quelque fois on les provoque un peu...

**CL : Provoquer pour faire prendre conscience...**

M4 : Oui, et leur dire aussi, « ça voyez votre truc là je vais pas le guérir ». Ça c'est un argument très important. Avant, bah c'est tout, il fallait absolument qu'on soit à 100% efficace et un bon médecin c'était ça. Aujourd'hui, souvent, très rapidement j'ai compris ça, qu'il fallait dire aux gens « c'est pas moi qui vous ai donné cette maladie, et cette maladie-là c'est une maladie chronique ». Voilà, ça c'est une notion aussi la maladie chronique. Nous on n'avait pas cette notion-là, on faisait que du curatif... Vous arrivez, vous avez ça, hop, toc, au revoir. Aujourd'hui on est plus sur la prévention, sur les maladies chroniques. On se projette sur d'autres perspectives, et à

nous de le faire passer aux patients. En disant, votre maladie je vais pas la guérir. Pareil en soins palliatifs, dans ce domaine c'est important... Ça a été une évolution... Je suis pas obligé de montrer que... on n'est pas des Zorro.

**CL : Bon, donc on a fait un peu le tour de la question, je sais pas si vous avez des choses à rajouter ?**

M4 : Ça me vient au fur et à mesure comme ça... Je suis plus axé sur l'antibiorésistance et la prévention que les BMR, c'est pas que ça m'intéresse pas, mais bon voilà... Et juste je voudrais rajouter que nos professeurs et nos confrères hospitaliers, parfois ils disent « ce généraliste-là il aurait pas dû faire ça » et bien qu'ils nous le disent ! Et nous aussi, de notre côté, on peut leur dire que « ça, ça, ça, nous manque ».

**CL : Donc pour vous il faut améliorer la communication ville-hôpital...**

M4 : Tout à fait ! Mais bon je pense qu'on peut arrêter peut-être, je sais pas j'en sais rien, mais je m'écarte du sujet.

**CL : Merci à vous.**

[Fin de l'entretien]

*Ressenti après l'entretien : C'était un entretien très riche avec un interviewé très bavard ce qui m'a beaucoup aidée. Il a parlé de beaucoup de choses, déviant parfois un peu de sujet mais dans l'ensemble c'était un échange très intéressant.*

*Ressenti après retranscription : J'ai repéré quelques idées sur lesquelles j'aurais pu rebondir davantage. J'y penserai pour les prochains entretiens. Concernant le contenu de l'entretien, le médecin était très sensible à la question de l'antibiorésistance mais beaucoup moins à celle des BMR qu'il ne gère pas en pratique courante. J'espère pouvoir développer des idées autour des BMR lors des prochains entretiens.*

**Entretien n°5 :**

**CL : Bonjour, je suis Clémence Leturcq, je suis du coup médecin remplaçante issue de la faculté de Lille et on se rencontre aujourd'hui dans le cadre de ma thèse, donc déjà je vous remercie d'avoir accepté cet entretien. Heu, donc la thèse s'intéresse à la vision, aux représentations et ressentis des médecins généralistes concernant l'antibiorésistance et les bactéries multi-résistantes. Heu, donc votre participation à l'étude, ça consiste en un entretien oral enregistré au dictaphone, au cours duquel on échange sur le sujet. Heu donc, il n'y a pas de bonne, pas de mauvaise réponse, c'est vraiment vos représentations. Je précise que toutes les démarches ont été effectuées auprès de la Commission Nationale Informatique et Libertés et du Comité de Protection des Personnes pour garantir l'anonymat des données, donc votre nom figurera nulle part et moi je supprime toutes les données dès que j'en ai plus besoin. Heu, est-ce que vous pouvez me renouveler à l'oral votre accord pour participer à l'étude ?**

**M5 : Je suis d'accord.**

**CL : Ça marche. Donc, pour commencer, est-ce que vous pouvez me parler de ce que vous évoque la notion d'antibiorésistance ?**

**M5 : Heu, l'antibiorésistance, heu... Et bah de manière générale, c'est des bactéries qui**

deviennent résistantes à certains antibiotiques, et donc du coup ça implique qu'on doit être précautionneux dans l'utilisation des antibiotiques, pour éviter justement de développer cette antibiorésistance, et pouvoir heu, conserver heu, des traitements efficaces quand on en a besoin et qui sont indiqués. Heu... Concrètement, heu... Moi dans ma pratique, heu, ce que ça m'évoque concrètement c'est surtout savoir poser l'indication des antibiothérapies. Heu, en ce moment on est dans les épidémies hivernales et du coup on a quand même des demandes, enfin moi dans la patientèle que j'ai, y'a quand même beaucoup de demandes d'antibiotiques parce qu'en fait ils ont été habitués à avoir des antibiotiques donc du coup, c'est réexpliquer l'utilité heu, des antibiotiques, et heu, parfois expliquer aussi que voilà, quand c'est viral, ils ont pas d'utilité et les effets que ça peut avoir, sur heu... de manière générale sur l'antibiorésistance, donc leur expliquer que c'est pas dans leur intérêt aux patients et surtout c'est pas dans l'intérêt plus général heu, pour heu voilà, la circulation des bactéries qui deviennent résistantes aux antibiotiques. Donc ça, c'est un premier truc. C'est vraiment, voilà, poser l'indication de l'antibio et expliquer au patient pourquoi on en donne ou on n'en donne pas. Heu, dans un premier temps c'est ça. Heu... et après une fois que l'indication est posée, dans le choix de l'antibio, heu... je pense

notamment aux fluoroquinolones, où heu... moi je fais, j'essaie de faire attention, que dans des infections urinaires hein, que le patient en a eu ces derniers mois, heu, et j'essaie de pas le renouveler si c'est le cas. Je sais plus si c'est trois ou six mois, il me semble que c'est six mois, en gros heu, s'il en a eu, je demande si ça lui parle ou pas de, le nom de l'antibio, et j'essaie si possible heu, de pas lui en remettre. Heu... après heu, pour les infections urinaires, j'essaie si possible d'attendre l'ECBU, pour l'antibiogramme, pour pouvoir heu, prescrire un antibiotique qui sera efficace dans un premier temps, et du coup qui pourra traiter complètement heu... la bactérie et pas forcément créer d'antibiorésistance si l'antibio il marche pas sur cette bactérie-là. Et du coup voilà, j'hésite pas à expliquer au patient, lui faire faire son ECBU, et moi quand je reçois l'ECBU j'appelle le patient, je lui prépare son ordonnance et voilà. Bon, bien sûr, s'ils sont en bon état général hein, sinon des fois heu, les petits vieux ou les gens fragiles bah j'antibiose et je vois si c'est efficace ou pas. Heu... mais du coup ouais, sur les infections urinaires je fais tout le temps un ECBU, fin, pas les cystites hein mais heu, infections urinaires masculines et suspicions de pyélo, heu, j'fais tout le temps un ECBU. Cystites ça m'arrive aussi sur les personnes âgées ou qui en font souvent, parce que voilà, je préfère avoir un antibio qui est efficace, pour encore une fois bien traiter et éviter la répétition d'antibiotiques

enfin... chez des patients qui des fois pour UNE infection urinaire ont trois antibiotiques différents heu... Bon parce que ça marche toujours pas et je trouve ça un peu c\*n quoi, pour lui et de façon générale heu... voilà. Après, qu'est-ce que ça m'évoque l'antibiorésistance... Sur les infections ORL, pulmonaires, heu... bah comme je vous dis voilà c'est surtout bien poser l'indication et heu, enfin moi j'ai l'impression que j'en prescris pas beaucoup. Heu... parce qu'en tous cas je refuse souvent. *[Rires]*. Parce que voilà si c'est viral, c'est viral quoi. Heu... après j'ai pas d'autre... Ah oui ! Juste sur l'antibiorésistance, peut être ça rentre dans ça, heu, sur tout ce qui est infection heu... de la peau, des tissus mous, pareil, heu je pose l'indication quand c'est nécessaire ou pas, et j'ai plus tendance à utiliser un antibio oral. J'utilise jamais, enfin, pratiquement jamais je pense que j'en ai pratiquement jamais prescrit, antibio locaux, genre Fucidine des trucs comme ça, parce que j'avais retenu que c'était heu pas très efficace et que du coup ça pouvait favoriser heu, les mutations bactériennes. Après je suis pas sûre... *[Rires]*.

**CL : Ça marche ! Nan mais c'est très bien ! Heu, du coup, heu, au niveau, donc si je résume un peu ce que vous avez dit c'est que pour éviter l'antibiorésistance y'a des précautions à prendre et ça passe par une prescription d'antibiotiques...**

M5 : Ouais.

**CL : Donc adaptée aux examens**

**bactériologiques, adaptée au diagnostic.**  
**Heu, vous parliez aussi de la demande des patients, une patientèle un peu habituée à recevoir des antibiotiques. Comment vous gérez ça au quotidien ?**

M5 : Heu, bah en gros, classique là en ce moment en plus avec les épidémies, c'est le gars ou la patiente qui arrive et qui dit heu « ah docteur, heu, je suis enrhumé, de toute façon je me connais ça va tomber sur mes bronches, je me connais si j'ai pas d'antibiotique ça passera pas ». Donc des fois, y'en a qui arrivent comme ça donc tu dis « oui, bon bah on va vous examiner » donc je l'examine. Heu, j'évalue et heu... voilà souvent y'a pas de signe de gravité, y'a pas de signe d'infection bactérienne, donc du coup je conclus que c'est viral, parce que c'est le plus fréquent et je leur explique que pour moi y'a pas besoin d'antibiotique parce que c'est viral et que l'antibiotique n'aura pas d'action sur leur pathologie, et heu... et voilà, c'est des patients qui sont habitués... enfin, je leur en veux pas parce que je pense qu'ils ont cette demande d'antibio parce qu'ils sont habitués à ce qu'on leur donne et du coup ça aille mieux parce que de toute façon en une semaine ça aurait été mieux... avec antibio ou pas, et donc ils ont vraiment dans l'esprit que c'est vraiment le médicament qui va les guérir. Et j'en ai eu plusieurs, ça m'arrive toutes les semaines, qui me disent « ah bah, vous verrez dans deux jours je reviendrai parce que j'aurai une bronchite ». Ils adorent dire « bronchite

». *[Rires]*. Heu, mais heu, voilà le classique c'est « Docteur, j'ai une bronchite ça tombe sur les bronches » quoi. Et donc, moi j'essaie de leur expliquer que c'est pas efficace. Je pense que j'y arrive pratiquement toujours, alors parfois, je... quand vraiment c'est insistant et que le patient me dit « oh là là ça va pas aller, je me connais, heu, vous allez voir, ça va être grave » heu, je leur propose de faire une prise de sang dans 48 heures si ça va toujours pas, en me disant bon, vraiment s'il continue à faire de la fièvre, peut être que si sur la prise de sang y'a une augmentation des leucos, effectivement peut être que je peux voir si vraiment c'est plutôt en faveur bactérien ou pas. Bon, en fait je me dis, syndrome pseudo-grippal t'as une CRP qui augmente hein donc... mais bon, voilà ! J'essaie de négocier en faisant la prise de sang dans 48 heures et du coup ça me permet aussi de leur donner un peu de délai, pour réévaluer, et heu, et voilà et des fois ils se rendent compte que trois jours plus tard ça va mieux et qu'ils ont pas eu besoin d'antibios quoi.

**CL : Ça marche. Et donc tout à l'heure, vous disiez aussi, donc justement dans le fait de leur expliquer que c'était pas dans leur intérêt et ni dans l'intérêt collectif finalement avec les résistances, heu, est-ce vous arrivez à... enfin comment il passe le message là-dessus ? est-ce que les patients l'entendent ?**

M5 : Ça dépend parce que comme je vous



dis, y'en a ils ont des idées préconçues vraiment, mais parce qu'ils ont été habitués encore une fois de dire que c'est vraiment le médicament qui va les guérir. Heu, après, heu bon, la plupart des patients ils ont quand même cette... heu, ils ont déjà entendu parler quand même que « les antibiotiques, c'est pas automatique », cette fameuse phrase qui sonne bien. Et du coup, heu, voilà, quand je leur dis vraiment c'est un virus, c'est viral, les antibios ça marche que sur les bactéries, y'a pas d'antiviraux spécifiques pour heu voilà, les virus des épidémies ORL machin. Et donc du coup heu, bah ils comprennent un peu pourquoi, enfin, je pense qu'ils comprennent un peu, j'essaie de leur expliquer, qu'ils comprennent un peu pourquoi je choisis ce traitement-là plutôt qu'un autre et heu sur l'antibiorésistance... Alors je pense qu'ils en ont entendu parler sur le collectif, par contre souvent ils s'en foutent hein heu, clairement c'est pas ça l'argument qui les fait changer d'avis, mais moi je leur dis quand même parce que c'est dans ma démarche médicale et c'est ce que je leur dis quand ils me disent « ah mais moi mon docteur il fait pas comme ça, c'est parce que vous ne connaissez pas » heu, bah des fois je leur dis simplement sans m'énerver, donc je leur explique pourquoi je le fais ou je le fais pas et après je leur dis « bah écoutez, moi je fais selon mes connaissances médicales et ce que je pense être le meilleur pour vous, après libre à vous de voir un autre médecin

si vous voulez mais... ». Voilà, j'essaie de, un peu de couper court à la demande, parce qu'en fait ils insistent, ils insistent, et quand je dis ça souvent bah en fait ils voient que c'est mort et ils s'énervent pas quoi. Ou bien ils sont un peu passifs-agressifs en disant « oui, bah vous allez voir ! je vais être malade » et puis ils me disent « il revient quand Dr Machin » et du coup je sais qu'ils vont prendre rendez-vous mais bon. *[Rires]*.

**CL : Pour avoir leur prescription [Rires]... Et heu, du coup ouais, est-ce que vous auriez une idée, de, un peu cette habitude de certains patients à recevoir des antibiotiques à quoi ça serait dû ? d'où ça vient un peu ?**

M5 : Bah en fait heu, là donc je travaille avec un médecin, on est à mi-temps, qui est un peu plus âgé, donc c'est je pense une génération, même si c'est pas entre guillemets « le pire » et qu'il se remet un peu en question je pense, mais un peu une génération où oui, le traitement de l'infection c'était l'antibiotique. Et du coup et bah... voilà, je le vois parce que, par plusieurs remplacements que j'ai faits, quand tu remplaces un médecin qui est plus jeune installé et qui a l'habitude de pas prescrire et pas de voilà... et bah en fait t'as beaucoup moins de demandes, parce qu'ils demandent pas les patients, ils ont l'habitude. Et donc, je pense que c'est surtout ça, quand je vous dis, c'est parce que pour eux dans leur idée de l'infection, c'est la réponse c'est antibiotique parce que

y'a des générations antérieures de médecins qui avaient un peu cette pratique-là. Heu, ouais je pense que c'est pour ça qu'ils demandent, majoritairement.

**CL : Ouais, donc vous diriez qu'il y a les générations un peu plus anciennes de médecins qui étaient plus dans la démarche de prescrire des antibiotiques de façon un peu plus systématique que des médecins plus jeunes. Donc selon vous qu'est ce qui a fait évoluer ces pratiques ? Qu'est-ce qui a fait que les jeunes médecins prescrivent moins ?**

M5 : Bah je pense que par notre formation, on est quand même plus informés sur l'antibiorésistance et la bonne utilisation des antibiotiques. C'est quelque chose quand même que... qu'on a vu. Alors, déjà par notre formation, bah en fait heu, on nous explique tout simplement quand c'est indiqué ou pas. Heu, poser l'indication. Et après, heu, moi personnellement je me souviens que j'avais fait un stage en hospitalier, aux urgences, donc c'était pas en médecine interne ni en méd. po mais on avait eu une intervention de... d'un médecin de méd. po qui nous avait fait un topo sur l'antibiorésistance et heu, et du coup, en tous cas ça m'avait quand même marquée et j'essaie de... alors, même si c'est pas heu dans la médecine générale, c'est quand même pas le point sur lequel je travaille le plus hein, mais bon j'essaie d'y penser dans les cas comme je vous dis d'infections urinaires avec les fluoroquinolones

notamment, et heu... et de poser bien les indications. Après, bah des fois ça m'arrive hein, quand y'a des patients qui sont pas top au niveau de l'état général heu... Je me souviens d'une personne âgée, je sais plus quel âge hein mais vraiment vieux, genre 80 ans, qui a fait un COVID, je lui ai fait quand même une prise de sang parce qu'il allait pas très bien, et en fait, heu, il avait un CRP à 180 donc j'ai antibiosé même si cliniquement j'avais pas de, de signe de pneumopathie en plus, heu bah en fait j'ai pas trop pris de risque. Je sais pas si c'était bien mais je l'ai fait. *[Rires]*.

**CL : Oui donc, en tous cas, en fonction de l'examen clinique, du terrain et de certains éléments ça vous arrive d'en prescrire mais vous avez quand même toujours dans l'idée de réfléchir à si c'est adapté, si y'a quelque chose à faire de plus ou pas.**

M5 : Oui, oui.

**CL : Ça marche, et donc du coup, est-ce que vous pensez que les formations que vous avez pu recevoir en stage ou à la fac, ça a eu un impact sur votre pratique ?**

M5 : Bah je pense parce que... je pense en tous cas que c'était pas le cas y'a quarante ans parce que sinon les anciens médecins entre guillemets n'auraient pas eu la pratique qu'ils ont eue. Voilà, on pratique aussi comme on est formés et informés, donc plus y'a d'information et de formation sur le sujet, bah plus on fera attention et on

sera plus vigilants sur ça. Et du coup, oui je pense que ma formation oui... bien sûr elle peut être complétée, je sais pas tout, mais je pense que au moins j'ai été informée, alertée à faire attention à ça, et c'est pour ça que j'ai cette pratique aujourd'hui. Après voilà, j'ai pas fait de recherches personnelles en plus mais en tous cas voilà... ça m'a quand même heu...

**CL : C'est dans un coin de votre tête...**

M5 : Voilà c'est ça ! J'essaie de faire un peu attention quoi.

**CL : D'accord. Et heu, du coup, au niveau de la formation heu, actuellement comment vous voyez les choses à ce sujet-là ? est-ce que pour vous il y aurait des choses à améliorer ou des choses complémentaires à faire ? Par quels moyens on pourrait sensibiliser les médecins ?**

M5 : Heu... Bah c'est un peu difficile parce que, là le... Le topo qu'on m'avait fait quand j'étais interne aux urgences, bah c'était le bon moment je trouvais, parce que pendant l'internat c'est là où tu commences à prescrire toi, et en même temps c'est vrai que, comme tu pratiques encore en milieu hospitalier, selon tes stages, c'est quand même un sujet qui est plus, qui est heu... qui est plus au cœur, enfin qui est plus important en fait, que quand tu, tu deviens médecin généraliste en libéral heu... bah oui tu peux faire une formation dessus mais ça te parle moins je pense, parce que c'est moins une préoccupation de tous les jours

quoi... Heu... après bon bah à travers les FMC heu, on peut faire voilà, sur l'antibiorésistance heu... Après le, c'est pas vraiment une formation mais à travers la ROSP, heu... y'a une ROSP... alors moi je l'ai pas donc je regarde pas mais je sais qu'il y a un truc en gros si t'es très prescripteur d'antibios, et je crois qu'il y a un truc avec l'Augmentin il me semble, parce qu'ils considèrent que c'est une antibiorésistance, les fluoroquinolones je sais pas trop, enfin les autres antibiotiques je sais pas trop, heu... Mais ça permet un peu de te rendre compte heu, en tant que médecin généraliste, est-ce que tu prescris beaucoup, pas beaucoup, heu... Moi j'ai pas le cas non plus mais je sais que des fois y'a des représentants, enfin je sais pas qui c'est, mais y'a des représentants de la sécu qui viennent discuter des résultats du médecin généraliste en fonction de ses prescriptions, de voir avec lui, et je pense que là ils informent un peu, peut être sur l'antibiorésistance, s'ils parlent de ce sujet-là. Heu... mais en gros, heu, en gros c'est ça je pense.

**CL : Oui, donc la ROSP ça peut avoir un impact aussi, le fait de se rendre compte...**

M5 : Ouais je pense, je pense. Enfin, de par les médecins que je côtoie, heu je pense que ça permet de se rendre compte. Alors, je sais pas si c'est 100% bien fait parce qu'en fait y'a des médecins qui prescrivent pas beaucoup qui ont des taux... Enfin, ils

me disent « mon taux je sais pas pourquoi il est aussi élevé » mais bon. *[Rires]*. Bon, après peut-être qu'on prescrit sans s'en rendre compte, je sais pas, mais au moins ça permet de le mettre en avant et heu, de se rendre compte des choses, donc ouais ça peut être une technique qui amène après peut-être après à des informations complémentaires. C'est peut-être pas suffisant mais au moins on se rend compte quoi.

**CL : Vous, ce que vous me disiez, c'est que l'accent il est vraiment à mettre pendant les études, au cours de la formation d'interne, quand on commence la prescription et que c'est là qu'on est le plus réceptif finalement.**

M5 : Moi je trouve que c'est le bon moment, ouais, c'est le bon moment, et ça permet aussi de prendre des bonnes... des bons réflexes aussi de prescription. Moi j'ai l'impression que c'est le bon moment, ouais.

**CL : D'accord, ça marche...**

M5 : Alors, juste, si on peut rajouter, par exemple, parce que c'est vrai que comme c'est un problème qui est plus important en hospitalier, si par exemple je recevais un courrier d'un patient qui a été hospitalisé pour une infection, et que à la fin du courrier heu, il mettait heu « attention, je vous rappelle que cet antibiotique-là ne sera pas à réutiliser » ... Je crois que j'avais, enfin encore pour les fluoroquinolones, mais il me semble que j'avais déjà vu une fois écrit, mais c'est vrai que ça, si c'est bien tourné,

pour pas donner des ordres, faut le faire de façon diplomatique, mais du coup tu peux te dire « ah ouais c'est vrai, j'y aurais pas pensé mais je vais quand même faire gaffe, heu, voilà, à ce point-là » ...

**CL : Donc qu'il y ait une communication de l'hôpital à la ville à ce sujet-là pour les sorties d'hospitalisation pour sensibiliser ?**

M5 : Ouais, peut-être. Surtout s'ils ont des bactéries multi-résistantes, heu, parce que, bah voilà, j'ai sûrement des patients qui ont des BMR mais franchement j'en sais rien. Enfin, je les connais pas les patients qui ont des BMR, je sais pas ce que c'est leur BMR, parce que j'ai jamais fait attention. Mais si on l'avait, heu voilà, écrit noir sur blanc, enfin pas juste la case en bas là « BMR, pas BMR » heu, qui du coup nous avance à rien, mais juste voilà « nous vous rappelons que ce patient est porteur de ça, ça, ça et ça implique ça, ça, ça » quoi. Je pense que ça pourrait peut-être nous permettre de, d'y faire plus attention.

**CL : Oui, donc là pour vous, le statut de BMR, il est présent sur le courrier d'hospitalisation mais si c'est juste une case cochée oui ou non...**

M5 : Bah j'en fais rien.

**CL : Alors que s'il y avait des choses un peu plus détaillées, peut-être une sorte de conduite à tenir...**

M5 : Ouais, ouais ouais.

**CL : Sans non plus que ce soit trop...**

M5 : Bah au moins, je l'aurais en tête, peut

être que je ferais une petite note dans le dossier, heu... et que du coup au moins, voilà, je serai au courant et peut être que ça pourrait être noté quelque part, même pour l'adresser à d'autres médecins ou pour faire des interventions ou quoi. Parce que là c'est vrai que j'en ai sûrement mais je sais, franchement je sais pas vous citer un patient...

**CL : Et du coup, c'est un peu général comme question et c'est un peu ce qu'on vient de dire mais, vous, votre expérience personnelle par rapport aux BMR, est-ce que vous pouvez en parler un peu ?**

M5 : Bah en gros heu, moi c'était quand j'étais en hospitalier, donc en stage heu, externe, interne, en gros bah voilà c'est des bactéries multi-résistantes, du coup on n'a pas beaucoup de traitements heu qui sont efficaces contre. Enfin, j'ai jamais eu le cas où vraiment c'était heu des infections graves à BMR. Donc c'était pas plutôt ça, c'était pas la problématique. La problématique c'était plutôt heu la prévention pour pas que ça se propage dans le service, donc souvent tu dépistes tout le monde. Donc c'est plutôt sur les dépistages et heu l'isolement en fait heu, quand il y avait un patient porteur, parce que bon ça se propage très vite. J'ai jamais eu le cas d'une infection grave à BMR où tu sais pas comment le traiter, ça je, j'ai jamais eu. Donc bon c'est ça en fait.

**CL : C'était plus les précautions**

**d'hygiène à l'hôpital, et donc vous y avez été confrontée en milieu hospitalier et pas en milieu libéral, en cabinet de ville finalement...**

M5 : Non.

**CL : Et tout à l'heure vous disiez que s'il y avait des choses au niveau du courrier de sortie, vous mettriez des notes dans le dossier, après qu'est-ce ça impliquerait au niveau de votre pratique si vous aviez cette notion là pour un patient ?**

M5 : Heu, bah, après ça dépend... Bah, ça dépend ce qu'ils mettent. Si c'est juste « ce patient est porteur » machin, heu au moins je le mettrais dans les antécédents pour que ce soit remarqué dans tous mes courriers, heu, et que voilà, si jamais il est hospitalisé dans un autre endroit, ils sont pas forcément au courant, ils ont pas forcément les courriers antérieurs heu... d'un autre hôpital, bah au moins ils sont au courant, ils peuvent pratiquer l'isolement, tout ça. Après au jour le jour, je le traiterais pas, enfin, comment on dit, je le traiterais pas différemment, heu... sauf si heu... enfin, parce que j'ai pas d'antibiogramme, enfin j'en sais rien sur quoi c'est résistant sa BMR... sauf si on avait plus d'informations parce qu'on sait pas. Mais en libéral en tous cas, je le traiterais pareil, mais au moins le notifier heu, qu'il est porteur quoi.

**CL : Que ce soit communiqué dans son dossier et que ce soit... qu'il y ait pas de perte d'information finalement par**

**rapport à ça et que du coup les personnes... surtout au niveau hospitalier, pour l'isolement les choses comme ça, que ça intéresse...**

M5 : Oui c'est ça ils seront au courant.

**CL : Ok, ça marche. Donc pour vous finalement c'est beaucoup de communication à améliorer par rapport à ce sujet-là pour sensibiliser les uns et les autres et améliorer...**

M5 : Sur les BMR ?

**CL : Oui.**

M5 : Ouais, ouais.

**CL : Et... est-ce que... je sais pas si dans votre pratique vous allez régulièrement en EHPAD ou en établissements médico-sociaux mais est-ce que vous avez déjà rencontré des problématiques BMR dans ce genre d'établissements ?**

M5 : Alors, j'y vais pas souvent, j'y vais plus. En EHPAD... j'ai dû... mais pareil que la situation que j'avais eu en hospitalier en fait, bah y'avait eu un porteur et du coup on dépistait tout le monde heu... il me semble une fois en EHPAD, mais bon, moi à mon échelle, j'étais pas médecin référent de l'EHPAD, j'étais juste heu... en visite quoi pour un patient, donc ça avait rien changé pour mon patient, donc à mon échelle ça avait pas eu de conséquence mais je crois que j'avais eu le cas.

**CL : Ça marche, je réfléchis un peu à tout ce qu'on a dit... Je pense qu'on a déjà pas mal fait le tour...**

M5 : Après pour, si jamais, enfin c'est pas

forcément BMR mais si j'ai un antibiogramme d'un truc qui est résistant à plusieurs molécules, bon bah déjà, heu j'essaie de voir si y'en a une qui est sensible et qui peut correspondre au patient, à son âge, sa fonction rénale et tout ça. Et ça m'est déjà arrivé alors heu... une fois j'ai appelé le biologiste du labo, pour lui demander conseil et heu... et sinon je pense que si vraiment j'avais un truc résistant heu, que je sais pas traiter, je pense que bah, soit voilà, le biologiste lui, bah pour le coup il m'avait aidé mais sinon... j'essaierais d'appeler en hospitalier quelqu'un qui s'y connaît plus en maladies infectieuses et qui du coup pourrait me conseiller parce que... voilà, après le problème c'est que en ville, tous les antibiotiques de prescriptions en IV et de prescription hospitalière bah de toute façon on peut pas, on n'y a pas accès donc heu... enfin quelques-uns en IV mais c'est quand même assez compliqué à mettre en place donc je pense que si j'avais le cas d'un truc résistant à pleins de trucs j'appellerais quelqu'un en hospitalier.

**CL : D'accord, donc pour vous c'est intéressant d'avoir un référent, quelque part, joignable, un avis infectieux joignable dans le cadre de prises en charge un peu plus complexes.**

M5 : Oui, ouais.

**CL : Et donc pour vous la prise en charge des BMR ça relève plutôt de la spécialité, finalement, que de la médecine générale ?**

M5 : Ouais. Moi je me sens pas apte à prendre en charge, enfin je vous dis, juste heu passer l'information et être sûre qu'il y a pas de rupture dans l'information mais sinon oui, pour la prise en charge je pense que c'est vers le spécialiste. J'ai pas les compétences.

**CL : Ça marche ! Je réfléchis... Ah oui, peut-être juste revenir sur un point. On a parlé de la campagne « Les antibiotiques c'est pas automatique ». Heu, donc heu, qui du coup, pour vous, vous disiez que ça avait eu un impact sur les patients, donc qu'est-ce que vous pensez de ce genre de campagne, de l'impact que ça a eu et de ce qu'on pourrait refaire à ce niveau-là ?**

M5 : Et bah je pense que les patients ils ont vraiment retenu ce truc, et que du coup, même si encore une fois ça le heu... je sais pas si ça... comment dire... si personnellement ils se sentent impliqués, enfin je pense pas dans la plupart des cas, mais au moins ils l'ont déjà entendu et ils savent que, voilà, l'antibiotique c'est pas le médicament qui va résoudre toutes les infections, enfin c'est pas nécessaire quoi. Et donc je pense qu'ils l'ont quand même entendu et c'est plus facile de leur expliquer du coup, heu donc je pense que ça a eu un impact sur la population générale quand même. Heu... et après, de ce qu'on pourrait faire... bah... en plus heu dans le même style en prévention publique, en santé publique, bah je pense c'est faire d'autres

spots heu... alors nous par exemple on a une télé en salle d'attente où on passe des spots, enfin des trucs heu de prévention et tout ça, je pense qu'on n'en a pas sur l'antibiorésistance, je suis pas sûre, mais heu, qui expliquent un peu plus, un peu plus loin que « les antibiotiques c'est pas automatique » et qui du coup expliquent moi ce que j'explique, quand c'est viral heu c'est pas efficace et que, voilà, de façon collective ça sélectionne et que des fois y'a des infections qu'on n'arrive pas à traiter parce qu'on n'a plus d'antibiotique efficace. Heu... parce que voilà, les bactéries s'adaptent, tout ça. Et ça, voilà, l'expliquer simplement je pense que c'est possible à faire et du coup peut être voilà, ce genre de choses.

**CL : Maintenant finalement que le problème a été « dégrossi » entre guillemets...**

M5 : Ouais.

**CL : Par la grosse campagne, peut être creuser un peu plus loin pour convaincre un peu plus...**

M5 : Ouais, c'est ça, plus d'explications et qu'ils se sentent un peu plus, peut-être impliqués et qu'ils voient l'intérêt personnel et collectif. Parce que là, bah ils savent que ça existe mais après ils cherchent pas plus loin... enfin je pense que la plupart des patients ont pas fait de recherche sur pourquoi on dit ça. *[Rires]*. Donc ils cherchent pas plus loin que ça mais au moins ils l'ont entendu.

**CL : Pour les sensibiliser...**

M5 : Ouais, c'est ça.

**CL : Ça marche. Bah écoutez je pense qu'on a fait pas mal le tour. Je sais pas si vous aviez des choses à rajouter...**

M5 : Heu, non je pense pas, je pense que j'ai tout dit.

**CL : Ok, bon, merci beaucoup !**

M5 : De rien !

[Fin de l'entretien]

*Ressenti après l'entretien : Je suis plutôt contente du déroulé de cet entretien. L'interviewée était bavarde et cherchait toujours à ajouter de nouvelles idées par rapport à ce qu'elle venait de dire ce qui m'a facilité la tâche. Le fait de reformuler ses propos m'a aidée à poser moins de questions fermées.*

*Ressenti après retranscription : Je me rends compte que les médecins parlent beaucoup de prescriptions d'antibiotiques depuis le début de mes entretiens. Pour les suivants, il faudra que je tente d'axer davantage la conversation sur les BMR et l'antibiorésistante proprement dites. Je pense que je pourrais laisser plus de silences entre mes interventions pour laisser le temps à l'interviewé de réfléchir à ses idées.*



**Entretien n°6 :**

**CL : Bonjour, je suis Clémence Leturcq, je suis médecin remplaçant, issue de la... Ancienne interne à la faculté de médecine de Lille, et on se rencontre aujourd'hui dans le cadre de ma thèse, qui s'intéresse aux représentations et ressentis des médecins généralistes concernant l'antibiorésistance et les bactéries multi-résistantes. Donc heu... la participation à l'étude ça consiste en un entretien oral enregistré, du coup, au dictaphone, au cours duquel on échange sur le sujet. Heu... toutes les démarches ont été faites auprès de la Commission Nationale Informatique et Libertés et du Comité de Protection des Personnes pour garantir l'anonymat des données, donc le nom des interrogés figure nulle part et je supprime tout dès que j'en n'ai plus besoin. Donc est-ce que vous pouvez me renouveler à l'oral votre accord pour participer à l'étude ?**

M6 : Il y a aucun problème.

**CL : Merci beaucoup ! Donc du coup, on peut commencer : est-ce que vous pouvez me dire ce que vous évoque la notion d'antibiorésistance ?**

M6 : Bah l'antibiorésistance, heu, donc c'est la capacité pour moi, donc des bactéries à résister, comme son nom l'indique, aux antibiotiques, qu'on a parfois trop souvent mis en place pour des raisons qui n'étaient pas adaptées. Heu... c'est un vrai sujet de... un souci de santé publique à l'heure

actuelle.

**CL : Ok ! En quoi pour vous du coup c'est un problème santé de publique ? Qu'est-ce que ça a comme conséquences ?**

M6 : Comme conséquences, c'est que les antibiotiques sont de moins en moins efficaces, on s'en aperçoit avec l'émergence de pas mal de souches résistantes, enfin de... de germes résistants. Et heu, bah ça devient compliqué de trouver des alternatives au traitement ambulatoire, notamment en ville. Heu... d'où son importance, et de faire attention aux prescriptions qui sont mises en place en tant que médecin généraliste.

**CL : Ok, ça marche. Donc au niveau des résistances qui émergent, au niveau des traitements en ville, est-ce que vous avez déjà été confronté à des problèmes ?**

M6 : Pas souvent. Heu, c'est déjà arrivé, avec des patients qui sont très souvent antibiotisés parce que bah... ils ont le profil... les critères pour bénéficier de l'antibiothérapie. Et des fois, effectivement, quand des prélèvements sont faits en ville, bah on se retrouve heu... parfois des... face à des impasses, en terme ambulatoire, je l'entends. C'est-à-dire que parfois il y a certains traitements qui ne peuvent être délivrés qu'à l'hôpital, et on se met en contact avec les hospitaliers pour... bah pour traiter le patient.

**CL : Ok, donc par rapport à des antibiotiques qui peuvent pas être délivrés en ville...**

M6 : Exactement, notamment... bah des petits exemples, on a souvent eu affaire à la mise en place de Zyvoxid pour certains patients. Tout ce qui est Tazocilline ça devient... bah c'est pas forcément les premiers antibiotiques auxquels on pense en ville vue le... la délivrance donc en général on se concerta avec les infectiologues, enfin pour ma part.

**CL : Et donc heu, quel lien, comment ça se passe avec les infectiologues de proximité ?**

M6 : Bah, soit c'est des patients, alors c'est souvent des patients qui sont déjà connus des services de maladies infectieuses. On se met en relation, simplement, avec le médecin qui suit le patient à l'hôpital, pour savoir s'il y a des alternatives aux traitements hospitaliers, donc à une nouvelle hospitalisation. C'est notamment, à l'heure actuelle, il y a beaucoup d'hospitalisations à domicile aussi qui rentrent en jeu avec des prestataires qui peuvent faire les injections aussi en ville. Mais heu... je préfère pour ma part demander leur accord au lieu de prescrire, parfois inutilement, pour certains patients des antibiotiques assez lourds.

**CL : Donc pour vous, le fait d'avoir un infectiologue un peu, de proximité, référent, c'est une aide à la prise en charge.**

M6 : C'est oui, c'est vraiment un atout ici sur le secteur.

**CL : Ça marche, et donc ici sur le secteur**

**c'est facilement accessible.**

M6 : Bien sûr.

**CL : Au niveau de l'hospitalisation à domicile du coup, c'est une sorte de relais entre l'hôpital et la ville ?**

M6 : Pour moi c'est la prolongation effectivement de l'hôpital à domicile, donc bah les patients sont en plus de ça un peu moins exposés aussi aux infections nosocomiales, donc heu, on est vraiment dans le vif du sujet. Donc s'ils peuvent repartir à la maison avec des traitements entre guillemets « hospitaliers » c'est vraiment important.

**CL : Ok, donc la prise en charge de l'infectiologue qui se prolonge à la maison avec les antibiotiques adaptés...**

M6 : Sous la surveillance du généraliste, derrière, si besoin.

**CL : Et donc vous n'avez pas de difficultés particulières avec ça ? Ça se passe bien ?**

M6 : Ça se passe bien, oui.

**CL : Ok, ça marche. On disait qu'il n'y avait pas eu souvent d'impasses thérapeutiques heu, en médecine générale en tous cas...**

M6 : Alors, je suis installé depuis 6 ans, pour le moment j'ai pas eu de gros heu, de grosse impasse à ce niveau-là. Il y a toujours eu une alternative qui a pu être mise en place ou alors, par le biais d'un hôpital de jour dans... sous la directive donc de l'infectiologue, il peut être fait pas mal de chose, c'est assez variable.

**CL : Donc du coup, j'ai une question un peu générale mais qui rejoint un peu ce qu'on a dit, est-ce que vous pouvez me parler de votre expérience avec les bactéries multi-résistantes en médecine générale ?**

M6 : Heu... alors, c'est-à-dire l'expérience, par rapport à des... ?

**CL : Bah en général, comment vous les rencontrez, qu'est-ce que vous en faites, comment ça se passe...**

M6 : Bah souvent c'est sûr, donc bah les prélèvements c'est par exemple des infections urinaires, le plus fréquemment, heu, retrouvé, on retrouve surtout ces germes sur les ECBU. Heu... puis après on essaie de réfléchir à la pertinence de l'antibiothérapie pour éviter si on peut, de traiter une bactériurie asymptomatique ou heu, c'est pour ça que l'appel à l'infectiologue quand y'a un doute ça reste quand même une priorité dans ce cadre-là.

**CL : Et en termes de fréquence en cabinet de ville ?**

M6 : C'est pas fréquent. C'est pas fréquent. Heu, c'est vraiment des profils de patients particuliers, c'est-à-dire des patients avec des comorbidités assez importantes. Heu, souvent, qui ont des antécédents également d'infections à répétition où là on commence à voir vraiment, vraiment l'émergence de souches résistantes.

**CL : Ok. Donc c'est pas quelque chose en pratique quotidienne...**

M6 : C'est pas hyper courant.

**CL : Et donc après, l'antibiorésistance en pratique quotidienne, comment vous gérez ?**

M6 : Alors, bah on essaye heu, de façon globale, enfin à mon niveau, j'essaie de limiter finalement heu l'utilisation abusive aussi des quinolones, je pense notamment aussi lors des infections urinaires, des prostatites, heu qui sont souvent prescrites en ville mais qui vont nous faire développer finalement des germes beaucoup plus résistants dans les années à venir.

**CL : Est-ce qu'il y a d'autres choses que vous faites par rapport à ça ?**

M6 : Heu, donc bah comme je le disais on réfléchit déjà à la pertinence de la mise en place de l'antibiotique, et puis heu... sur les durées aussi on essaie de faire les durées les plus courtes possibles.

**CL : Et, qu'est-ce que vous pensez de la sensibilisation des médecins généralistes par rapport à l'antibiorésistance ?**

M6 : Elle est peut-être pas assez marquée sur le... finalement en terme de santé publique, car effectivement on voit que beaucoup de patients pour des infections, très souvent respiratoires, ou même carrément ORL ont recours aux antibiotiques alors qu'ils ne devraient pas forcément.

**CL : Donc ça c'est quelque chose que vous remarquez dans votre entourage ?**

M6 : Ouais, on le remarque assez régulièrement, même des patients qu'on

revoit après des, des infections, et qui nous font part qu'ils ont bénéficié d'un traitement antibiotique pour une rhinopharyngite, une trachéite, bon, c'est dommage.

**CL : Et donc selon vous qu'est-ce qu'on pourrait faire pour améliorer ça ?**

M6 : Moi je pense qu'il faut renforcer l'information auprès des heu, des médecins traitants, et puis leur montrer l'enjeu aussi sur un moyen terme, et surtout au long terme. Heu, parce qu'on se dit finalement qu'en mettant l'antibiotique on fait pas forcément de mal, mais finalement, mis bout à bout ça va compromettre les prises en charge pour plus tard.

**CL : Et par quel moyen ça serait le plus efficace ?**

M6 : Très bonne question. Très bonne question. Heu, c'est difficile à dire. Après on a les, forcément, la formation continue, ça peut être dans le cadre de ces formations. Heu, ça peut être dans le cadre d'EPU. Nan c'est vrai que j'ai pas la solution à ça mais ça peut être des pistes en tous cas.

**CL : Les EPU c'est ?**

M6 : Alors les EPU c'est les cours, finalement, auxquels on assiste dans le cadre de notre formation continue.

**CL : Ok. Donc ça, ça pourrait être un moyen de remettre un peu l'accent là-dessus.**

M6 : Oui.

**CL : Et donc, au niveau des BMR, on en a parlé un peu mais comment vous voyez la communication entre l'hôpital et la**

**ville et la relation entre l'hôpital et la ville dans le cadre de la prise en charge des patients BMR ou de l'antibiorésistance ?**

M6 : Bah... ça peut être un peu biaisé, parce que moi, étant donné que j'ai fait des... voilà mes études dans les services de maladies infectieuses, on est beaucoup plus sensibilisés forcément. Mais, c'est pas le cas de tous les jeunes médecins qui sortent de leur cursus. Heu, donc, pour ma part j'y suis sensibilisé mais ça devrait l'être un peu plus, peut-être même dans les études, heu les études en tant qu'interne. Je pense qu'il faut sensibiliser un peu plus aussi à ce niveau-là pour vraiment faire une prise de conscience aux jeunes médecins.

**CL : Donc vous, vous diriez que vous avez été sensibilisé par le fait que vous travailliez à l'hôpital et en service de maladies infectieuses ?**

M6 : Tout à fait, exactement oui.

**CL : Mais qu'au niveau de la formation des internes et des jeunes médecins il y a peut-être des carences ?**

M6 : Et, ouais, parce que c'est pas des stages... Alors à mon époque en tous cas c'était pas des stages obligatoires, après y'a des stages de médecine polyvalente mais est-ce que c'est autant appuyé qu'en service maladies infectieuses, j'en suis pas certain. Donc ça peut être aussi une, comment, un appui supplémentaire d'insister, notamment au niveau des cours des internes, de médecine générale en tous cas, d'appuyer le clou finalement sur

l'antibiorésistance et les conseils de bonne pratique.

**CL : Ok. Et heu, je sais pas si vous allez souvent en EHPAD ou en établissements médico-sociaux mais est-ce que vous avez une expérience des BMR dans ce milieu-là ?**

M6 : Ouais, alors c'est vrai que je parlais des patients à risque tout à l'heure et ils en font partie. C'est vrai qu'on a beaucoup plus souvent, finalement, des découvertes de BMR chez des patients en EHPAD, heu... Bon, qui fait que par l'âge ils ont été probablement beaucoup plus exposés aux antibiotiques. Et c'est vrai que dans le cadre, notamment, je repensais, des infections urinaires, il est pas rare de retrouver des germes beaucoup plus résistants aux antibiotiques, qu'on pourrait traiter en ville. Donc on a beaucoup plus recours à l'avis de l'infectiologue.

**CL : Et au niveau de la gestion des patients BMR dans ces établissements-là, qu'est-ce qui est fait ?**

M6 : Alors, heu, pour les mesures qui sont appliquées ?

**CL : Oui et peu importe, aussi en général.**

M6 : Moi je pense que là, par contre, les EHPAD ont quand même bien les recommandations de, d'isolement et puis de, heu, de, de procédure finalement sanitaire. Après c'est un tout, c'est-à-dire que le patient gériatrique est beaucoup plus sensible finalement à l'isolement, parce que ça peut faire décompenser pas mal de

choses, et puis c'est beaucoup moins évident à mettre en place que, qu'à l'hôpital.

**CL : Oui, donc des patients un peu fragiles, âgés, qui peuvent avoir des troubles cognitifs, c'est compliqué de les maintenir en isolement.**

M6 : C'est ça.

**CL : Ok. Du coup, si on parle des précautions d'hygiène, est-ce qu'en ville il y a des précautions qui sont prises ?**

M6 : L'isolement en ville, c'est clairement pas possible. Les mesures heu, bon c'est vrai qu'on n'y pense pas forcément. Je pense pas que ce soit vraiment applicable sur le plan... que ce soit vraiment applicable en ville. Sauf pour certaines infections... Mais en règle générale non, c'est pas applicable, à mon sens.

**CL : Ok, ça marche. Et donc, heu, du coup, on parlait des précautions, s'il y a un patient BMR dans la patientèle, en quoi ça modifie vos pratiques, sa prise en charge ?**

M6 : Un patient qui est porteur d'une BMR au cabinet ?

**CL : Oui.**

M6 : C'est assez rare. En général, c'est des patients que je suis au domicile. Bon, forcément, vu le circuit qu'on fait, on essaie de le faire en dernier lieu, en prenant conscience finalement que le risque c'est de contaminer aussi les autres. Et heu, du coup, mais c'est assez rare quand même, c'est assez rare qu'il y ait des patients porteurs de BMR qui viennent au cabinet.

Mais je pense que si y'en avait, nan, ça serait vraiment, il y aurait vraiment des mesures à prendre.

**CL : Ça marche, de quel ordre du coup ?**

M6 : Bah ça dépend, c'est-à-dire que si c'est un patient qui est porteur d'une BMR, il faut peut-être le voir finalement, pareil, en dernier, pour éviter les contaminations. Tout est adaptable, mais c'est vrai que c'est une question sur laquelle j'avais pas forcément pensé.

**CL : Ok. Donc du coup, en général, que ce soit en visite ou au cabinet, s'il y avait un patient BMR, ce serait essayer de le voir en dernier, de le voir à certains horaires pour limiter finalement le risque de transmission d'un patient à l'autre ?**

M6 : Oui, oui.

**CL : Donc on a parlé de la sensibilisation des médecins. Est-ce qu'au niveau des patients il y aurait aussi des choses à faire à ce niveau-là ?**

M6 : Énormément. Énormément. Parce qu'en tant que jeune médecin généraliste, on a souvent affaire c'est, au patient qui demande à avoir l'antibiotique, en prétextant que ça passe toujours beaucoup plus vite avec l'antibiotique, ce qui est une idée fautive, et heu... parce que le... ils utilisent souvent l'argument du fait que l'ancien médecin mettait l'antibiotique et qu'avec ça, ça passait tout de suite. Je pense qu'il y a énormément à faire là-dessus ouais. C'est même la priorité.

**CL : Donc c'est souvent des patients qui**

**avaient des médecins peut être un peu plus âgés, qui avaient plus finalement l'habitude d'avoir des antibiotiques. Heu... Qu'est-ce qui fait selon vous que les générations antérieures de médecins prescrivait plus d'antibiotiques ?**

M6 : Parce qu'ils n'avaient peut-être pas forcément conscience autant que nous de l'importance de la prescription des antibiotiques, notamment en terme de résistances. Heu, je pense que c'est surtout pour ça.

**CL : Donc ça c'est quelque chose qui est apparu finalement au fil du temps et heu...**

M6 : Ouais.

**CL : Ok, et donc vous comment vous gérez les demandes de patient ?**

M6 : Oh, bah il faut être heu, d'une certaine fermeté, mais c'est vrai que parfois c'est pas évident, avec certains patients c'est pas évident.

**CL : Et donc, par quel moyen on pourrait passer pour sensibiliser les patients ?**

M6 : Bah y'avait déjà eu des campagnes de pub, qui avaient été mises en place. Heu... Je pense qu'il faudrait refaire peut-être un petit point là-dessus, pourquoi pas ouais par le biais des médias.

**CL : Ça marche. Heu... après, je sais pas si, en tous cas plus pour la médecine générale, ce que vous pensez de l'outil de prescription d'antibiotiques Antibioclic ?**

M6 : Antibioclic, je l'utilise quotidiennement.

Je pense justement que les jeunes générations ont plutôt tendance, enfin ont plus tendance que les anciennes générations à l'utiliser. Mais c'est vrai que c'est un outil quotidien. Heu... notamment en cas d'incertitude, et c'est vrai que l'accès y est très simple, on a la réponse tout de suite.

**CL : Ça marche. Dans ce qui peut aussi mettre un peu la puce à l'oreille au médecin en matière de prescription d'antibiotique, c'est que dans la ROSP, certains objectifs sont en rapport avec la prescription d'antibiotique, qu'est-ce que vous en pensez ?**

M6 : Si ça permet de diminuer les prescriptions, pourquoi pas hein. Après... c'est pas forcément ce pourquoi je ferais le plus attention, parce que même en tant qu'hospitalier j'en prescris plus que la moyenne, heu, vu que je m'occupe des plaies ici à l'hôpital, donc quand on regarde les indicateurs oui je prescris plus que la majorité des médecins généralistes. Si ça peut aider les autres confrères à diminuer leurs prescriptions, pourquoi pas.

**CL : Ou à les rendre plus adaptées...**

M6 : Oui.

**CL : Et donc, vous êtes installés en cabinet et vous venez une demi-journée par semaine en hôpital ?**

M6 : C'est ça, une demi-journée par semaine en plaies et cicatrisation, donc on est amené à voir des plaies de patients diabétiques, très souvent surinfectées pour

lesquelles on a recours aux antibiotiques probabilistes. Donc forcément le nombre de prescriptions est plus important.

**CL : Donc ça du coup ça rejoint un peu ce qu'on disait tout à l'heure, le fait d'avoir un peu cette double casquette ça vous sensibilise plus au problème ?**

M6 : On est beaucoup plus sensibilisés. Mais je pense que justement, si j'ai fait le choix aussi de travailler dans ce service, c'est parce que j'avais été sensibilisé avant dans le service de maladies infectieuses.

**CL : D'accord, donc finalement c'est l'accent à mettre au niveau des études.**

M6 : Potentiellement, oui. D'une part pour les futurs médecins donc, avant leur installation, au niveau donc des cours des internes, et d'autre part les patients je pense que c'est une part importante à sensibiliser.

**CL : D'accord, donc les campagnes de pub à renouveler, il y avait eu...**

M6 : « Les antibiotiques c'est pas automatique » c'était le fameux slogan il y a quelques années. Heu... bon, les, je pense qu'il y a un gros travail quand même à faire dessus.

**CL : Bon je pense qu'on a fait un peu le tour... donc finalement le problème des BMR, en cabinet de ville, il est moins... en pratique quotidienne il est moins présent qu'à l'hôpital...**

M6 : Oui, parce que déjà à l'hôpital il y a un recrutement des patients déjà les plus fragiles, plus sensibles, donc forcément, on voit déjà beaucoup plus de patients arriver

avec des BMR. Les heu... les maladies nosocomiales font aussi qu'il y a beaucoup plus de BMR, je pense, à mon sens, à l'hôpital. Mais faut pas oublier qu'il y a des patients porteurs chroniques qu'on peut rencontrer en ville effectivement.

**CL : Ok, je sais pas si vous aviez des choses à rajouter sur le sujet ?**

M6 : Non.

**CL : D'accord. Merci beaucoup !**

[Fin de l'entretien]

Ressenti après l'entretien : C'était un

*entretien difficile avec un interviewé qui ne semblait pas habitué au format de l'entretien ouvert. Ses réponses étaient plutôt courtes et fermées, il m'était donc difficile de rebondir dessus pour dégager de nouvelles idées.*

Ressenti après retranscription : Avec le recul, je me suis rendue compte que l'interviewé avait tout de même développé des idées intéressantes pour mon analyse, notamment autour de la relation ville-hôpital.



**Entretien n°7 :**

**CL : Je suis Clémence Leturcq, je suis ancienne interne de médecine générale à la faculté de médecine de Lille et on se rencontre aujourd'hui dans le cadre de ma thèse, qui s'intéresse aux représentations et ressentis des médecins généralistes concernant l'antibiorésistance et les bactéries multi-résistantes. Heu, donc, la participation à l'étude ça consiste en un entretien oral enregistré au dictaphone, au cours duquel on échange sur le sujet, et donc toutes les démarches ont été effectuées auprès de la Commission Nationale Informatique et Libertés et du Comité de Protection des Personnes pour anonymiser toutes les données. Heu donc je supprime, y'aura... les noms ne figureront nulle part au niveau de la thèse et je supprimerai toutes les données une fois que j'en n'aurai plus besoin. Est-ce que vous pouvez me renouveler votre accord pour participer à l'étude ?**

M7 : Pas de souci !

**CL : Ok. Donc, première question, est-ce que vous pouvez me parler un peu de ce que vous évoque la notion d'antibiorésistance ?**

M7 : *[Silence]*. Heu... la notion d'antibiorésistance, heu... c'est quelque chose qui est ancré dans mon parcours médical, heu depuis, j'ai l'impression heu, le P1 ou en tous cas le P2, jusqu'à aujourd'hui.

Heu... Les... ce nom en tous cas, et ce que ça représente, c'est-à-dire la résistance aux antibiotiques hein, après ça représente juste une définition pour moi, est en tous cas quelque chose qui est ancré dans mon parcours médical. Heu... et qui s'accroît dans l'intéressement que je peux y mettre au fur et à mesure de mon expérience. J'ai cette impression qu'on nous en parle au moment des cours et qu'on ressent l'importance de ceux qui nous en parlent et des plus... des profs ou en tous cas des gens expérimentés qui insistent sur les bactéries résistantes ou sur les notions d'antibiothérapie et les indications qui vont avec, et heu, voilà, au début on l'entend et on accorde de l'importance de par l'importance que donnent les gens qui en parlent. Au fur et à mesure de mon expérience, moi-même, je donne un point croissant à faire attention à chacune des prescriptions et aux recommandations d'antibiotiques que moi-même je peux faire avec, je pense, l'avancée de mon expérience, de l'âge, heu, de, des crises sanitaires heu... bactériennes qui sont de plus en plus présentes à nos esprits. Voilà, c'est... donc l'antibiorésistance c'est omniprésent dans les études médicales, dans ma vie de médecin, et heu... c'est même quelque chose qui est croissant dans mon esprit de par mon expérience.

**CL : Ok, ça marche. Et donc, l'intérêt croissant au fil des études et de l'expérience, que vous y portez, qu'est-**

### **ce qui a fait cela au final ?**

M7 : Je pense, prioritairement, les formations que j'ai fait. Je suis vraiment toujours surprise d'aller en formation de pédiatrie, d'orthopédie, et d'avoir des profs qui nous alertent toujours sur heu... les indications à poser strictement sur les antibiothérapies, sur les mesures heu, actuelles, heu, et les nouvelles recommandations, qui sont tout le temps actualisées sur les antibiotiques, les infections, donc qui sont alertés. Premièrement ça donc les formations, je sors de là en me disant effectivement y'a un péril bactérien que tout le monde nous annonce, et je le vois pas moi au quotidien mais on nous le dit tellement que ça me paraît extrêmement important. Et puis heu... du coup moi-même hein, environnement, pollution, heu... vie quotidienne, mes enfants, enfin voilà, on a un rôle à jouer sur le fait d'être heu... d'être heu.... Au courant, heu des recommandations d'antibiothérapie. Je, je sais pas le faire moi hein je suis pas infectiologue, je sais pas faire des antibiogrammes et des annonces de quel est l'antibiotique le plus enclin actuellement à traiter cette bactérie. D'ailleurs ça fait 12 ans que je travaille, au niveau urinaire heu les recommandations changent tout le temps, c'est fou. Du coup, heu, je suis pas... *[Interruption par un tiers]*. Donc heu croissant par les infectiologues qui alertent, et les formations médicales que je peux faire et croissant de par heu... la

conscience aussi personnelle et l'âge, le... mon entourage, sur les périls bactériens, la vie je veux dire l'environnement, mondialement un rôle à jouer quand même sur chacun a son petit niveau doit quand même être conscient qu'on a un impact médecin extrêmement important de prescription sur, heu, les antibiorésistances et le péril bactérien qu'on nous annonce d'ailleurs de plus en plus important là, et qui est la réalité. Voilà, c'est croissant par mon expérience et par les infectiologues qui bossent sur ça et qui sont alertant, et du coup c'est alertant effectivement.

**CL : Donc, au final, tout ce qu'on vous a dit au cours de vos études et des formations que vous avez pu recevoir ça a un impact sur votre pratique au quotidien.**

M7 : Oui, je pense que la médecine générale est en première ligne, en tous cas en ligne majoritaire avec les chir, les orthopédistes. Après, en tous cas, en ville et avec une large population brassée, on est des prescripteurs extrêmement importants. Je sais pas si d'ailleurs tu peux me confirmer ça par rapport à ta thèse. On est les prescripteurs prioritaires ?

**CL : Oui, la médecine de ville est pourvoyeuse de la majorité des prescriptions d'antibiotiques.**

M7 : Et heu, forcément, autant dans notre métier on a une part sociale, humaine, relationnelle qui fait que notre propre expérience et notre propre affect peut jouer

dans notre prise en charge de l'anxiété par exemple, dans la prise en charge infectieuse heu, je pense qu'il y a tellement de recommandations et actuellement de moyens faciles, simples, et intelligents, et prouvés, de traiter tous avec une reproductibilité, que... ouais, je mets un point d'honneur à être en tous cas dans les recos, et à lire, à m'actualiser, à essayer de faire au mieux... à en tous cas essayer d'être le moins délétère possible. D'ailleurs, prescrire uniquement quand principalement j'ai des preuves heu biologiques, heu, anapath ou heu, de prélèvements, de test, de Strepta, ou de CRP, PCT... Voilà, enfin c'est, outre les recommandations, la clinique heu, l'interrogatoire, l'examen clinique, et les examens complémentaires dans les prescriptions antibiotiques elles sont primordiales. J'aimerais à croire que, on met n'importe quelle situation clinique devant un médecin généraliste, en tous cas, bactérienne hein, infectieuse, bah on a tous la même façon heu, de réagir. J'aimerais penser ça. Alors y'a quelques petites exceptions, on reste heu, humains et, voilà... Mais à 99% on doit tous ressortir avec pratiquement la même prescription, la même durée de traitement et voilà. Actuellement, ça devrait être comme ça, ce qui n'est pas le cas dans d'autres parts de notre métier, pas infectieuses en tous cas mais en infectieux oui. Mais du coup, je pense... pour relier à ta première question, c'est effectivement les infectiologues, les

formations, heu, mes études, heu, les différentes choses, principalement de la pédiatrie parce que je fais beaucoup de pédiatrie, mais du coup je vais aux journées de pédiatrie ou en tous cas j'essaie de faire des formations intéressantes, et quand on a de l'infectio-pédiatrie, on sort de là en disant « Ouah, ils sont alertés, alertant, alertés ». Et oui, ça remet à chaque fois un point d'honneur, c'est important les formations en infectio je pense.

**CL : Donc là, ce que vous dites c'est que vous êtes sensibilisée régulièrement aux questions de prescription d'antibiothérapie et de prévention de l'antibiorésistance.**

M7 : Je le suis pas, parce que j'ai pas l'impression qu'on vienne vers moi, moi je vais vers parce que je... comme je pense que ça peut pas sortir de moi, et si je m'actualise pas, bah je vais pas être au courant. Heu, de l'expérience peut ressortir de moi, je ressens pas le besoin de m'actualiser dans d'autres domaines de ma pratique. En infectieux je trouve ça primordial, moi je vais vers des sites, vers Antibioclic, vers mes internes qui me montrent les sites de *Ville D*, je trouve ça tellement bien que j'y vais, je demande, j'y vais moi-même pour être... ouais, pour rentrer dans ce... je suis hyper sensibilisée à ça.

**CL : D'accord, donc vous, vous estimez que la question est importante donc vous faites en sorte de faire du mieux**

**possible pour prévenir ça.**

M7 : M'actualiser, c'est ça.

**CL : Donc du coup, pour vous, si on prend dans l'autre sens, la sensibilisation des médecins généralistes, qu'est-ce que vous en pensez par rapport à ce problème-là ?**

M7 : Je trouve qu'on n'a pas de, d'information. Alors c'est toujours, l'information en médecine générale, c'est compliqué, parce que quand on en a, on en veut pas et on a lit pas, et quand on n'en a pas, on s'en plaint, alors moi je suis tout à fait d'accord avec ça. Mais j'ai pas d'information autre que mes recherches à moi, ou, je suis maître de stage, donc les internes qui viennent vers moi heu, pour qu'on en discute, qu'on cherche, qu'on regarde et c'est chouette. Heu, j'ai pas d'information qui vient, il faut aller aux formations, faut soi-même prendre le pas de faire une formation, ou d'être intéressé par... mais, des... on reçoit quand même des choses, des conseils de l'ordre, de l'ARS, des URPS, principalement là on voit avec des informations COVID. On est tous mailés avec des choses qui sont intéressantes hein, qui sont superbes sur le COVID. On n'est pas mailés sur ça, j'ai pas vu de mail en disant « doucement, y'a encore une recommandation différente sur la prise en charge des cystites heu, en médecine générale, sur la prise en charge heu, des heu... ». Au niveau urinaire je trouve ça tellement important que voilà.

Après ouais, ou sur les dernières recommandations, « strepta test positif, angine, strepto, voilà, on en est là sur ça, une étude est sortie, voilà vous devez faire ça ». J'adorerais qu'on vienne. Là j'ai eu récemment un mailing du laboratoire, je sais pas, je pourrai te le donner, des laboratoires *laboratoire A* là, sur un rappel, sur les durées et le fait de prendre les antibiotiques au milieu du repas, fin du repas, en fonction de... des quinolones, des machins, l'Amox, enfin, bref. Je l'ai lu et j'ai trouvé ça hyper intéressant de se dire qu'en plus, j'ai eu ça à l'esprit, j'aimerais bien avoir plus de choses comme ça, et je me suis dit qu'en fonction du type de prise, en deux fois, en trois fois, au moment du repas, avec des repas chauds là enfin bref c'était intéressant, bah l'antibiotique a une efficacité supérieure, l'amox doit être mis à deux grammes par jour et pas à trois grammes, heu voilà c'est nouveau pour moi ce genre de choses, et c'était intéressant de le lire. Heu... voilà, du coup, est-ce que les médecins sont sensibilisés, j'oserais dire que... oui. En tous cas, les internes sont sensibilisés, et moi mes associés sont sensibilisés. On parle très souvent, on se voit, on discute sur « tu ferais quoi, une prostatite, machin, la Rocéphine », on regarde enfin... Heu... ouais on est sensibilisés à essayer d'être le plus efficace, le plus recos possible sur un temps qui est validé quoi heu. De pas faire... tu mets pas ton antibio comme ça. Voilà.

**CL : Ça marche ! Et... qu'est-ce que j'allais dire oui, on parlait tout à l'heure, vous parliez de vos enfants, de l'avenir, comment vous voyez les choses par rapport à ce problème-là ?**

M7 : Je le vois pas, je... enfin, au niveau personnel, on ne voit pas d'antibiorésistance, on... Les seules choses que je peux voir quotidiennement comme ça, c'est de pas mettre de vieux antibiotiques en sirop dans ma poubelle, et de dire, j'espère qu'aussi la population générale fait attention à ça, de pas mettre, de pas jeter les antibiotiques, parce qu'on est sensibilisés sur le fait de pas faire ça. Heu, sinon, je trouve qu'on le voit pas. C'est parce que je suis médecin, mais je pense pas que la population générale heu, voie ça, et heu, au niveau... moi au niveau, si c'était ça ta question, par rapport à ma vie, mes enfants...

**CL : Oui, et puis un peu la gestion du problème en France de façon générale...**

M7 : J'ai l'impression que le problème est pas aux yeux de la population. Il est énorme auprès des infectiologues, sensibilisé maintenant beaucoup au niveau des médecins, j'espère, mais pas du tout au niveau de la population. Je pense pas que la population, alors y'a l'histoire des « antibiotiques c'est pas automatique », je pense qu'ils ont plus cru qu'on voulait pas payer, ou donner une histoire d'argent, ou je ne sais quoi parce qu'on n'avait plus le droit d'en mettre, mais c'était pas une histoire de

crise sanitaire, mondiale bactérienne, pas du tout, ils sont pas au courant de ça. La population générale n'est pas au courant de ça.

**CL : Donc, la campagne du coup, « les antibiotiques c'est pas automatique » finalement, c'était peut-être pas suffisant ?**

M7 : Non, c'était... Ça été une aide certainement pour nous, pour effectivement avoir un discours qui était un peu appuyé sur « on est dans une pathologie virale madame, on va pas antibioser parce que ce n'est pas nécessaire ». Donc ça a permis ça, et moi j'ai pas de souci avec ce... La non-prescription d'antibiotique n'est pas un souci dans mon quotidien, et certainement qu'avec cette campagne et un petit peu de temps, c'est actuellement quelque chose qui est moins difficile qu'il y a quelques années, où heu, les demandes étaient importantes sur un nez qui coule avec une antibiothérapie demandée. C'est plus le cas, ça je trouve que c'est un peu has been, et ça a aidé un peu. Sinon, sur mettre aux yeux des gens le fait que surconsommer, sur-demander, s'automédiquer, peut accroître le problème sanitaire et nos problèmes d'antibiorésistance, heu, nos enfin c'est pas les miens, j'en n'ai pas moi de problème d'antibiorésistance, c'est plutôt des gens bien plus compétents ou en tous cas bien plus spécialisés que moi qui le sont. C'est pas mis aux yeux du grand public, pas du tout.

**CL : Et qu'est-ce qui pourrait être fait selon vous pour améliorer ça ?**

M7 : Le fait que chacun mette sa petite pierre à l'édifice outre que nous médecins généralistes ?

**CL : Oui, que les patients soient sensibilisés, et prennent peut-être davantage conscience du problème ?**

M7 : Moi je pense que... Si je devais moi dire à ma petite échelle ma petite idée, je pense qu'il y a tellement actuellement d'impact de la jeunesse, et la jeunesse est pour moi ce qui est l'avenir, sur les réseaux sociaux, qu'effectivement, si on pouvait avoir des idées d'informer intelligemment, avec heu, avec les réseaux et voilà... Enfin je pense que ça irait par-là, sur des petites campagnes de pub ou des trucs d'information douce hein, j'aime pas forcément les informations choc non plus, je trouve ça débile de montrer qu'on va tous mourir, parce qu'on va tous mourir sans antibiotique, enfin bref, mais heu... voilà, je dirais jeunesse et réseaux sociaux, parce qu'il faut vivre avec son temps.

**CL : Ça marche ! Et heu, on parlait tout à l'heure un peu finalement du bon usage des antibiotiques, avec heu, les outils de prescription, l'outil de prescription Antibioclic qu'est-ce que vous en pensez ?**

M7 : Alors, quasi-quotidiennement j'y vais, du coup hyper pratique, hyper heu, donc devant le patient, sans aucun souci, heu, j'y vais parce qu'en plus je me rends compte

que c'est actualisé assez régulièrement, et que du coup je suis surprise de voir de nouvelles choses, et heu, là je l'ai fait hier pour une prostatite, voilà enfin bref, du coup heu, un anti... Alors je sais pas quels sont les niveaux de preuve et de satisfaction d'ailleurs de cet outil, mais moi je l'utilise beaucoup, beaucoup, beaucoup donc s'il pouvait être actualisé encore plus et encore plus... Parce qu'à priori on peut toujours faire mieux hein de toute façon, donc on revient vers moi, avec nous régionalement, un site que j'utilise pas hein, je l'ai pas utilisé parce que j'ai pas accroché, on me l'a montré le site de *Ville D*, parce qu'il est pas si pratique qu'Antibioclic, de toute façon, ça déroule, j'ai mes habitudes...

**CL : Oui, il est peut-être un peu plus détaillé, un peu plus spécialisé...**

M7 : Ouais, il faut le lire plus, il faut se plonger dedans, et comme finalement j'ai pas de... Je pense que j'irai ou j'y suis allée quand s'est posée la question d'une antibiothérapie double traitée, heu, chez un enfant, où j'ai appelé des pédiatres qui me demandaient d'attendre un peu des avis infectieux, où je vais lire ou voilà. Mais sinon, au quotidien, en pratique de ville, heu, voilà, urinaire principalement, voire ORL, parce que c'est les principaux de nos prescriptions, heu Antibioclic est un outil heu, hyper pratique. Si je l'avais plus je serais très embêtée.

**CL : D'accord, ça marche. Et par rapport au bon usage aussi des antibiotiques,**

**dans la Rémunération sur Objectif de Santé Publique, il y certains objectifs par rapport aux prescriptions d'antibiotiques, qu'est-ce que vous en pensez ?**

M7 : Rien du tout. *[Rires]*. Je l'ai pas à mon esprit parce que les critères des ROSP m'intéressent peu, c'est pas quelque chose qui est inintéressant en soi hein, c'est parce que moi je ne m'y intéresse pas, c'est une, un moyen aussi certainement, mais pas le mien, c'est pas parce que y'a des rémunérations sur objectif sur une question que ça va changer... Donc j'en sais rien, je sais pas quoi, ce que je réponds, je réponds la réalité hein, je suppose ?

**CL : Oui, oui.**

M7 : Mais... heu, je la connais pas la question, je sais même pas, c'est quoi la question ?

**CL : Bah, il y a des critères en gros sur les taux de prescriptions, et en fonction des antibiotiques, ils mettent aussi en avant des antibiotiques comme l'Augmentin ou les fluoroquinolones, qui sont pourvoyeurs de résistances, pour voir si les gens en prescrivent beaucoup ou pas.**

M7 : Moi je pense que c'est parce que tu es interpellé si tu n'est pas dans les clous, et moi je suis pas interpellée donc je suis dans les clous. *[Rires]*. Mais heu, je trouve pas ça du tout quelque chose qui va me motiver, si je l'étais pas, c'est un autre débat pour moi, que d'avoir des administratifs de caisse qui

sur des chiffres, viennent nous interpellier. Alors, c'est certainement nécessaire, et ça peut avoir une certaine efficacité, maintenant hein c'est pas ce qui m'intéresse le plus.

**CL : C'est pas la source de la motivation...**

M7 : Pas du tout, du tout, du tout. Ni financière, heu, ni caisse d'ailleurs. C'est pas... C'est vraiment plutôt quelque chose qui moi, heu... est dans l'ordre des infectiologues, voire des infectiologues mondiaux, et des études, dont je suis toujours pas capable de... Mais voilà, c'est pas la caisse et leurs objectifs de santé publique, qui sont peut-être en rapport aussi avec les infectieux hein, mais ce retour-là moi, il ne m'intéresse pas.

**CL : D'accord, ça marche. Heu, bah au niveau de l'antibiorésistance on a dit pas mal de choses. Je pense qu'on a déjà partiellement répondu, mais au niveau de votre expérience avec les bactéries multi-résistantes, qu'est-ce que vous pouvez en dire ?**

M7 : Heu... J'en n'ai pas beaucoup d'expérience. Alors, je fais beaucoup de pédiatrie, mon associé fait beaucoup de gériatrie. Les bactéries multi-résistantes sont quand même bien plus présentes dans les structures heu, dans les EHPAD, dans les structures ou chez les personnes âgées et voilà, j'en n'ai pas beaucoup, donc j'y vais pas beaucoup. Mon expérience elle est hospitalière, ancienne, hein, il y a une

quinzaine d'années. Heu... Où j'ai l'impression que quand il y avait une BMR c'était la fin du monde dans le service. *[Rires]*. Heu, en tous cas c'était pris en charge médicalement de façon intelligente, multidisciplinaire, avec heu, isolement et réflexion importante sur la question. Donc voilà, hop là, la bête, tout le monde sait qu'il y a une BMR dans cette chambre là et que, voilà, attention, attention, attention. Donc expérience de crainte, hein, clairement, hospitalière. Alors, après du haut de mon internat, t'as l'antibiogramme et tu traites hein voilà c'est simple. Heu, elle est toujours la même là, quand arrive devant moi un ECBU avec une BMR, heu, en règle générale, c'est en sortie d'hospitalisation, voilà, et c'est toujours « Oh là là mon dieu, je vais appeler le chef de service, qu'est-ce qu'ils ont mis avant, qu'est-ce que je dois mettre maintenant ». Donc quand même, elle est ancrée de peur, quand même, et de multidisciplinarité. Je ne prends pas de décision sur une BMR seule. Ça, je dis « Oh là, mon dieu » et je vais voir mes associés, et souvent on appelle ou j'appelle le service hospitalier qui, qui avait déjà prescrit avant, et heu, on essaie de tous de dire, bon oui on va faire ça et tu reconrôles après, avec la famille on isole. Enfin, c'est compliqué hein une BMR, et j'en n'ai pas beaucoup. Et j'espère que j'en n'aurai pas beaucoup. *[Rires]*.

**CL : *[Rires]*. Donc c'est pas quelque chose de fréquent au cabinet, de ce vous**

**dites ça relève plutôt d'une prise en charge multidisciplinaire avec une part quand même spécialisée.**

M7 : C'est ça.

**CL : Donc pour vous, le fait d'avoir un avis spécialisé de proximité, c'est une aide finalement.**

M7 : C'est nécessaire, ça me confort dans mes prescriptions, parce que j'ai pas l'impression heu, c'est pas mon métier en fait. Je sais pas forcément heu, voilà, j'ai un antibiogramme, heu, sans BMR, ça, ça reste de mon ressort, heu, j'ai des recos, on a des bouquins, on a tous lu, on s'actualise, c'est pas compliqué pour moi. A partir du moment où il y a une BMR, et où j'ai le choix entre plusieurs antibiotiques, je sais pas lequel choisir, j'ai pas de recos là par contre pour le coup, et j'ai besoin d'un infectiologue parce que c'est pas mon métier, du coup j'ai besoin d'avoir l'avis téléphonique d'un infectiologue qui me dit, qui me conforte, et là voilà je fais ce qu'il me dit et je trouve ça plus adapté pour heu, pour la patiente, et certainement du coup pour le... La crise sanitaire, enfin, c'est quelque chose que je sais pas gérer. Enfin, je VEUX pas gérer les BMR. Je saurais le faire effectivement, je suppose que quand tu le gères tu prends l'antibiogramme et tu prends au pif heu, allez on va faire celui-là, j'sais pas. Mais moi je ferais pas ça, je veux pas faire ça. Je gère pas les BMR en fait.

**CL : Ok, ça marche. Donc on parlait de la sortie d'hospitalisation, les contacts**



**avec les hospitaliers, la communication avec l'hôpital comment ça se passe ?**

M7 : Je trouve ça plutôt facile. Si c'est compliqué, c'est parce qu'on passe un peu de temps entre les infirmières, les standards, à avoir le médecin, heu, après sinon en laissant son téléphone j'ai jamais de médecin qui m'ait pas rappelé quand, lorsque je dois avoir un avis. Donc faut patienter un peu et, enfin ça se comprend. Heu du coup nan, c'est pas compliqué. Et l'échange est pas compliqué, il est très souvent intéressant, de façon anecdotique ça peut être... Alors je sais plus si c'est en infectio, je pense pas hein, mais heu, pas particulièrement, mais s'il est anecdotique, ça doit être une fois ou deux depuis 12 ans dans ma carrière où on tombe sur quelqu'un qui, alors, peut-être, ce qu'on va dire anti-généraliste, il parle comme de la merde, il comprend pas ce que tu dis, il essaie de dire que t'as fait de la merde, donc là moi je coupe court assez rapidement parce que je pense pas que ce soit très intéressant. Sinon moi j'ai pas de souci avec les hospitaliers. Alors dans tout milieu et dans tout métier je pense qu'on a des conflits heu, voilà qui peuvent arriver, mais c'est pas du tout ma pratique moi, c'est chouette d'avoir des hospitaliers, heu, en règle générale ils sont contents de nous avoir aussi, et le discours il est adapté, intelligent, multidisciplinaire heu... Moi on m'appelle pour avoir mon avis sur des gens qui viennent d'arriver, c'est déjà arrivé, c'est

chouette. De l'autre côté, nous quand on appelle les hospitaliers, heu, la réponse elle est adaptée sympathique et confraternelle, j'ai pas de souci. Je me dis pas « ah m\*\*\*e, je dois appeler, ça va être compliqué » tout ça, nan, pas du tout. C'est le temps qu'il faut pour réussir à avoir un médecin qui des fois est compliqué, et le temps est précieux chez nous.

**CL : D'accord donc le problème vient plus des contraintes administratives et logistiques mais la communication en soi elle est...**

M7 : Elle est très, très bonne et pas source de crainte du tout.

**CL : C'est un échange quoi.**

M7 : Et puis de toute façon nan c'est logique. C'est un faux discours ça encore, que d'avoir des infectiologues au téléphone c'est difficile.

**CL : D'accord, ça marche, heu on a parlé rapidement tout à l'heure donc si y'avait un ECBU qui revenait résistant, qu'il y avait des mesures d'isolement pour le patient, comment ça se passe en ville au niveau des précautions d'hygiène ?**

M7 : J'en n'ai jamais eu en ville. C'est en maison de retraite. Et encore une fois, je vais m'appuyer sur, alors c'est intéressant hein, mais en plus, moi j'ai une façon de travailler qui est un peu particulière, heu, je travaille en SCP, donc en société de partage et heu du coup, on partage notre patientèle, on partage notre temps de travail, nos compétences. Heu, les miennes sont, alors

on vient de changer là mais mon associé est titulaire des, il est médecin coordinateur, titulaire du DU de gériatrie, je pense qu'il met en place de façon protocolée les mesures d'isolement en maison de retraite quand il y a un, une BMR donc heu bah c'est pas à moi qu'il faut demander ça, je suis désolée.

**CL : C'est pas grave !**

M7 : Du coup heu, voilà, je pense qu'il m'est déjà arrivé d'appeler la maison de retraite pour une BMR, quand mon associé était pas là, en disant « bah vous mettez en place ce qui est prévu par le Docteur Y, est-ce qu'il y a pas quelque chose de prévu » « oui oui, bien sûr », heu voilà. Donc je sais pas ce qui... c'est protocolé en tous cas en maison de retraite.

**CL : D'accord, mais en tous cas il y a des choses qui se font, et plutôt dans les maisons de retraite et dans les établissements médico-sociaux, qu'au domicile.**

M7 : Et j'ai pas d'expérience de BMR heu... à la maison. J'en n'ai pas.

**CL : Ok, ça marche. Et du coup donc, oui, c'est peut-être un peu redondant du coup si vous n'en avez pas du tout, mais le statut BMR d'un patient, dans quelle mesure il modifie votre prise en charge ?**

M7 : Le statut BMR d'un patient heu, me fait peur, modifie ma prise en charge oui, parce

que j'ai pas de recommandation en tête sur la conduite à tenir, et impose une, un avis vers un infectiologue. Oui, oui, oui, oui, ça modifie ma prise en charge en médecine générale. La BMR, alors, soit moi, j'en n'ai tellement peu vu que voilà, je suppose qu'on est tous pareil, c'est pas quelque chose de banalisé du tout quoi, c'est rare, c'est important, un peu inquiétant, et nécessitant un avis infectieux pour qu'il soit super bien pris en charge.

**CL : Ok, ça marche, on a fait pas mal le tour, je sais pas si vous avez des choses à rajouter ?**

M7 : Heu, non.

**CL : Ok, bah, merci beaucoup !**

[Fin de l'entretien]

*Ressenti après l'entretien : Je suis satisfaite de la tournure de cet entretien. J'ai senti une personne très intéressée par le sujet. L'échange était fluide. De nombreuses idées étaient développées spontanément, sur lesquelles il était facile de rebondir puisque très détaillées.*

*Ressenti après retranscription : Je me suis rendue compte que l'interviewée m'a davantage parlé de ses ressentis sur les BMR et l'antibiorésistance que les précédents, ce qui est intéressant pour mon analyse. Je vais tacher de garder ce cap pour les entretiens futurs.*

**Entretien n°8 :**

**CL : Je suis Clémence Leturcq, j'étais interne et donc là je suis médecin remplaçant issue de la faculté de Lille, et on se rencontre aujourd'hui par rapport à ma thèse qui s'intéresse aux représentations et ressentis des médecins généralistes sur heu, l'antibiorésistance et les bactéries multi-résistantes. Donc, l'entretien, ça consiste en un entretien oral au cours duquel on échange sur le sujet et vous êtes enregistrée au dictaphone. Heu, donc juste, pour information, toutes les démarches ont été effectuées auprès de la Commission Nationale Informatique et Libertés et du Comité de Protection des Personnes pour anonymiser les données, donc y'a aucun nom qui figure nulle part et heu, je supprime toutes les données une fois que j'en n'ai plus besoin. Donc juste, oralement, est-ce que vous pouvez me renouveler votre accord pour participer à l'étude ?**

M8 : Bien sûr, je donne mon accord pour heu, pour participer à l'étude.

**CL : Merci ! Heu, pour commencer, est-ce que vous pouvez me parler de l'antibiorésistance ? Qu'est-ce que ça vous évoque comme notions ?**

M8 : Heu, l'antibiorésistance, heu, c'est heu, le fait d'avoir heu... sélectionné des bactéries, qui ne répondent pas aux antibiotiques. Plus aux antibiotiques.

**CL : D'accord. Et donc, dans votre pratique quotidienne, comment vous le**

**percevez ?**

M8 : Moi, de façon très empirique, quand heu, je traite quelqu'un qui répond pas à un antibiotique, mais de façon plus tangible quand je prends en charge une femme ou un homme pour une infection urinaire. La question est que souvent on a des, des, des ECBU sur lesquels on est à court d'antibiotique. Notamment chez l'homme, quand on a déjà traité plusieurs fois et de façon incomplète, et heu, sans ECBU, on se retrouve parfois avec des germes très résistants.

**CL : Donc, après, quand vous êtes confrontée à ce problème-là, comment vous le gérez ?**

M8 : Bah, on fait avec ce qu'il nous reste. Heu... Moi, dans les cas où j'ai eu ça, j'avais plutôt tendance à contacter un spécialiste, ou un infectiologue donc, ou urologue. Parce que je sais qu'il y a des antibiotiques qui vont pas être actifs, notamment au niveau prostatique. [Tousse]. Donc, quand on a que un ou deux antibiotiques dont on sait que la pénétrance prostatique est quand même mauvaise, qu'est-ce qu'on fait ? Voilà, parce qu'il faut soigner le patient, mais en même temps on est en ville, on a quand même heu, un champ d'action assez modéré. Enfin, on n'a pas tous les antibiotiques, on peut pas... On n'a pas d'antibiotique parentéral ou très peu.

**CL : D'accord, donc pour vous, vous diriez que quand vous êtes confrontée à des germes résistants sur des examens bactériologiques, vous vous référez à un**

**spécialiste pour la prise en charge ?**

M8 : J'adapte. [Tousse]. Je dirais plutôt que j'adapte. Et en deuxième intention, quand je sens que j'arrive vraiment, que c'est limite et que je vais pas avoir un antibiotique suffisamment adapté au contexte, je demande à un spécialiste.

**CL : D'accord. Et quand vous demandez à un spécialiste, au niveau de la relation que vous pouvez avoir avec eux, comment ça se passe ?**

M8 : Bien.

**CL : C'est plutôt facile ?**

M8 : Ouais.

**CL : Avec les services de proximité du coup ?**

M8 : Heu, ça dépend. Ça dépend. Pour certains patients qui ont des pathologies prostatiques et pour lesquelles on est dans... je suis amenée à contacter leur urologue. « Urologue traitant » entre guillemets. Ou alors le... Ça peut être aussi, par exemple, un.. Heu, quelqu'un qui n'a pas de suivi particulier, dans ce cas-là j'appelle les infectiologues par la ligne d'avis téléphoniques du CHRU.

**CL : D'accord, donc le CHU du coup.**

M8 : Oui, le CHU.

**CL : D'accord, donc c'est quelque chose de facile qui ne vous pose pas de difficultés ?**

M8 : Non. Bah on essaie de gérer nous-mêmes. Je pense que c'est quand même le propre de la médecine générale d'essayer de gérer soi-même. Parce que, c'est

d'abord un peu plus compliqué, puis on va pas déranger un infectiologue juste pour heu, un truc très bête, mais en même temps le but c'est de soigner correctement le patient, et d'avoir une économie d'antibiotique si possible.

**CL : D'accord, ok, ça marche. Et donc, au niveau, dans votre pratique quotidienne, les BMR vous les rencontrez à quelle fréquence ?**

M8 : Pas très souvent, quand même.

**CL : D'accord, ça reste des choses plutôt rares finalement ?**

M8 : Bah, ce sera sur des patients qui sortent d'hospitalisation, mais quand on a une notion de BMR, finalement, c'est rarement celle-ci qui est responsable du tableau infectieux... enfin du tableau infectieux en cours. [Tousse]. Un patient qui sortira d'hospitalisation avec un BMR heu, un *Escherichia coli*, heu, sécréteur de bêta-lactamase, des choses comme ça... Bah c'est des gens, on sait qu'ils sont porteurs mais nous, on est, on a rarement affaire à l'infection de ça. C'est plutôt des patients porteurs.

**CL : D'accord.**

M8 : Et au niveau, souvent au niveau urinaire, si on a une pyélo avec un BMR, généralement on arrive à s'en sortir quand même avec l'antibiotique.

**CL : D'accord, donc toujours adapté finalement aux examens...**

M8 : Oui.

**CL : Et donc, quand vous dites, donc,**

**qu'il y a certains patients, donc les BMR on les rencontre plutôt en sortie d'hospitalisation, au niveau de la transmission d'information au niveau de la sortie d'hospitalisation, comment vous la percevez ?**

M8 : Bah, c'est écrit sur le courrier. *[Rires]*. Ou alors, à un moment, on va se poser la question, comment dire, de... *[Tousse]*. Qu'est-ce qu'il a enfin... Quel est le tableau heu, présenté par mon patient. Je vais me rendre compte que sur l'ECBU on retrouve son BMR. On va se dire mais en fait on l'avait déjà il y a 6 mois quand il est sorti d'hospitalisation.

**CL : D'accord, et donc vous quand vous recevez un courrier avec une notion de BMR dans le courrier, qu'est-ce que ça fait sur votre prise en charge ? Sur le patient ?**

M8 : Bah, ça fait rien.

**CL : Ça ne modifie pas votre prise en charge.**

M8 : Bah non, non, on sait juste que s'il s'infecte, ce sera peut-être quelque chose d'un peu plus heu, récalcitrant.

**CL : D'accord, donc ça reste dans un coin de votre tête pour faire attention aux infections suivantes finalement ?**

M8 : Ouais.

**CL : Ok, ça marche. Et donc heu... Donc là, on a parlé du contexte de la sortie d'hospitalisation. Est-ce qu'il y a d'autres contextes dans lesquelles vous rencontrez des bactéries multi-**

**résistantes au cours de votre pratique ?**

M8 : *[Silence]*. Bah, moi je ferai toujours la différence entre ce qui est empirique, c'est-à-dire le patient qui ne guérit pas, mais finalement, quand on a un patient qui guérit pas, par exemple quand on a affaire à une angine qu'on traite, et qu'on traite, et qu'on traite, finalement il s'avère que 80% du temps c'était pas une angine bactérienne. Heu... Dans ces cas-là, les BMR heu, j'ai l'impression de pas y avoir affaire de façon heu, frontale, dans la clinique, mais c'est plutôt sur des examens bactériologiques. Et nous, ce qu'on a comme examens bactériologiques, en ville c'est essentiellement les ECBU. Parce qu'on fait pas d'hémocs en ville, on fait pas de... de PL en ville. *[Rires]*. Non. Non, non, non, donc c'est surtout heu, des patients qui auraient été poly-antibiosés.

**CL : D'accord donc l'exposition répétée aux antibiotiques...**

M8 : Ouais, c'est ça !

**CL : Qui heu, génère des résistances, et principalement, vous dans votre pratique, au cours d'infections urinaires, finalement.**

M8 : Oui, parce que c'est là où on récupère des...

**CL : Là où on a la preuve de l'infection ?**

M8 : Voilà, là où on peut dire, c'est un BMR. Après, on peut dire une infection un peu... récalcitrante mais on sait jamais si c'est une réinfection ou un... enfin dans le cadre du tableau clinique heu, exclusivement

clinique. Est-ce que c'est une réinfection ? Est-ce que c'est le terrain qui est un peu débilite et qui va faire qu'on va être plus gêné ?

**CL : D'accord, ça marche. Heu... Du coup, par rapport à l'antibiorésistance de manière un peu plus générale, heu, comment vous y avez été sensibilisée vous ?**

M8 : Heu... Bah, ça date déjà de la fac, où on nous a expliqué qu'il fallait faire gaffe aux antibiotiques, surtout. Puis heu, se dire un antibiotique... Enfin c'est surtout heu, l'épargne antibiotique qui nous a été inculquée. *[Tousse]*. En nous disant avec des tableaux un peu pessimistes, heu, on en n'a pas... On n'a pas beaucoup d'antibiotiques devant nous, et qu'au bout d'un moment on ne saura plus soigner personne. Heu... c'est surtout ça.

**CL : Et donc vous, personnellement, comment vous le percevez ce problème d'antibiorésistance ?**

M8 : Pas pers... En fait c'est là où justement, entre la différence, la différence entre la clinique et la biologie. Ayant très peu de biologie, finalement, on est vite tenté d'oublier ces problèmes d'antibiorésistance puisqu'on est heu... Oui, on est, finalement on voit moins l'antibiorésistance nous-mêmes. Mais nous on a une autre donnée qui est le patient quoi. C'est facile de pas donner d'antibiotique au patient quand on l'a pas devant soi. Quand on est à l'hôpital et qu'on traite un dossier, quand on le verra

quinze minutes... là on a le patient en face de nous et le patient vient avec une demande. Et c'est là où on décroche facilement des recommandations. Là où on se dit en fait l'antibiotique bruit d'hésitation, on a parfois du mal à être plus dans la recommandation scientifique.

**CL : D'accord, donc vous diriez qu'il y a des patients demandeurs d'antibiotiques et parfois...**

M8 : Parfois difficiles à gérer.

**CL : D'accord. Et donc vous, comment vous gérez quand vous avez ce problème ?**

M8 : Bah moi, quand je suis très convaincue qu'il faut pas d'antibiotique, heu j'en donne pas. Quand je suis plus indécise, là c'est plus difficile à... A défendre on va dire.

**CL : Mais donc heu, donc vous principalement la sensibilisation à l'antibiorésistance c'est principalement le bon usage des antibiotiques et essayer d'être économe et adapter à l'infection, à la bactériologie ?**

M8 : Oui. Et essayer d'expliquer aux gens pour pas qu'il nous réclame tout le temps des antibiotiques. *[Rires]*.

**CL : D'accord, et donc des demandes qui viennent finalement des patients, heu, qu'est-ce que vous pensez du coup de la sensibilisation des patients à l'antibiorésistance ?**

M8 : *[Silence]*. Je pense que pendant un moment, l'histoire des antibiotiques c'est pas automatique, toute la communication

qui a été faite là-dessus, elle a existé, mais maintenant heu... ça fait longtemps hein. Rires. On a des nouvelles générations de parents en face de nous qui ont pas été confrontés à ces spots-là, à cette communication-là, et heu, c'est vrai que les gens ils viennent heu, y'en a plein qui viennent chercher leur antibiotique, y'en a plein qui disent heu « j'ai déjà eu un traitement il me faut un antibiotique maintenant ». Ou heu, « mon fils il a des ganglions il lui faudrait des antibiotiques ». Non. *[Rires]*.

**CL : Donc, finalement, la campagne des antibiotiques c'est pas automatique elle a eu un certain effet, mais qui, du coup, d'après ce que vous dites, semble un peu s'estomper... avec des patients demandeurs du coup.**

M8 : Voilà, c'est ça, moi j'ai... je suis pas non plus vieille hein, donc heu, j'ai pas... Cette campagne là je l'ai vécue j'étais en fac ou même pas encore en fac... à l'échelle de 15-20 ans c'est sûr que... *[Rires]*. C'est plus les, on n'a plus les... Enfin, les générations avancent, c'est normal.

**CL : Et donc est-ce que vous pensez qu'il faudrait renouveler ce genre de campagne ?**

M8 : Oui, après je pense qu'au niveau santé publique on a quand même beaucoup à faire et que c'est quand même un peu compliqué heu, mais oui y'a des gens qui... qui en auraient besoin oui. *[Rires]*.

**CL : Et donc, donc là y'avait une**

**campagne publicitaire qui avait été efficace sur le moment, est-ce que vous pensez qu'il y a d'autres moyens de sensibiliser les patients à ce problème d'antibiorésistance ?**

M8 : L'éducation individuelle hein, simplement, c'est notre travail aussi. Expliquer aux gens que s'ils ont fini leurs antibiotiques, il faut pas qu'ils les gardent parce que... Ils donnent des antibiotiques « ah bah mon fils il a fait 38 alors j'ai donné les antibiotiques Docteur » mais du coup on est un peu gêné et c'est difficile de les arrêter si ça a été commencé. Heu, on a beaucoup de problèmes comme ça. L'automédication et puis leur expliquer que leur enfant est pas « pas malade » si on donne pas un antibiotique. Parfois on est même content de trouver une vraie otite ou une vraie sinusite pour dire « ok c'est bon, on va pas devoir se défendre ».

**CL : Ouais, d'accord, donc c'est la non-prescription d'antibiotique finalement qui est parfois problématique face à la demande des patients.**

M8 : Oui, c'est comme si on leur heu... On reconnaissait leur vraie maladie.

**CL : Avec un « vrai médicament » finalement.**

M8 : Voilà, c'est ça.

**CL : Et donc des patients, ce que vous disiez tout à l'heure, qui se sont déjà automédiqués à la maison, qui ont l'impression que ça marche pas et qui viennent du coup avec leur demande**

**d'antibiotique et que si on leur donne pas ils ont l'impression qu'on leur fait rien finalement, c'est ça que vous disiez ?**

M8 : Oui.

**CL : Ok, ça marche. Et heu... au niveau, du coup, si je reviens un peu sur les bactéries multi-résistantes, donc on en a déjà parlé, c'est peut-être un peu redondant mais comment vous... comment vous ressentez les choses quand vous être confrontée au problème ?**

M8 : De bactéries multi-résistantes ?

**CL : Des BMR oui.**

M8 : Dans le cadre de l'infection ?

**CL : Oui par exemple.**

M8 : Je pousse un soupir. Bon, je remonte mes manches et puis on y va. De toute façon c'est comme tout problème qui se présente quand on le reçoit dans l'ordinateur, y'a un moment où on se dit « ah non, j'ai pas envie d'avoir ça, il est 18h45, 19h, heu... j'aimerais bien rentrer chez moi, mais bon, je vais quand même m'en occuper, parce que demain personne s'en occupera, puisque ce sera encore moi demain ». *[Rires]*.

**CL : D'accord donc quelque chose qui est problématique mais finalement faut le prendre en charge et on trouve une solution.**

M8 : Oui, c'est ça, ça m'a peut-être stressée à un moment mais de toute façon, heu, au bout d'un moment, à être confrontée tout le temps à des problèmes bah... finalement,

c'est pareil pour une antibiorésistance ou pour une biopsie heu... heu... d'une lésion du sein qui n'est pas bonne, ou bah.. voilà faut y aller, faut bien appeler les gens en disant « on a un truc à se dire » heu ou heu... enfin voilà on est là pour ça aussi, on est là pour gérer tous les trucs un peu merdiques et puis heu.... De toute façon c'est un peu le principe de la médecine générale.

**CL : C'est ça, donc si je résume, la BMR c'est un peu stressant mais en même temps avec l'expérience on finit par apprendre à gérer le problème et...**

M8 : A ne plus voir les choses de façon émotionnelle hein heu, on va gérer le problème et puis voilà !

**CL : D'accord. Et, heu... on a parlé de la sensibilisation à l'antibiorésistance au cours des études, de manière un peu plus générale, qu'est-ce que vous pensez justement de la sensibilisation des médecins généralistes aux BMR et à l'antibiorésistance ?**

M8 : Je pense que dans... dans les jeunes, jeunes générations de médecins, ici on est sept, enfin sept médecins installés, moi je suis collaboratrice. On est quatre collaboratrices. Peut-être les médecins les plus anciens sont plus prescripteurs. Enfin c'est ce que je voyais dans les cabinets, j'ai beaucoup remplacé, dans différents cabinets et les vieux médecins prescrivaient plus d'antibiotiques. Ici je sais pas comment fait celui qui est le plus ancien. Mais c'est



plus... J'ai l'impression qu'on est plus raisonnés là-dessus. On a conscience de ça. On essaye de... d'éviter quand même.

**CL : D'accord, donc finalement ça a évolué avec les générations au cours des études, les jeunes générations qui sont plus sensibilisées que les anciennes.**

M8 : Oui, simplement parce qu'on nous a expliqués que c'est une histoire écologique et qu'on va vite être à bout de ce qu'on... de nos réserves, nos ressources.

**CL : Et donc vous, comment vous voyez le fait qu'on puisse un jour éventuellement être à court de ressources ?**

M8 : Bah, c'est stressant. Rires. Enfin c'est stressant, c'est pas stressant mais c'est embêtant quand même, parce qu'il y a des choses qu'on a besoin de traiter, et en effet des antibiotiques, on va pouvoir encore probablement en découvrir mais des antibiotiques de première intention comme on a, comme une amoxicilline, un antibiotique on va dire, qu'on prescrit facilement, une fois que celui là on l'aura complètement heu... je sais pas comment dire... joliment... qu'on l'aura cramé complètement bah on sera... on sera très embêtés.

**CL : Oui, les, le fait qu'un jour les antibiotiques entre guillemets « de routine » puissent être inutilisables ça risque de...**

M8 : D'être un peu gênant. Bon, on va

trouver comment faire autrement, mais la question est soit de revenir vers des postures qui sont comme celles d'autres pays, où on antibiose pas une otite. Soit heu d'aller vers des antibiotiques de plus en plus puissants et... mais c'est, c'est comme la prise en charge... le, les soins qu'on peut donner à l'environnement, soit on décide qu'on est de plus en plus consommateurs, soit on décide qu'on est économe.

**CL : Donc, ça c'est des décisions à prendre au niveau national et peut être international, comme vous disiez qu'il y avait d'autres pays qui avaient des politiques différentes des nôtres.**

M8 : Ouais.

**CL : Ok, ça marche. Est-ce qu'au niveau international vous avez d'autres notions de la gestion heu ?**

M8 : Non. Non, non mais ça ça remonte à longtemps. Parce que c'est quand on discutait des recommandations, de la prise en charge des angines et des otites quand je passais l'internat, donc ça fait presque 10 ans.

**CL : Ok, ça marche. Et je sais pas si vous allez en EHPAD ou en établissements médico-sociaux et si vous avez des notions de la gestion justement des BMR dans ces types d'établissements ?**

M8 : Heu, oui, j'y vais... Bah je sais que dans ces cas-là y'a des précautions contact. Par exemple, une personne qui reviendrait avec un BMR urinaire au domicile, on va pas l'appliquer, mais dans une EHPAD,

puisqu'on est dans un établissement médico-social, on va appliquer des mesures contact, même si c'est toujours un peu compliqué à tenir hein, j'imagine. C'est surtout ça.

**CL : Surtout les mesures d'hygiène, dans ces établissements-là.**

M8 : Oui.

**CL : Ça marche, donc si je résume un peu tout ce qu'on vient de dire, donc heu, les BMR c'est plutôt rare dans votre pratique quotidienne, heu, c'est quelque chose pour laquelle vous avez un contact facile avec des spécialistes, donc au niveau urinaire les urologues ou de façon un peu plus générale les infectiologues heu, avec le service téléphonique pour les demandes d'avis.**

M8 : Hm, hm.

**CL : Heu, le statut BMR d'un patient en soi, à l'instant T, va pas modifier votre pratique mais par contre c'est dans un coin de votre tête quand... pour les infections futures, enfin s'il y a des infections qui se répètent, par rapport au traitement.**

M8 : Bien sûr.

**CL : Pour la prévention, c'est surtout le bon usage des antibiotiques. Et heu, après voilà au niveau des campagnes de pub... Je sais pas si justement pour le bon usage des antibiotiques vous utilisez des outils d'aide à la prescription comme Antibioclic ?**

M8 : Oui bien sûr, bah... pluri-

quotidiennement, Antibioclic. Heu, quoi d'autre, des outils d'aide à la prescription... Bah le CRAT mais ça n'a rien à voir. Vidal heu... ou apparentés, régulièrement, mais c'est surtout Antibioclic, ouais.

**CL : Et qu'est-ce que vous pensez du coup ?**

M8 : Je trouve que c'est très bien. Rien que pour les rappels de posologies ou par exemple dans une surinfection de BPCO heu, savoir faire une rotation d'antibiotiques, pas donner toujours le même. Heu... la problématique c'est que je trouve que c'est parfois pas très adapté heu... par exemple on va nous dire, une infection urinaire chez un patient qui a une insuffisance rénale heu, pas d'antibiotique, enfin ils donnent pas de réponse parce qu'ils disent ça relève pas de la ville... Bah, dans la réalité... ça arrive. *[Rires]*.

**CL : D'accord, dans certaines situations peut-être plus complexes, pas assez de précisions...**

M8 : Oui, mais c'est ce que leur dit la recommandation donc c'est normal. Moi j'aime bien oui, pouvoir regarder la recommandation, quand je trouve pas exactement ce qui va coller heu, aller regarder dans la recommandation en elle-même. Le but c'est d'être efficace et de soigner notre patient sans lui faire de mal quoi. Et lui faire du mal c'est aussi créer une antibiorésistance.

**CL : Et donc vous, c'est privilégier au maximum la prise en charge**

**ambulatoire, en ville.**

M8 : Alors ça dépend. Ça dépend, ça dépend des gens. Mais on a des gens qui heu, n'ont pas du tout envie d'aller à l'hôpital, des gens qui sont en fin de vie, ou qui sont pas en fin de vie immédiate, mais bon... C'est la vraie vie aussi ça, finalement c'est ça, c'est qu'on a des... des patients heu, pour lesquels on ne souhaite pas d'hospitalisation, qui sont pas heu... pas mourants mais pas... pour lesquels l'hospitalisation n'apportera rien.

**CL : Donc y'a les recommandations d'à côté et y'a l'adaptation du médecin en ville, au patient et à la situation...**

M8 : Bien sûr, parce que dire « hospitalisation », quand on écrit sur sa copie heu, aux ECN « hospitalisation », heu... Ça c'est joli hein, mais en vrai il faut prendre le téléphone, appeler, expliquer à sa femme qu'il va être hospitalisé « ah mais vous savez il va pas vouloir hein ». Et puis lui expliquer à lui etc. Et puis parfois y'a un petit créneau et paf il est d'accord le patient, mais quand même souvent il est pas d'accord. *[Rires]*.

**CL : Donc dans ces cas là on est content d'avoir des outils, un peu d'aide...**

M8 : Bien sûr, les gens qui refusent, bon y'a un moment où on est d'accord et puis y'a un moment, enfin on dit ok on va voir, et puis y'a un moment où on s'en sort pas. C'est compliqué. *[Rires]*.

**CL : D'accord. Et, j'ai une question un peu plus, peut-être administrative, au**

**niveau de la Rémunération sur Objectif de Santé Publique...**

M8 : *[Soupir]*.

**CL : Les objectifs en matière de prescription antibiotique, qu'est-ce que vous pensez de ça ?**

M8 : Théoriquement oui, mais comme je suis collaboratrice, enfin j'ai pas de patient déclaré comme médecin traitant, donc heu... je sais pas si ça rentre dedans, enfin j'ai pas trop heu... Bah je pense que c'est intéressant parce que ça motive les gens. Après, le médecin généraliste, il a beaucoup d'autres enjeux que la rémunération sur objectifs de santé publique.

**CL : Ah oui, oui. C'est un élément parmi tant d'autres.**

M8 : C'est une chose complémentaire, mais le médecin va pas changer toute sa pratique. Il est content d'avoir ses sous en fin d'année, mais il a tellement d'autres choses à gérer que c'est pas son objectif numéro 1.

**CL : Donc le fait d'avoir des objectifs en matière d'antibiotiques, pour vous c'est une bonne chose mais c'est pas forcément ce qui va faire heu... que le médecin va bouleverser sa pratique en la matière.**

M8 : Bien sûr, ouais

**CL : C'était plutôt ça, ok. Bah ça marche, je sais pas si vous avez des choses à rajouter sur le sujet ?**

M8 : Non.

**CL : Bah merci beaucoup !**

[Fin de l'entretien]

Ressenti après l'entretien : Cet entretien était difficile avec des réponses courtes de la part de l'interlocutrice. Je n'étais pas très à l'aise au cours de l'échange. J'ai eu du mal à rebondir sur les propos de l'interviewée. J'ai essayé de poser des questions sur le ressenti du médecin mais les réponses ne se sont pas vraiment orientées dans ce sens. J'ai également eu du mal à faire durer

l'entretien assez longtemps et j'ai dû rapidement me référer à mon guide d'entretien. J'espère faire mieux pour l'entretien suivant.

Ressenti après retranscription : Comme ce à quoi je m'attendais, j'ai posé beaucoup de questions fermées. J'ai l'impression d'avoir dû aller chercher les idées plutôt qu'elles viennent spontanément.

**Entretien n°9 :**

**CL : Je suis Clémence Leturcq, je suis ancienne interne issue de la faculté de médecine de Lille et on se rencontre aujourd'hui dans le cadre de ma thèse qui s'intéresse aux représentations et ressentis des médecins généralistes sur l'antibiorésistance et les bactéries multi-résistantes. Donc, heu, votre participation à l'étude ça consiste en un entretien au cours duquel on échange sur le sujet, et vous êtes enregistré au dictaphone. Heu, donc heu, au niveau des démarches, tout a été effectué auprès de la Commission Nationale Informatique et Libertés et du Comité de Protection des Personnes pour tout anonymiser, donc y'aura votre nom nulle part et tout sera supprimé dès que j'en n'aurai plus besoin.**

M9 : Oui.

**CL : Heu, donc, avant de commencer, est-ce que vous pouvez me reformuler à l'oral votre accord pour participer à l'étude ?**

M9 : Oui, nan, tout à fait d'accord pour participer à votre étude.

**CL : Merci. Donc heu, pour commencer, est-ce que vous pouvez me parler un peu de votre vision de l'antibiorésistance de manière un peu générale ?**

M9 : De manière générale, l'antibiorésistance, heu... C'est assez intéressant parce que heu... Moi qui ai quand même 38 ans heu, d'exercice, heu,

j'ai commencé heu, avec certains antibiotiques que, aujourd'hui bah... on remet au goût du jour. Et puis, petit à petit, heu, on s'est fait heu, moi je dis piéger, piéger par les laboratoires qui nous ont montré avec des études, heu, que certains médicaments antibiotiques n'étaient plus efficaces. Heu, effectivement, heu, peut-être aux doses où on les donnait, puisqu'à l'époque l'Amoxicilline on la donnait à petites doses, on devait pas taper fort, les 100mg/kg c'était dans une méningite hein. Heu... et puis on avait un peu peur, et on nous a sorti effectivement des mots, bah des mots, des beaux C3G etc, un peu à la fois. Et puis, un petit peu à la fois on s'est aperçu que bin... on commençait à avoir des infections qui étaient récidivantes et qui heu, qui étaient pas, j'allais dire éradiquées par l'antibiotique. Et puis un... quand on voit quand même les chiffres, alors effectivement on le voit pas comme ça hein, j'allais dire heu, mais quand on regarde les chiffres il meurt quand même, alors je ne sais plus combien de personnes par an en France de l'antibiorésistance, c'est-à-dire qu'ils sont effectivement heu, heu, en fin de vie, forcément, c'est du soin palliatif, et qui meurent, qui décèdent d'une infection grave. Heu, y'en a quand même pas mal, donc je pense qu'effectivement moi, ma vision, heu, je sais pas si je peux faire grand-chose sur l'antibiorésistance, par contre ce que je peux faire c'est y participer, en essayant effectivement de donner les

antibiotiques heu, j'allais dire, au plus juste de l'infection, heu, à la bonne dose et surtout ce qu'il faudrait, alors ça, ça c'est les médecins, mais y'a aussi heu, j'allais dire heu, les patients, c'est-à-dire de suivre l'ordonnance avec la, le, la bonne durée de traitement. Et ça c'est quand même aussi un des gros facteurs d'antibiorésistance aujourd'hui où... Alors c'est peut-être de notre faute aussi hein, on a peut-être donné un antibiotique alors qu'il fallait pas. *[Rires]*. Et ça a guéri heu, j'allais dire tout seul, donc ils arrêtent au bout de trois jours. Mais on s'aperçoit quand même que les, dans les pharmacies des personnes, il reste quand même souvent pas mal d'antibiotiques, avec parfois des antibiotiques qui sont pas anodins quoi, des CGG heu, du Ciflox et puis j'en passe quoi hein heu... Donc effectivement heu, je pense que c'est de notre ressort mais... on le fera pas tous seuls, on pourra pas le faire tous seuls, je pense qu'aussi c'est... Alors « Les antibiotiques c'est pas automatique », oui d'accord, bon heu... Mais je pense qu'il faut faire prendre conscience heu, qu'il y a un enjeu de santé publique hein, aujourd'hui. Voilà ce que je peux dire de façon générale. Et effectivement, tout médecin doit être sensibilisé. Alors moi j'étais un peu plus sensibilisé, parce que travaillant à l'URPS pendant pas mal d'années, j'ai travaillé avec l'ARS sur effectivement, comment heu, diminuer heu, cette prescription d'antibiotiques, et en tous cas la mettre au

plus juste. Et y'a une étude heu, qui a été faite et qui est en... qui d'ailleurs est, aujourd'hui est admise par pas mal de biologistes, où lorsqu'il y a une infection urinaire, l'antibiogramme n'est fait que sur heu, dans un premier temps, que sur les antibiotiques qui seraient heu, validés pour traiter l'infection urinaire. Et ça, je pense qu'effectivement, c'était déjà un plus. Parce que je pense que heu... qu'est-ce qu'on donne le plus comme antibiotiques, c'est angine otite chez l'enfant et chez la personne âgée c'est, surtout en EHPAD, c'est les cystites et les infections urinaires. Bon puis après ça va être les pneumopathies et les infections cutanées aussi, ça je pense qu'effectivement, heu, on voit encore, moi j'ai encore vu des prescriptions de prélèvements cutanés et des antibiotiques pour un petit bobo, j'allais dire, au niveau cutané, avec heu de l'Augmentin quoi. Est-ce que c'est nécessaire quoi ?

**CL : D'accord.**

M9 : C'est pas sûr quoi, hein. Y'a tout des choses comme ça, je pense que... et j'espère que, à la rigueur votre travail là de recherche, aboutira à quelque chose, parce que heu... Ça c'est une idée heu... J'ai accompagné pas mal de thèses, et effectivement on s'apercevait que pour finir à la fin c'était un... Ouais bon c'est bien on a constaté. Et, vous verrez, je pense que, je sais pas qui sera dans votre jury, heu, mais de plus en plus on dit à la fin, mais au fait

heu, « vous allez en faire quoi de votre travail de recherche ? », je pense. Et je pense que, aujourd'hui, heu, parce que le, le... C'est toujours le problème, qui est la bataille entre médecin généraliste, moi je parle pour ma profession, l'hôpital, l'ARS et l'Assurance Maladie. Le médecin généraliste a horreur d'avoir des ordres, j'allais dire, de l'ARS et de la CPAM, d'autant plus qu'à la CPAM, c'est des délégués d'Assurance Maladie qui viennent, et franchement on n'en a rien à foutre quoi, heu. C'est des messages-clés qu'ils balancent heu, moi je veux bien parler bah, avec vous, étudiante en médecine, heu, ou avec un médecin, mais certainement pas avec un délégué d'Assurance Maladie où c'est facile de dire heu, « arrêtez de donner des antibiotiques », ouais bon bah c'est bien, mais venez à ma place un jour et puis vous verrez quoi ». *[Rires]*. Heu, donc effectivement je pense que votre travail va certainement être intéressant si c'est sur effectivement le ressenti de cette heu... de ce problème de santé publique heu... Alors ils disent ouais la France on est toujours à l'arrière, bon je pense qu'il y a des pays, ils sont pas mal aussi hein, en antibiothérapie, ils en donnent certainement trop. Mais, attention, c'est pas le fait... heu, et j'ai vu parfois des internes dire « ouais je donne pas d'antibiotique ». Heu... fais attention quand même parce que, pas donner d'antibiotique sur une infection heu... grave, c'est aussi quelque chose de, d'important,

c'est pas... voilà. C'est le bon, quand il faut, où il faut quoi hein, et la bonne durée. Heu, je pense que ça serait bien si votre travail débouche effectivement, sur heu, j'allais dire, quelque chose, qu'est-ce qu'on, concrètement, qu'est-ce qu'on pourrait mettre en place. Et d'essayer de le mettre en place.

**CL : Oui, c'est le but.**

M9 : C'est quand même compliqué hein, mais vous verrez que... heu... je sais pas si je devrais le dire, si je dois le dire, mais... vous ferez, enfin moi j'ai fait pas mal, j'ai accompagné pas mal de thèses en... en... comme directeur de thèse, mais j'étais aussi dans des jurys de thèse et... c'est toujours ce qui revient maintenant, d'abord on fait beaucoup plus de qualitatif...

**CL : Oui, ça c'est vrai.**

M9 : Moi je n'ai toujours fait que ça, j'ai pas fait d'autre thèse. Et, ça revient toujours, c'est pour finir heu « Madame, Mademoiselle, Monsieur, heu, bon, on fait quoi après ? ». *[Rires]*.

**CL : Oui, c'est ça, on constate et après qu'est-ce qu'on en fait.**

M9 : Et ça c'est quand même un, ça c'est bien je pense. Et... faudrait pouvoir heu, d'abord premièrement si... s'ils veulent bien c'est de le publier parce que je pense que c'est toujours intéressant de lire des publications. Parce que y'a des médecins qui lisent les publications quand même hein. Et heu... Alors je vais parler en plus pour ma, pour ma, paroisse, hein heu, c'est que

moi je suis président, enfin je suis plus président mais j'anime des groupes-qualité, et effectivement ça pourrait être, après, votre thèse, pouvoir s'en servir pour heu... ça pourrait être un sujet, de démarrage de, une soirée, on fait des soirées de deux heures, et d'avoir ce ressenti je pense que c'est vraiment très intéressant. Au fait heu, les médecins qu'est-ce qu'ils pensent de tout ça ? Voilà, c'est un peu ce que je peux vous dire heu... Je sais pas si vous attendiez plus.

**CL : Ah bah c'est déjà très bien, je vais peut-être juste revenir sur certains points.**

M9 : Oui.

**CL : Donc, heu, d'après ce que vous disiez c'est que donc, y'a eu à une époque la campagne des « antibiotiques c'est pas automatique » mais que finalement depuis on n'a pas forcément fait heu...**

M9 : Bah... vous savez c'est comme heu... on sait très bien heu, j'ai vu une thèse une fois sur l'affichage en salle d'attente, au bout de trois semaines vous pouvez jeter la... vous savez, vous pouvez demander pratiquement à... à 90% de la population, ils diront oui « je sais » mais... et alors ? *[Rires]*

**CL : Ouais c'est ça, ça a eu un effet sur le moment...**

M9 : Ça a eu un effet sur le moment !

**CL : Mais heu, depuis au final heu...**

M9 : Par contre, à mon avis, le... Cette histoire de COVID, on a tous vu quand

même dans notre ROSP heu, fortement diminuer nos antibiotiques, qui est pas lié à une prescription moindre mais dû, moi à mon avis à moins de consultations. C'est-à-dire que pour finir, à un moment donné, ils avaient tellement peur de venir que, ils attendaient quoi, aussi. Ça je pense qu'aussi... parce que moi j'ai vu sur ma ROSP, je faisais déjà très attention, mais heu... y'a eu une cassure, et je pense que ça aussi heu...

**CL : Ça a joué, moins de consultations donc moins d'antibiotiques.**

M9 : Ça a joué.

**CL : Et donc heu, vous vous disiez que, finalement, c'est que le principal moyen de lutte contre l'antibiorésistance, c'est le bon usage des antibiotiques.**

M9 : Oui, je pense oui.

**CL : Et donc vous, vous faites attention aussi à la ROSP aussi dans ce cadre-là.**

M9 : C'est pas une raison heu... Moi la ROSP heu, bon c'est tout. Je n'ai jamais heu, comment dire, heu, utilisé la ROSP en disant je vais gagner un peu plus de sous. Bon, à la rigueur, je m'en fous. Mais par contre heu, ce que je trouve les médecins ne s'aperçoivent pas, c'est que la ROSP, c'est un moyen aussi de pouvoir se, se caler quelque part par rapport à. Parce que, forcément on est tous pareils. On est tous le meilleur, très bon, tout va bien. Tous nos patients sont bien soignés. Tous nos patients vont bien. *[Rires]*. Seulement, quand vous voyez vos chiffres, vous vous



dites « Tiens, bah mince, tiens heu, en colorectal, je suis qu'à 30%, je suis pas mieux que les autres ». Y'en a quand même 70 qui passent au travers. Bon, c'est pas forcément de notre faute, mais c'est intéressant de s'analyser, dire tiens donc heu, la ROSP, c'était sur les antibiotiques, y'a une ROSP sur les antibiotiques heu... c'est sur les... je sais plus les moins de 12 ans...

**CL : Y'a le taux de prescription chez l'adulte globalement entre 18 et 65 ans.**

M9 : Oui, voilà, c'est ça.

**CL : Et après ils mettent en valeur aussi l'Augmentin, les Fluoroquinolones, enfin les antibiotiques pourvoyeurs de résistances.**

M9 : Oui, voilà, c'est ça. Et donc, on s'aperçoit quand même que, quelques fois, j'ai l'impression de pas en donner tant que ça, c'est marrant, voilà, donc heu... Et pour le médecin c'est extrêmement important, il faut d'ailleurs qu'il lise sa ROSP, c'est pas gagner plus d'argent, c'est pouvoir se situer dans un, tout seul parmi les autres. Et d'ailleurs, moi qui anime les groupes-qualité, heu, à un moment donné on avait des indicateurs sur certaines choses, on les a plus, mais ça c'était intéressant. Heu, y'avait, heu, on avait notre indicateur à nous, y'avait celui du groupe-qualité et y'avait celui de l'ensemble des groupes-qualité, et le groupe-qualité par rapport à un témoin. C'est intéressant de dire, bah... « là tiens je suis bon, effectivement, dans cette

matière-là je suis bon, dans d'autres je suis moins bon ». Et je pense qu'il faut que les médecins aillent voir leur ROSP, pour, pas pour voir combien ils touchent.

**CL : Ouais, mais pour voir où ils se situent et pouvoir améliorer certains axes de leurs pratiques.**

M9 : Je pense que si, effectivement, et ça à mon avis c'est peut-être un moyen de communiquer par rapport au... à la CPAM, c'est pas dire « allez voir votre ROSP, combien vous avez touché » mais « allez voir votre ROSP pour aller voir comment vous vous situez par rapport à un... par rapport à un témoin ». Heu, je veux dire, quelqu'un qui soigne tout le temps, il regarde rien hein, les antibiotiques heu... de l'Augmentin, du Ciflox, du Bactrim heu... Et puis voilà. Il soigne bien ses patients. Pour lui, il les soigne bien. Sauf que, il est pas bon quelque part. Et comment peut-il le savoir ? Uniquement avec des chiffres pour pouvoir se voir par rapport à ça. C'est bien pour ça d'ailleurs que l'Assurance Maladie, que les délégués d'Assurance Maladie c'est assez intéressant, mais il faut qu'ils le fassent intelligemment, c'est pas le bâton, c'est heu dire, voilà « je sais pas pourquoi vous êtes, vous en prescrivez plus, maintenant c'est à vous d'analyser, peut-être que c'est justifié ». C'est ça le problème, et c'est toujours le problème c'est que, je suis pas dans les clous, mais je le justifie, hein. Et nos groupes-qualité au début c'était ça, c'était je prescriis ça, je réfléchis si je rentre dans les

clous, est-ce que c'est justifié, est-ce que c'est la bonne posologie, est-ce que c'est la bonne indication. C'était ça l'histoire, au départ, des groupes-qualités, c'est de se dire, de réfléchir à chaque ligne de son ordonnance.

**CL : Du coup, donc ça pourrait être un moyen aussi de lutte contre l'antibiorésistance de renouveler ce genre de choses, les groupes-qualité, pour que chacun puisse analyser ses prescriptions ?**

M9 : Bah heu, je suis content de vous l'entendre dire. De toute façon, c'est exactement comme vos GEP.

**CL : Oui, c'est un peu le même principe.**

M9 : C'est exactement la même chose. Mais effectivement, moi je pense qu'il faudrait développer les groupes-qualité et, alors faut pas trop enquiquiner les gens avec, les médecins avec tout le temps l'antibiorésistance, etc. Et que la CPAM est contente parce qu'elle fait des économies. Mais, l'ARS, eux c'est des économies de santé publique, des économies de vies hein. La CPAM, le problème c'est toujours une économie de chiffres hein heu... Heu, bon... Il faut un juste milieu hein. Et c'est vrai que, ça peut être une piste, c'est-à-dire effectivement, de donner les moyens aux médecins de réfléchir entre eux, et surtout de se voir par rapport à d'autres, qu'est-ce qu'il en est. Et après, bah, c'est à soi-même, en disant on est des gens intelligents, on a fait quand même pas mal d'années

d'études, à nous d'analyser pourquoi je, pourquoi je suis comme ça quoi. Et après tout ça peut se justifier, et si ça se justifie pas, bah qu'est-ce que je peux faire pour m'améliorer. Moi je, j'ai toujours cru heu, pas cru au bâton, le bâton ça sert à rien. Je pense que même s'il est financier... moi j'y crois pas. Ça marche au début, mais après... Par contre, heu, de faire monter en qualité en disant j'analyse ma pratique professionnelle, d'ailleurs à un moment c'était... y'avait ça, l'analyse des pratiques professionnelles hein, c'était une auto-évaluation de sa pratique, et ça, ça peut être intéressant. Heu, je pense que c'est, c'est vraiment un moyen de... et pas toujours heu... boum, avec le bâton. Ça marche pas le bâton. D'ailleurs si ça marchait le bâton y'aurait personne heu, y'aurait pas de prison hein. *[Rires]*.

**CL : C'est ça ! Et heu... Vous parliez tout à l'heure rapidement des infections urinaires en EHPAD, des choses comme ça, est-ce que vous avez une expérience des BMR et de l'antibiorésistance en EHPAD ?**

M9 : De temps en temps, de temps en temps. On en voit heu, c'est... Alors... c'est toujours pareil, c'est relativement très rare, on a peut-être tous un ou deux patients qui ont une BMR, le tout c'est de la gérer quoi. Alors on est bien embêté dans les, dans les EHPAD, c'est enquiquinant quand ils reviennent de l'hôpital avec une BMR. *[Soupir]*.

**CL : Qu'est-ce qui est fait du coup dans ces cas-là ?**

M9 : Bah le problème, c'est tout un protocole vis-à-vis du risque infectieux pour les soignants quoi. C'est surtout ça qui est très embêtant. Heu, infection urinaire, s'auto-contaminer par les heu, entre résidents c'est pas gênant, c'est surtout la contamination des heu, des soignants hein, qui est quand même très embêtante. C'est tous des protocoles effectivement de sur-blouses, de gants, quelques fois d'isolement s'il le faut. La prise en charge de l'infection urinaire on n'est pas trop embêtés avec ça. Heu, on les isole pas dans leur chambre, mais on les isole pour les soins du coup.

**CL : Donc finalement, c'est plutôt, en EHPAD, les précautions d'hygiène qui sont prédominantes dans la prise en charge.**

M9 : Ouais. Oui, ça, et puis heu, dans la SSIAD aussi hein c'est toujours un peu embêtant parce que... y'a beaucoup d'aides-soignantes aussi hein donc il faut faire attention. Donc ça c'est dans... dans les milieux... Alors une BMR chez une personne âgée, j'allais dire qui rentre chez elle, c'est pas tellement embêtant. En milieu heu... de SSIAD, de, de beaucoup de soins, infirmières, kiné, machin, c'est toujours un peu embêtant. Faut mettre en route pas mal de protocoles. Et alors en EHPAD, c'est pas non plus évident, la personne se sent un peu... plus heu... j'allais dire, pestiférée, quelque part.

**CL : Oui, c'est pas toujours très bien toléré.**

M9 : Non, c'est pas toléré psychologiquement, d'être heu, allez pendant plusieurs jours heu, on les isole dans leur chambre, c'est pas bon pour heu, c'est pas bon pour eux hein. L'isolement d'une personne âgée c'est catastrophique, on l'a bien vu avec le COVID heu... ça a détruit des gens quoi, hein.

**CL : D'accord, donc plus la gestion de l'hygiène et du patient qui est compliquée, et qui peut être source de décompensation pour le patient âgé...**

M9 : Oui. Oui, oui. Non puis ça fait peur pour les soignants aussi hein. Des fois on peut avoir des femmes enceintes heu, qui travaillent, voilà c'est toujours embêtant hein. Y'a de tous les âges et on peut avoir des diabétiques, des immunodéprimés qui peuvent, qui travaillent etc. Ça fait un peu peur donc c'est un peu embêtant.

**CL : D'accord. Donc ce que vous disiez c'est que finalement les BMR c'est rare en pratique quotidienne mais ça peut quand même poser souci.**

M9 : Oui, c'est ça. Enfin, oui. J'sais pas... Moi je dirais une ou deux par an quoi, heu, par médecin. C'est pas énorme. Mais c'est beaucoup quand même. Parce que quand on multiplie par le nombre c'est beaucoup.

**CL : Et heu, donc hors EHPAD, dans quel contexte vous pouvez rencontrer des BMR dans votre pratique ?**

M9 : Bah c'est plus des gens qui sont

rentrés de l'hôpital, quelques fois, des contaminations, heu, ou alors effectivement des antibiotiques hein, qui heu... c'est... on a... pareil. Mais j'en n'ai jamais vu. Moi, personnellement j'en n'ai jamais vu.

**CL : D'accord.**

M9 : Ça n'a pas été un gros souci de les gérer.

**CL : Ok.**

M9 : Et j'ai pas eu de décès par...

**CL : Par infection ?**

M9 : Ça doit être terrible hein. Le soin palliatif d'une BMR à l'hôpital heu... ça doit être chaud quand même.

**CL : C'est pas évident...**

M9 : Mais y'en a hein, je sais plus combien. L'ARS nous l'avait dit, mais j'ai plus le chiffre, et c'est quand même heu... c'est quand même beaucoup. C'est beaucoup.

**CL : Oui, il y a les chiffres actuels et aussi les perspectives de se dire, si on continue comme ça...**

M9 : Oui, oui oui. Ah oui, oui. C'est... exponentiel hein... Donc c'est, cette idée-là, justement de... dans l'infection urinaire, c'est par exemple heu, on va pas faire l'antibiogramme tout de suite sur du Ciflox, sur de l'Augmentin. On va mettre du Selexid, du Monuril, on va mettre des choses comme ça quoi, dans un premier temps. Mais, avec toujours un moyen pour le médecin éventuellement de redemander un autre antibiogramme. C'était comme ça. Et ça c'était bien. Ça n'incitait pas à mettre tout de suite bah... le grand parapluie. Enfin,

peut-être... mais pas de suite.

**CL : D'accord. Donc, heu, en quoi, enfin, c'est peut-être un peu redondant par rapport à ce qu'on a dit mais en quoi le statut BMR d'un patient modifie votre pratique ?**

M9 : Un peu la trouille pour lui. Pour soi-même aussi. Parce que quand on le voit, faut quand même faire attention. Heu... Et puis surtout, c'est que... quelques fois on est embêtés pour les traitements. En disant... une BMR avec une infection urinaire heu, il fait une pyélo heu... *[Soupir]*. *[Rires]*. On est un peu quelques fois dans une impasse. A ce moment-là, moi ça m'est déjà arrivé une fois, c'est de téléphoner à un infectiologue heu référent de la région.

**CL : D'accord.**

M9 : Et je pense qu'il faut pas hésiter, hein. Heu, ça je pense qu'aussi, les médecins doivent avoir dans leur heu... dans leur trousse de numéros l'infectiologue référent du service. Je pense. Et ça aussi, c'était une des démarches, c'est de se dire, lorsqu'on a un vrai souci de... d'infection, on téléphone à l'infectiologue. Et ils sont, heu, tout à fait heu, ok pour, pour donner des... des renseignements je pense. Alors bon s'il fait une infection classique heu de ville, pas la peine d'appeler, mais dans l'infection urinaire heu... d'ailleurs moi, moi j'ai vu heu, bon y'a peut-être un an ou deux un... un patient qui avait une infection osseuse, le... moi j'étais surpris que le chirurgien il traite ça tout seul, sans demander l'avis heu de

l'infectiologue réfèrent quoi... quand on sait le risque heu... Alors bon, après, est-ce qu'il a tapé trop fort, est-ce qu'il a tapé assez fort, j'en sais rien parce que moi j'y connais rien, heu, c'est pas mon boulot quoi donc heu... l'infection osseuse, moi j'aurais demandé un avis d'un infectiologue. Qui permet, d'abord d'être sûr de le traiter, et pas faire de connerie quoi. Puis c'est pas la peine non plus... on écrase pas un moustique avec un marteau quoi. *[Rires]*.

**CL : *[Rires]*. C'est ça. Donc pour vous les prises en charge infectieuses complexes ou, et/ou BMR c'est plutôt quelque chose de pluridisciplinaire en lien avec l'hôpital et l'infectiologue.**

M9 : Bah je pense, oui, oui, je pense. Et, on n'a pas... bon c'est parce qu'effectivement, j'ai eu beaucoup de contacts avec l'ARS et on en a discuté beaucoup, mais l'infectiologue n'était pas... j'allais dire y'a 5 ou 10 ans j'aurais pas pensé à téléphoner à l'infectiologue.

**CL : D'accord.**

M9 : Alors que, c'est un spécialiste comme un autre qui peut effectivement et... qui va nous donner puis quelques fois, à la rigueur il va pouvoir hospitaliser quelqu'un, j'en sais rien, dire « non là c'est grave et on la voit dans le service » ou « tu fais ça et ça va quoi ». Je pense qu'il faut l'utiliser, je pense que c'est... et puis utiliser aussi des références comme Antibioclic ou... Je sais qu'il y en a une autre avec le centre hospitalier de *Ville D* je crois...

**CL : Je pense que vous parlez du centre régional infectieux de référence ?**

M9 : Oui, *Ville D*, oui je sais plus. Mais effectivement, bon moi je vois on recevait pas mal d'internes, et des fois ils me disaient « qu'est-ce qu'on va mettre ? », bah je dis « si tu sais pas moi non plus » et on regarde sur Antibioclic. *[Rires]*. « Je vais pas te donner la solution comme ça ». Moi je pense que, quelques fois je note sur un papier, je pense que c'est ça, mais en fait finalement on verra. Faut en prendre l'habitude, faut en prendre l'habitude des outils...

**CL : C'est quelque chose que vous utilisez...**

M9 : Oui, c'est quelque chose que j'utilise très fréquemment. D'ailleurs là dans l'EHPAD où je travaille, heu, là ils m'ont téléphoné, c'est pour ça que j'étais un peu en retard, il y a un fromage dans lequel il y a, il fait partie d'un lot où ils ont trouvé de la listériose. Elle me dit « bah qu'est-ce qu'on donnerait ? ». Je dis « Bah écoutez, je vais regarder tout à l'heure sur Antibioclic, et puis je vais regarder... ». Je ne sais plus ce que c'est que la listériose, enfin si je connais la listériose mais je ne sais plus quel est le traitement idéal de la listériose, puis leur faire un protocole si jamais y'en a une qui a... C'est comme ça qu'il faut faire. Je pense qu'il faut... On n'est pas obligé de toujours tout savoir, on est obligé de mettre en œuvre ce qu'il, faut pour savoir. Ça je pense que c'est vraiment... On doit jamais dire « je

sais pas ».

**CL : Donc se référer aux outils en première intention, et l'infectiologue éventuellement...**

M9 : Et les outils, pour un médecin, ça peut être effectivement un site internet, ou tout ce qu'on veut, sans mettre Doctissimo quoi par exemple... [Rires]. On en voit encore hein, je, bon... Bien qu'ils disent de moins en moins de bêtises, j'ai déjà regardé, ils disent moins de conneries.

**CL : Ça dépend oui. [Rires].**

M9 : Quelques fois ils disent pas trop de conneries...

**CL : A force de retravailler les articles...**

M9 : Oui, à force, je, bon. Heu, et puis quelque chose de validé, hein, ça c'est vachement important, ou un spécialiste hein. Heu, l'infectiologue, c'est fait pour les infections quoi. Le cardiologue c'est pour le cœur quoi. Mais ça je pense qu'il faut... Je sais pas si je suis le seul à vous en avoir parlé mais heu, je pense que les médecins doivent pas beaucoup y penser aux infectiologues...

**CL : Il y en a plusieurs qui m'en ont parlé, mais c'est vrai moins au début, mais heu, ou peut-être de façon très... enfin pour des choses très complexes...**

M9 : D'accord. Et Antibioclic c'est important, moi je me souviens y'a quelques années quand le traitement de l'*Helicobacter pylori* a changé, je le connaissais pas, heu... et j'ai eu un patient avec un *Helicobacter pylori* puis je me suis dit tiens je vais regarder un

peu « ah mince, tiens, c'est une trithérapie c'est comme ça que ça doit se donner ». C'est bien quoi. Et c'est comme ça que je pense qu'on évolue.

**CL : D'accord. Heu, on a déjà parlé de pas mal de choses, heu, donc on parlait des groupes qualité des choses comme ça, je pense qu'on en a déjà parlé mais en général la sensibilisation des médecins généralistes par rapport à l'antibiorésistance et aux BMR qu'est-ce que vous en pensez ?**

M9 : Je pense qu'on doit pas être tellement informés. L'information doit pas être extrêmement bonne. D'une part parce que c'est rare, moi à mon avis y'a peut-être même certainement des généralistes qui n'en ont jamais vu. Je pense que... C'est relativement... En EHPAD on n'en a pas beaucoup, enfin je pense que c'est quand même quelque chose d'assez rare. Mais heu, c'est pas pour ça qu'il faut pas heu... D'ailleurs faut pas attendre d'en avoir. L'idée c'est de se dire « bah je vais essayer de tout faire pour pas en avoir » quoi.

**CL : D'accord. Donc finalement la gestion des BMR ça passe d'abord par la prévention de leur survenue ?**

M9 : D'abord ouais, d'abord. De toute façon, une fois qu'ils l'ont, ils l'ont. Si elle est vraiment résistante à tout et qu'ils l'ont et que... bah... c'est embêtant. Je pense qu'il y a quand même moyen de faire... Et de toute façon il y a une liste de médicaments qui devraient être... j'allais dire prescrits que,

après réflexion, antibiogramme, deuxième intention, etc... Je pense que, heu, mais c'est ce que je disais hein, bon, pour reprendre tout bêtement l'Amoxicilline hein, l'Amoxicilline nous a été montrée dans les années heu... il y a 20 ans, dans les années 2000, un petit peu avant, heu l'Oroken je sais plus quand est-ce qu'il est sorti, heu, où effectivement ils donnaient, toutes les infections ils les mettaient à 40 ou 50 mg/kg, ça marche pas, forcément, hein. Alors qu'à 80 dans une otite ça marche très bien quoi. *[Rires]*. Et ça je pense que, je pense que les labos nous ont fait du tort.

**CL : D'accord, par rapport à certains médicaments qu'on jugeait plus efficace alors qu'ils pouvaient l'être à des doses plus importantes, et du coup...**

M9 : Totalemment.

**CL : On a privilégié des antibiotiques avec des spectres plus larges, et du coup on a créé des résistances.**

M9 : Bien sûr, bah oui, et là ça a favorisé... Je pense que les C3G et l'Augmentin devraient quand même être un peu mis de côté. On verra si on en a besoin quoi.

**CL : Pas en première intention...**

M9 : Certainement pas, ou alors dans des cas bien particuliers, mais faut réfléchir quoi, hein. Est-ce qu'il y a pas autre chose de mieux ? Voilà. Et Antibioclic le dit d'ailleurs hein, parce que vous avez en général un choix, un choix gradué. Et dans l'otite faudrait regarder mais je crois qu'ils doivent mettre Amoxicilline à 80mg/kg quoi,

en 1ère intention. Nan mais c'est bien, je pense qu'il faut habituer les médecins, je veux dire aujourd'hui c'est un plus hein. Moi je me suis installé en 83, on vivait avec nos bouquins heu, qui étaient pas mis à jour, etc. Heu, depuis 10-15 ans, on a vu fleurir ce genre de de sites ça nous a quand même fortement simplifié la vie hein. Et il faut s'en servir. Il faut s'en servir.

**CL : Il faut aller chercher l'information.**

M9 : Exactement.

**CL : Et on en a parlé au début de la campagne des antibiotiques c'est pas automatique, au niveau de la sensibilisation des patients au problème des BMR, de l'antibiorésistance, qu'est-ce que vous en pensez ?**

M9 : Je sais pas s'ils savent ce que c'est qu'une BMR. Je pense pas... Pour eux les antibiotiques ça marche, enfin on n'en donne pas si c'est viral et toutes les infections bactériennes, de toute manière on a fait tellement de progrès en médecine, que tout marche. Je pense que les gens qui doivent terminer leur vie avec une BMR et des soins pall pour une BMR heu, je pense que pour la famille ils doivent regarder ça d'un... C'est même pas pensable quoi. Même nous, même moi j'ai du mal à le croire quoi.

**CL : Qu'on puisse être en impasse...**

M9 : Qu'on puisse mourir d'une infection qu'on ne peut pas soigner. C'est même pour moi, j'y crois hein, je sais, mais vous dites, comment on peut en arriver là. Et c'est

dingue quoi c'est quand même... C'est très traumatisant pour les services de réa, de suivre une BMR qui s'éteint, d'autant plus que je suis pas sûr que ce soit que des personnes âgées. Ça peut être un peu tout. Et faut préserver nos enfants, enfin moi mes petits-enfants, mais faut faire attention.

**CL : Donc c'est un enjeu pour l'avenir finalement, pour les générations qui arrivent.**

M9 : Ah oui, bien sûr, bien sûr, je pense que... Après heu... après là aussi hein, est-ce que ça n'est que les pressions antibiotiques qui font des BMR, j'en sais rien. Bon, c'est un des facteurs, je suis pas sûr que ce soit le seul, y'a certainement d'autres choses.

**CL : Vous disiez que c'était un problème environnemental...**

M9 : Enfin, ce qui est malheureux c'est que pour finir, la pénicilline est arrivée après la guerre de 40 et on... donc heu 70 ans, on a quand même heu... un peu tout cassé. C'est dingue quoi. *[Rires]*.

**CL : Oui, au final, ça fait pas si longtemps que ça qu'on les a découverts et on est déjà un peu...**

M9 : Mon père était médecin et, il m'avait toujours dit, donc il s'est installé en 45 et il me disait que c'était extraordinaire parce qu'on voyait encore mourir des méningites hein, bactériennes. Et on allait chercher de la pénicilline qui était fabriquée par les américains à l'hôpital de *Ville E*, on sauvait des gens quoi, on sauvait des gens quoi.

C'était extraordinaire.

**CL : Oui donc ça a été vu un peu comme une révolution à l'époque...**

M9 : C'était une révolution.

**CL : Et du coup ça a été peut-être prescrit...**

M9 : C'est ça aussi hein, faut pas l'oublier, c'est une révolution dans... Et on est, nous, alors je dis pas de cette génération-là, mais juste après quoi hein, où effectivement heu... Je peux pas dire dans nos études... un antibiotique, une infection résistante j'en n'ai jamais parlé. *[Rires]*.

**CL : Au cours de vos études c'était pas quelque chose de...**

M9 : Bah y'a 30 ans je savais même pas que ça pouvait exister.

**CL : Oui voilà c'est des choses qui sont apparues après au cours de votre carrière, avec l'expérience.**

M9 : Donc je pense qu'avec le renouveau aussi heu, de, de jeunes comme vous qui êtes sensibilisés, qui avez été sensibilisés pendant les études, etc. Y'aura peut-être un changement, mais la population change pas aussi, la population elle change pas.

**CL : Donc après c'est la sensibilisation des patients du coup à travailler...**

M9 : Après, fatalement, il y a aussi deux, j'allais dire, deux catégories professionnelles qu'il faut sensibiliser, c'est le pharmacien, qui a un gros rôle à jouer je pense aujourd'hui, et l'infirmière, et l'infirmière d'autant plus, alors je sais pas si on prescrit encore des antibiotiques en



injectable, à part peut-être heu... moi je faisais peut être deux fois par an de la Rocéphine injectable, à part ça je... Il y a bien longtemps que j'ai pas eu à en faire. Même si les patients me disaient « si si, faut me faire en piqûre, c'est vachement plus efficace ». Ouais mais les piqûres ça fait mal, alors ça sert à rien. Mais faut tenir bon hein, y'a encore des médecins qui prescrivent beaucoup d'injectables. Quand on voit ce qui sort y'en a encore.

**CL : Et qui cèdent peut-être à une pression de la part des patients...**

M9 : Bien sûr, oui, oui. Moi y'a longtemps que j'ai pas prescrit un médicament en injectable, à part la Rocéphine peut-être. Peut-être deux trois fois par an, c'est surtout pour des pneumopathies sévères, des infections graves, éventuellement une prostatite, des choses comme ça vraiment... Après c'est tout, c'est trois fois par an quoi. Heu, mais quand on voit ce qui sort en injectable... Et puis y'a des médecins qui savent pas dire non quoi. Alors, aujourd'hui c'est plus facile de dire non qu'il y a 20 ans, c'est plus facile. Aujourd'hui il n'y a plus cette concurrence entre nous, ça n'existe quasiment plus. Peut-être encore un peu en ville. Mais heu, nous, à la campagne ça n'existe plus, donc on peut effectivement résister à la pression. Et il faut résister à la pression. Ça aussi, faut aider aussi, parce que le médecin doit être aidé pour résister à une pression du patient, parce que quelques fois c'est dur, puis si

vous voulez ils vous disent « ouais bah de toute façon ça va pas mieux, vous avez vu, vous auriez dû me le faire en injectable » dans les sciatiques ou...

**CL : Oui, ils insistent. Et les aides elles pourraient être ?**

M9 : Les aides, bah c'est pareil, je pense qu'il faut accompagner les médecins, voyez je... Enfin nous on se bat... Tout médecin devrait faire partie du groupe-qualité ou des trucs comme ça.

**CL : Oui donc la formation finalement...**

M9 : Parce que la formation aujourd'hui du DPC heu... *[Soupir]*. Vous savez comment ça marche, non ?

**CL : Un peu, mais...**

M9 : Bah le DPC, y'a du DPC maintenant en ligne et puis vous pouvez manger tranquillement pendant que le gars il lit son... il fait son discours quoi.

**CL : Oui, donc plutôt des groupes de formation entre confrères**

M9 : Je pense qu'il faut avoir du présentiel

**CL : Et de la discussion**

M9 : Les groupes de GEP devraient continuer après entre vous... Je pense que c'est...

**CL : Discuter de cas compliqués...**

M9 : Ah oui, c'est vachement important. Là je sais pas vous, vous avez fini là, non, de votre, heu ?

**CL : Depuis novembre, oui.**

M9 : Ah d'accord. Donc nous dans les UPL on se réunissait tous et les internes présentaient...

**CL : Oui, mon SASPAS aussi ça se passait comme ça.**

M9 : C'est intéressant. C'est comme ça qu'on évolue. On prend un petit sujet d'actualité et puis... Ça permet de pouvoir échanger, non moi je suis pas d'accord, moi je suis d'accord, qu'est-ce que tu penses...

**CL : Oui puis ça permet de se rendre compte, y'avait des sujets des fois où on peut se dire que ça va et finalement quand on écoute on se dit que ça allait pas si bien que ça.**

M9 : Bah tout sujet ça va pendant 5 à 10 ans quoi. Après à un moment donné faut...

**CL : Se renouveler...**

M9 : Oui.

**CL : Ça marche, bah on a déjà parlé de pas mal de choses, heu, je sais pas si vous aviez d'autres choses à rajouter sur le sujet, les BMR et l'antibiorésistance ?**

M9 : Non, non, je pense que... Mais... On parlait des pharmaciens, je pense que le pharmacien aurait certainement beaucoup plus d'impact sur sa... sur les personnes.

**CL : Sur les patients du coup ?**

M9 : Sur les patients, donc heu... Comment le prendre heu, avoir des informations plus intéressantes...

**CL : Peut-être plus détaillées sur l'usage des antibiotiques, les indications ?**

M9 : Oui, je pense oui. Je pense que ça, c'était, c'est une bonne chose. Heu, on était, oui et non, d'accord. C'est-à-dire qu'avec l'URPS pharmaciens... Heu, bon c'est tombé à l'eau parce que faire un TROD

angine heu aujourd'hui depuis le COVID... moi je leur ai déjà dit « à vos risques et périls hein » *[Rires]*. Bon maintenant peut-être un peu moins mais à l'époque heu oui. Sinon y'avait une idée c'était de, par exemple vous voyez un gamin qui a une belle angine, on marquait sur l'ordonnance heu prescription par exemple Amoxicilline 80mg/kg si TROD angine positif, et c'est le pharmacien qui faisait le TROD.

**CL : D'accord.**

M9 : Heu, il était rémunéré pour faire le TROD, et à ce moment-là il délivrait si heu, c'était pour décharger les médecins du TROD. Bon maintenant... ça fait un an et demi que j'ai pas fait un TROD. Aller gratouiller dans quelqu'un qui vous crache à la figure parce que vous gratouillez le fond du truc, moi je... *[Rires]*. Je suis pas très chaud pour le faire, je sais pas si y'en a qui font encore des TROD mais moi en tous cas heu... Depuis mars 2020 j'en n'ai pas fait un et je voudrais pas en faire un.

**CL : Après il y a eu toute cette période aussi où en faisait plus parce qu'il n'y avait plus d'angine avec les mesures barrières, tout ça.**

M9 : Oui, ça aussi, mais bon. *[Rires]*. Faut y réfléchir à deux fois, ou alors avec un scaphandre. *[Rires]*.

**CL : Donc peut-être la sensibilisation des patients, qu'elle soit faite par le médecin mais aussi d'autres personnels comme le pharmacien ou l'infirmière.**

M9 : Oui, et à un moment donné aussi, l'idée

c'était de rapporter les antibiotiques qui n'étaient pas utilisés.

**CL : Pour éviter l'automédication ?**

M9 : Je vois mal, on voit mal un patient heu, ramener ses quatre comprimés d'antibiotiques à... Vous me direz ça serait mieux peut-être que de les jeter à la poubelle. Parce qu'à mon avis y'a pas mal de médicaments qui doivent être jetés à la poubelle et je me suis d'ailleurs toujours posé la question si quand on buvait de l'eau du robinet, on finissait pas quand même par prendre des antibiotiques à petites doses, parce que heu, y'en a peut-être un peu dedans... Je sais pas si tous les filtres qu'ils peuvent faire finissent par... Et puis d'autant plus, il y a toute l'antibiothérapie, après on n'en a pas beaucoup parlé mais il faudrait peut-être aussi aller voir l'industrie agro-alimentaire, parce que... On parle beaucoup des médecins, des angines, etc, mais quand on voit maintenant « poulet sans antibiotiques »... Pourquoi, du poulet ça prend des antibiotiques ? *[Rires]*. On mange un poulet aux antibiotiques ? Heu, ça fait peur quand même.

**CL : Tout le côté vétérinaire et alimentaire...**

M9 : Ça serait intéressant du côté vétérinaire ou agro-alimentaire de savoir heu, qui donne le plus d'antibiotiques. Bah je suis pas certain que ça soit nous. Et ça par contre, c'est heu, systématique, à la dose, et tout le monde. Est-ce qu'ils sont pas pourvoyeurs du risque d'autant plus que

c'est les mêmes molécules que nous hein. Heu, je pense pas qu'il y ait d'antibiotiques particuliers pour les produits vétérinaires hein, c'est les mêmes classes. Donc ça aussi c'est à mon avis une piste, et ça on n'en parle pas hein. Je sais pas si les vétérinaires sont sensibilisés aux antibiotiques. Ils doivent donner beaucoup plus, moi à mon avis parce que... Bon après interroger des animaux c'est compliqué, et puis surtout je pense que le vétérinaire qui intervient dans un poulailler où y'a 10000 poules, heu, si jamais il en perd 10000, heu, il va être mal, il va être mal...

**CL : Oui, donc ils sont peut-être un peu moins regardants ?**

M9 : Je me demande s'ils sont pas un petit peu, ouais moi je... Ouais parce que ça m'a surpris la fois dernière, « poulet sans antibiotique ».

**CL : Et après dans la chaîne alimentaire ça peut se répercuter sur l'homme et...**

M9 : Heu, ouais, vous savez pas si les molécules sont complètement détruites, qu'est-ce qu'il reste heu, y'a quand même des demi-vies, y'a quand même des éliminations urinaires heu, fécales... On se pose des questions quand même quoi. *[Rires]*. Moi je suis pas certain quand même qu'on soit les seuls en cause.

**CL : Responsables...**

M9 : Non je pense pas, moi à mon avis y'a d'autres heu... Par contre là-dessus, est-ce qu'il a été fait quelque chose ? Est-ce qu'on dit aussi aux éleveurs de... que les

antibiotiques c'est pas automatique ? Je suis pas sûr.

**CL : D'accord donc heu, sensibiliser les médecins, les patients et aussi tous les autres secteurs qui peuvent être pourvoyeurs d'usage d'antibiotiques.**

M9 : L'industrie agro-alimentaire, ah ouais.

**CL : Et du coup de résistances... et l'environnement...**

M9 : Ah ouais, on serait peut-être surpris. Rires. Parce que quand y'a 10000 poulets qui prennent un antibiotique, ça doit faire quand même beaucoup plus que moi ce que je donne par an aux patients. *[Rires]*.

**CL : *[Rires]*. Ça marche. Du coup est-ce que vous avez quelque chose à rajouter sur le sujet ?**

M9 : Non, je sais pas, si j'ai pu répondre à

vos questions...

**CL : On a parlé de pas mal de choses**

M9 : Qu'est-ce qu'on peut dire de plus... Je sais pas, je pense qu'on a à peu près fait le tour.

**CL : Très bien, merci beaucoup.**

[Fin de l'entretien]

*Ressenti après l'entretien : C'était un entretien très riche, facile à conduire, l'interlocuteur développant lui-même spontanément et de manière détaillée ses idées.*

*Ressenti après retranscription : Je suis contente de la manière dont j'ai relancé l'interlocuteur et je pense lui avoir laissé assez de temps pour réfléchir à ses idées et les développer. Beaucoup de contenu sera utile à mon analyse.*

**Entretien n°10 :**

**CL : Donc heu, pour commencer, je me présente. Donc, je suis Clémence Leturcq, je suis médecin remplaçant, ancienne interne issue de la faculté de Lille. Heu, on se rencontre aujourd'hui dans le cadre de ma thèse, qui s'intéresse heu, aux représentations et ressentis des médecins généralistes sur les bactéries multi-résistantes et l'antibiorésistance. Heu, donc la participation à l'étude, ça consiste en un entretien enregistré au dictaphone au cours duquel on échange sur le sujet. Heu, y'a pas de bonne ou mauvaise réponse, y'a pas de jugement ou quoique ce soit, c'est vraiment l'opinion personnelle. Heu, au niveau de l'anonymat des données, y'a toutes les démarches qui ont été faites auprès de la Commission Nationale Informatique et Libertés et du Comité de Protection des Personnes pour tout anonymiser au niveau de la thèse, donc y'a les noms des participants nulle part et je supprime tout dès que j'en n'ai plus besoin. Est-ce que vous pouvez me renouveler à l'oral votre accord pour participer à l'étude ?**

**M10 : Oui y'a pas de souci, je suis d'accord pour participer à l'étude.**

**CL : Ça marche, merci. On va pouvoir commencer, donc, pour commencer est-ce que vous pouvez me dire ce que vous évoque la notion d'antibiorésistance ?**

**M10 : Alors, heu... Donc moi je suis**

médecin généraliste, j'ai fait heu, et de l'externat, et de l'internat en maladies infectieuses à *Ville F*.

**CL : D'accord.**

**M10 : Donc j'ai géré des heu, des dépistages des portages de BMR, j'ai géré des patients BMR, heu... Et actuellement, heu, même si en ville on a une pression beaucoup plus infime qu'en intra-hospitalier sur les BMR, heu, on, on est 90% de l'iceberg puisqu'on est 90% des prescripteurs d'antibiothérapie. Et donc, on est un petit peu les... les garants du, de la bonne prescription pour éviter un emballement des BMR, puisqu'on sait que, heu, vers, entre 2050, peut-être avant, entre 2030 et 2050 ce sera probablement la première cause de mortalité avant les cancers. Voilà. Ça c'est un peu voilà, ce que je ressens sur les BMR dans leur généralité, après dans les cas pratiques on peut en discuter après l'introduction.**

**CL : Et donc, du coup on parlait de l'externat, de l'internat, le fait d'avoir été en maladies infectieuses heu, quelle influence vous pensez que ça a eu sur votre pratique ?**

**M10 : Alors, en tant qu'externe, heu, ça a plutôt été une découverte de l'infectiologie en tant que tel et des réponses qu'on pouvait apporter à l'infectiologie. En tant qu'interne, heu, un petit peu plus complexe parce que j'ai été amené essentiellement, moi c'était pendant heu l'épidémie d'Ébola, et de MERS-Cov, le coronavirus du Moyen-**

Orient, pas celui-là actuel. Heu, et notamment j'ai eu deux patients étrangers avec des tuberculoses XDR. Et heu, se rendre compte que bah on a une... Et pour la personne, donc pour le praticien, mais pour la personne, on a une bactérie qui va vraiment changer la façon de vivre de la personne, parce que mon patient avec une tuberculose XDR, il était enfermé pendant quatre mois dans sa chambre sans visite, sans pouvoir sortir. On met des thérapies assez invasives, on met un PAC pour passer des antibiotiques, on met des antibiotiques qui ont des demi-vies de cinq mois, avec des rétinopathies, on va leur balancer ça pendant six mois, on les met derrière dans des sanatoriums, donc c'est quelqu'un qui pendant dix-huit mois, sur une heu, sur une BMR qu'il a acquis, va avoir sa vie qui va être complètement chamboulée. Heu, après, plus jeune alors, l'externat, la maladie infectieuse je l'ai faite également sur *Ville F*, comme mon stage en tant qu'interne, mais j'ai fait pas mal de stages en externat à *Ville D*, où il y a eu l'épidémie d'ABRI, *Acinetobacter* résistant à l'Imipenème, où là vraiment j'ai connu heu, la réanimation de *Ville D* coupée en deux avec la partie ABRI pure et la partie non-ABRI. Donc voilà, ça a quand même des répercussions, on se rend compte avant l'épidémie actuelle que la prise en charge des BMR modifie énormément la prise en charge de service, modifie énormément heu la vigilance du personnel, nécessite des

traitements de dernière ligne qui ont souvent une toxicité importante pour les personnes, avec un taux de létalité important hein, la tuberculose XDR, on a un taux de létalité supérieur à 50%. Donc ça change énormément la vie et nous on fait aussi attention à nous parce que forcément quand on rentre dans des chambres Ébola, quand on rentre dans des chambres de MERS-CoV ou quand on rentre dans des chambres de tuberculose XDR, bah on est soumis à un risque forcément de l'attraper donc, heu, avant cette épidémie actuelle voilà, j'étais déjà, on était déjà en combinaison complète heu, en maladies infectieuses. Après, c'est aussi une ouverture, c'est-à-dire que, heu, faire un semestre en infectiologie, ça permet de mieux manier les antibiotiques, mieux les comprendre, heu, et ça permet dans la pratique, parce que ça certes y'a les XDR, mais dans la pratique de tous les jours, de comprendre pourquoi je vais mettre tel antibiotique, qu'est-ce que ça implique sur le... Le microbiote de mettre quel antibiotique, parce qu'à *Ville F* on faisait des, des transplantations de microbiote fécal quand vraiment au bout d'un moment, un *Clostridium difficile*, que heu, mamie Josiane a attrapé à 85 ans à l'hôpital après sa Xième cure d'Augmentin et a finalement, tous les traitements qu'on a sont épuisés, on est quand même dans des pratiques heu, assez particulières, on se dit bon bah la seule possibilité pour qu'elle survive c'est lui

mettre une transplantation d'un microbiote fécal d'une autre personne. Et donc finalement, on se dit, ça, ça part pas d'une tuberculose XDR, ça part d'une pathologie classique, elle a été antibiotisée sur des pneumonies, elle a eu de l'Augmentin, ah, on a un Clostridium qui arrive, le Clostridium il résiste à la Vanco, il résiste au Flagyl, il résiste à la Fidaxomicine, on se retrouve à dire bon bah c'est ça ou rien quoi. Parce que bah, cette dame autonome, bah elle n'a pas de place en réanimation, elle a pas de place parce qu'elle a 80 ans, maison de retraite. Donc ça a quand même, voilà, des petites connotations, finalement on se dit bah en fait, c'est assez intéressant la maladie infectieuse, parce qu'on s'ouvre vers un monde d'antibiothérapie, avant que ça soit la mode actuelle, et ça m'est utile tous les jours dans ma pratique de médecin généraliste, que ça soit dans l'infection qu'on va maîtriser le mieux, c'est-à-dire l'infection urinaire, qui est l'infection la plus documentée. Alors, là, le risque de BMR il est dingue sur les traitements probabilistes et que derrière, enfin voilà, on a encore nombre de confrères qui vont mettre des traitements à haute probabilité de création de résistances, heu, en probabiliste, heu, ou pire, sans probabiliste avec une antibiothérapie documentée, mais parce qu'ils maîtrisent mal l'outil, l'outil de l'antibiotique. Et quand j'étais externe ou interne, entre guillemets, j'étais le pote heu, à qui on passe un coup de fil pour, et je le

suis encore, pour demander un avis heu, pseudo-avis infectio...

**CL : Par rapport à l'expérience que vous avez eue...**

M10 : Bah, par rapport à l'expérience, on m'envoie un antibiogramme en disant « tu mettras quoi ? ». Ça c'est encore réel, alors que je suis pas infectiologue, j'ai pas voulu faire le DESC parce que je voulais pas faire de l'infectiologie pure, puis j'ai tenté de faire le DU d'antibiothérapie de soins primaires qui a été créé, malheureusement le COVID est arrivé donc le DU a été shunté en mars. Mais voilà, on discutait, donc y'a quand même des choses à créer là-dessus, et y'a quand même un engouement pour certains médecins généralistes, de dire, bah tiens, je vais aller pousser un petit peu plus ma réflexion sur l'antibiothérapie, et heu, dans, dans l'idée d'améliorer ma pratique, dans l'idée de moins prescrire d'antibiotiques et mieux prescrire des antibiotiques, voilà.

**CL : D'accord. Donc heu, donc si je résume un peu, en fait, le fait d'avoir été confronté directement pendant les études aux BMR et aux problématiques que ça pouvait engendrer pour le personnel et pour le patient, ça vous a sensibilisé davantage à ce problème.**

M10 : Oui.

**CL : Ce que vous disiez aussi, c'est que les médecins généralistes, enfin, la médecine de ville était très pourvoyeuse de prescriptions d'antibiotiques, que du coup on est, enfin les médecins**

**généralistes avaient un rôle à jouer pour éviter ça. Qu'est-ce que vous pensez qui pourrait être fait à ce niveau-là ?**

M10 : Alors, on a, oui donc c'est, c'est 90%, alors ça je pense je l'avais trouvé dans ma thèse...

**CL : Oui, j'ai les mêmes chiffres à peu près.**

M10 : Essentiellement de la pénicilline A, heu, et en fait, quand on regarde le... l'utilisation des antibiotiques, y'a deux choses qui sont très intéressantes. Heu, que moi je trouve très intéressantes et que j'essaie d'expliquer à mes externes qui sont au cabinet, c'est que bah, par rapport aux autres pays à côté de nous, notamment la Belgique et les Pays-Bas, qui sont transfrontaliers avec un même climat, avec une même population, on a une prescription qui est à l'opposé au plan européen. On est avant-derniers avec les grecs et eux ils sont dans les premiers, deuxième en peu de prescription d'antibiotiques. Or ils ont pas une population qui est mieux ou moins bien que la nôtre, ils ont pas heu, autant de résistances, alors, sur certaines bactéries que nous. Après, heu, donc ça, on se dit bah tiens, on prescrit trop d'antibiotiques, et typiquement, un exemple heu concret, qu'on essaye, que j'essaie dans ma pratique, c'est de dire, bah par exemple l'antibiothérapie de l'otite de l'enfant, chez nous c'est deux ans, même dans les recommandations c'est deux ans. Chez les belges c'est six mois, après six mois ils se

laissent 48 heures. Nous, on... on est timide après six mois, et je pense que même un médecin généraliste qui a une petite affinité pour l'infectio, bah il est pas encore prêt à dire heu, « ok, après six mois je laisse 48 heures » si au-dessus de lui y'a pas des instances ou des reco qui vont dire « ok, on fait 6 mois 48 heures, 6 mois plutôt que deux ans on laisse 48 heures ». Donc ça, on a besoin aussi de médecins généralistes qui font remonter un peu du terrain parce que les recommandations en infectiologie c'est très bien, le problème c'est que c'est fait par des infectiologues hospitaliers, que heu, la pratique du libéral c'est autre chose, c'est, y'a, y'a une temporalité différente du libéral. On prescrit pas de la même façon un lundi matin et un vendredi à 18h, un gamin qui a 39 sachant qu'on pourra pas le surveiller le vendredi soir, même moi dans ma pratique je le fais pas de la même façon. Même si on s'aide d'outils, bah c'est jamais fiable à 100%, j'ai une micro-CRP au cabinet, c'est pas pour autant que... on va dire dans le but de m'éviter de prescrire un antibiotique, mais on réfléchit pas de la même façon, et ce travail il a réussi à être fait par exemple avec nos collègues vétérinaires qui ont largement, on leur a demandé de largement diminuer les antibiothérapies, ils l'ont fait, pourquoi nous on le ferait pas de notre côté ? Et, voilà, les, après bon y'a eu des campagnes « Les antibiotiques c'est pas automatique », ça a bien marché. Là, y'a quasiment personne qui connaît le slogan



actuel des campagnes de prévention d'antibiothérapie, et heu, et de toute façon voilà, ça a un peu perdu de son souffle, et je pense qu'on a un gros travail à faire là-dessus nous en médecine générale, parce que voilà on est primo-prescripteurs, il faut qu'on fasse de l'éducation thérapeutique avec les patients, il faut qu'on explique pourquoi on ne donne pas d'antibiotique, pourquoi on donne pas tel traitement. La pandémie, ça a eu des côtés positifs, des côtés négatifs, les gens s'en sont un peu aperçus, que la distanciation sociale, le fait de se laver les mains, des choses comme ça, ça diminuait certaines épidémies notamment de gastro. Là c'est revenu, les gens font un petit peu n'importe quoi. Mais on s'est aussi rendu compte que les gens sont inquiets quand on leur propose pas un traitement, surtout typiquement chez nous en France, heu, on a le nez qui coule, bah faut un truc pour le nez, on tousse il faut un sirop, il leur faut, il faut tout pour chaque organe.

**CL : Hmm, hmm.**

M10 : On s'est bien rendu compte que bah, dire à quelqu'un qui a le COVID, on va vous donner du doliprane, ça fonctionne pas, par contre, on va vous donner des traitements qui sont non éprouvés, qui sont soit des antibiotiques, soit des antiparasitaires, soit heu, des médicaments utilisés dans des pathologies rhumatismales, ou auto-immunes, bah au final, y'avait énormément de français qui étaient demandeurs de ça,

même si c'était pas prouvé. Donc, on a quand même nous un rôle pivot, y'a quand même beaucoup de gens qui viennent nous demander conseil qui, dont on fait partie dans la famille, et donc si on arrive à, heu, éduquer tranquillement les gens en disant, bah voilà, l'antibiothérapie je vous la met parce que c'est une infection bactérienne, je ne vous la met pas parce que je ne pense pas que ça soit une infection bactérienne, c'est important, et il nous faut quand même un, un conseil national au niveau de l'antibiothérapie qui prenne en charge les particularités de la médecine libérale, parce que c'est facile, à l'hôpital on a l'infectiologue qui est là, on peut l'appeler facilement, en ville on peut les appeler, mais souvent, bah on n'a pas le temps, on court après le temps, donc, on a des outils qui nous aident, et je pense que effectivement les outils, ont, pour les jeunes médecins, beaucoup heu, beaucoup aidé, sur Antibioclic, donc ceux qui ont fait le DU d'ailleurs d'antibiothérapie en soins primaires à *Hôpital B*. Heu, donc sous la direction de *infectiologue A*, heu, et *infectiologue B*, heu, ils ont beaucoup aidé, et je pense que toute la jeune génération connaît Antibioclic, heu, disent bon bah voilà, je m'y connais pas, je réfléchis pas, je regarde. Qui est juste un classement des recommandations en médecine ambulatoire, et ce qui est très bien. Et voilà, mais des fois Antibioclic ça couvre pas tout, heu, et donc, et surtout les médecins un

petit peu plus âgés, notamment les plus de 40-50 ans, qui maîtrisent un peu moins bien l'outil informatique ou un peu moins bien Antibioclic, bah, c'est aussi ceux qui ont les anciennes tendances à sur-prescrire, heu, des antibiotiques un petit peu *larga manu*. Donc on a un gros travail sur nous-mêmes à faire pour diminuer notre prescription d'antibiothérapie.

**CL : Ok, donc heu si je récapitule, donc y'aurait un travail à faire à la fois du côté des « hautes instances » entre guillemets pour revoir les recommandations et peut-être les harmoniser à l'échelle internationale, au moins sur des populations similaires, où on voit qu'il y a des pays voisins où finalement la population est pas si différente et on fait autrement, et ils ont pas forcément plus de dégâts que nous.**

M10 : Que nous. Tout à fait.

**CL : Et après un travail aussi d'éducation thérapeutique des patients, donc on a parlé de la campagne heu, de 2002, donc d'après ce que vous dites qui a eu un effet à l'époque mais qui depuis a été laissée un peu, aux oubliettes, et des nouvelles campagnes qui ont eu moins d'impact finalement...**

M10 : Bah, je, faut... Si on demande je pense heu, même à des médecins, quel est le dernier slogan de la campagne heu, de prévention de l'antibiorésistance, je sais pas si y'a 5% des médecins qui savent le slogan. Je l'ai su parce que j'ai regardé, on m'a posé

la question.

**CL : Oui, c'est vrai quand on regarde on se rend compte qu'il y a eu pas mal d'autres campagnes finalement, mais qui n'ont pas eu le même impact...**

M10 : Les gens se souviennent, l'antibiotique c'est pas automatique, ça ils s'en souviennent, et même notre, nos patients ils s'en souviennent. Ceux d'après, pffft, ils s'en souviennent pas ou ils savent même pas qu'il y a des campagnes ou des choses comme ça qui sortent. Après, on peut toujours voilà, l'antibiotique c'est pas automatique ça ils s'en souviennent donc on peut rebondir là-dessus, et voilà, après on peut... La Sécu a donné, oui on a les feuilles « je ne prescris pas d'antibiotique », pourquoi, parce que je pense que c'est viral, et compagnie, et compagnie. Mais, ça ne remplace pas heu, le contact avec le praticien, ça remplace pas l'explication du praticien, une petite feuille en papier. Surtout qu'on est en France, et en France y'a quand même une grande défiance vis-à-vis des institutions, et de la prise en charge centralisée. Donc, on est vraiment le pivot dans le soin primaire autour du patient et de sa famille, et heu, et voilà, une bonne éducation ciblée sur heu, les parents, dès le plus jeune âge sur leur enfant, ça n'est que bénéfique pour tout le monde. Quand on voit, moi je fais énormément de pédiatrie, quand on voit la sur-prescription, les enfants sont arrosés d'antibiotiques, on sait que 9 infections virales sur 10 chez l'enfant, enfin

9 infections sur 10 chez l'enfant est virale, même les otites et compagnie. Donc en fait, on fait à profusion, en probabiliste, on les arrose d'antibiotique alors qu'au final on se rend compte que c'est pas si utile que ça. Par contre ça a des conséquences derrière heu, sur leur microbiote. C'est pas... Après voilà, je balancerai quand même que, je nuancerai avec, les parents aujourd'hui ont un petit peu moins tendance à tout de suite chercher de l'antibiothérapie et que on commence quand même à avoir une petite mouvance de, heu, parents qui sont heu, réceptifs à cette éducation thérapeutique, réceptifs au contrôle de dire bah, je vous mets rien, dans 72 heures si jamais y'a quelque chose on se revoit, d'être dispo... Après faut être disponible pour revoir les patients, être disponible pour bien écouter, pour écouter les inquiétudes. On a des petites astuces aussi qu'est la prescription retardée. On sait que la prescription retardée, 30% des patients l'utilisent au maximum, heu, c'était une étude qu'ils avaient faite en 2016 je crois sur *Capitale A*, de dire voilà, je vous dis, si dans 72 heures il chauffe toujours, vous mettez ça, on sait que la plupart des viroses vont chauffer moins de 72 heures, ça permet de détendre les parents, de dire le médecin m'a mis l'antibiotique, de ne pas l'utiliser et souvent, moi dans ma pratique ils l'utilisent rarement parce que je demande de m'appeler quand ils l'utilisent, donc de temps en temps oui ils vont passer un coup de fil en disant voilà, il

chauffe toujours, oui je vais l'utiliser mais en fait c'est rarement le cas. Mais ça permet d'avoir, voilà, une sécurité, ils se sentent en sécurité du coup ça permet de diminuer. Alors ça c'est un petit peu dommage parce que du coup sur la prescription, ça c'est compté par la Sécu comme une antibiothérapie, mais en réalité nous on sait qu'on antibiose pas l'enfant.

**CL : C'est ça donc finalement les parents ils se disent « bah j'ai quelque chose au cas où » et en même temps ça leur permet aussi de se rendre compte par eux-mêmes que bah finalement y'en avait pas besoin puisque 24 heures plus tard bah, y'a plus de fièvre et heu, ça va mieux.**

M10 : Et petit à petit, on va se défaire de cette prescription retardée de l'antibiothérapie parce qu'on peut pas du jour au lendemain, y'a une peur sur les maladies bactériennes, heu, on dit heu, voilà, on, je trouve ça toujours très intéressant. Les gens le mot septicémie ça leur fait peur, le vieux mot septicémie qu'on n'utilise quasiment plus ça leur fait peur. Pneumonie ça leur fait extrêmement peur, alors oui c'est la première cause de mortalité pédiatrique au monde, mais heu, voilà, en France c'est quand même assez rare les enfants qui meurent d'une pneumonie à l'heure actuelle. Heu, le staphylocoque ça leur fait peur, alors que le SARM, et en ville y'a moins de 5% de SARM, et même à l'hôpital y'a moins de

15% grâce aux solutions hydro-alcooliques, mais le staphylocoque c'est un mot qui leur fait extrêmement peur. Et donc y'a toujours cette peur de l'infection bactérienne, ou de l'infection post-opératoire qui leur est resté, des choses comme ça. Et donc pour heu, et ils associent fièvre avec infection bactérienne donc, on a un gros travail à faire heu, pour essayer qu'ils comprennent que, un, bah la plupart des infections sont plutôt virales et on n'a pas d'antiviraux à proposer hein, dans la plupart des infections bénignes, et de préserver ces antibiotiques parce que de toute façon, le temps de faire un antibiotique, c'est extrêmement long, le temps de résistance bactérienne à un antibiotique il est de quelques mois après la sortie de l'antibiotique, donc nos armes thérapeutiques vis-à-vis des bactéries elles sont faibles. Donc au bout d'un moment, on a un gros travail pivot à faire nous, parce que comme je dis, on est l'iceberg, on est la queue de l'iceberg, on se voit pas, mais si on fait pas le travail en amont de ça, bah arrive aux urgences ce qui peut arriver, une jeune femme de 30 ans avec une pyélonéphrite avec une BMR quoi. Parce que, elle a eu des fluoroquinolones sur une cystite, parce qu'elle a été arrosée d'autres antibiothérapies. Ce qui est un petit peu dommage.

**CL : Donc finalement, la gestion de l'antibiorésistance et des BMR ça passe avant tout par la prévention.**

M10 : Oui.

**CL : Et donc peut-être une moindre prescription pour une moindre pression antibiotique, et une éducation des patients pour qu'ils comprennent justement pourquoi on prescrit moins et la nécessité des antibiotiques.**

M10 : On ne peut pas, voilà, on ne peut pas moins prescrire, non-prescrire sans que les patients comprennent. C'est impossible. Sinon, ils vont aller en face, et ils vont trouver forcément quelqu'un qui va au final leur prescrire un antibiotique, parce que, ouais, on a une pression de soin importante, et oui y'a certains médecins, quand on finit à 21 heures, heu, que le gamin il hurle dans le cabinet, heu, on n'est pas aussi frais pour faire de l'éducation thérapeutique que le matin, donc au bout d'un moment on dégage facilement l'antibiotique en fin de soirée. Et on l'a tous fait. Ou même chose, en garde, sur des gardes à 22h30, bon on sait pas trop, on a tendance je pense aussi à sur-antibioser en maison médicale de garde qu'en ville, qu'en pleine journée, quand on a le temps, que ces nos patients, qu'on peut les revoir et compagnie. Y'a aussi une peur de passer à côté de quelque chose des médecins, de « je mets pas, et si jamais c'était bactérien et si jamais ça se complique, ça va me retomber dessus ». Heu, enfin voilà, ça aussi il faut le prendre en compte. Et autant sur nos patients au cabinet, qu'on peut revoir à 48 heures c'est facile, autant quand on est de garde et que c'est quelqu'un qu'on ne verra qu'une fois

dans toute sa vie on a, encore une fois comme le vendredi soir, on n'a pas la même capacité de discernement et de prescription. De dire, bah je préfère mettre un antibiotique que rien... en disant...

**CL : Ne pas prescrire un antibiotique c'est plus difficile que de prescrire finalement ?**

M10 : Tout à fait.

**CL : Avec tout le travail d'éducation et puis la peur éventuellement de faire une bêtise en ne prescrivant pas d'antibiotique heu ?**

M10 : On est d'accord. Ne pas prescrire c'est plus difficile que de prescrire. Et ça c'est un grand travail sur l'intégralité des médicaments, c'est rarissime je pense que, pour, une personne sorte du cabinet sans une prescription. Ils veulent tous hein, on y va, même du doliprane hein, une boîte de doliprane ça coûte 1€10, ils ont 50 centimes de franchise dessus donc la boîte ça coûte 60 centimes, quel est l'intérêt de prescrire une boîte de doliprane à quelqu'un qui a largement les moyens de s'en payer ? Mais c'est pour avoir des fois la prescription.

**CL : L'impression de faire quelque chose...**

M10 : L'impression de faire quelque chose, plutôt que de dire vous avez un rhume, vous vous mouchez, enfin voilà vous allez prendre du sérum physiologique heu, voilà. Mais on a besoin, et ça c'est quelque chose dont il faut qu'on apprenne à se défaire, heu, et... Copions les modèles de nos frontaliers

belges, et anglo-saxons et néerlandais qui prescrivent beaucoup moins de médicaments que nous, beaucoup, beaucoup moins.

**CL : Oui, de façon générale, antibiotiques ou autres...**

M10 : Oui, antibiotiques ou autres, hein de façon vraiment générale. Et si les patients déjà, ont moins de médicaments de façon générale, l'antibiotique ça en fait partie. Ils vont pas forcément... Nous, sur *Ville G*, on a une population néerlandaise assez importante, et anglo-saxonne assez importante, ils sont pas demandeurs d'antibiothérapies, et ça c'est aussi un truc qui est très intéressant, c'est-à-dire que, heu, ils... quand on... est quasiment je pense, persuadé, ou, heu, intimement convaincu que ce soit une infection virale, il faut jamais, si le patient ne le demande pas heu, proposer une antibiothérapie ou ne pas proposer une antibiothérapie. Et des fois, on est surpris heu, que la personne n'est pas venue chercher d'antibiotique. Et heu... en travail rétrospectif, c'est vrai que des fois, même moi, j'en discute souvent avec mes étudiants, ça m'arrive, allez on va dire... là on est un peu l'antibiotique anxiolytique, de proposer un antibiotique à un patient qui en voulait pas, et de dire bah en fait on est vendredi, « ah je vais vous mettre un antibiotique » parce que voilà, raison X, raison Y, et heu, en face de me rendre compte que le patient dit « ah bah non j'en n'ai pas forcément besoin, vous êtes sûr

heu..., heu la dernière fois j'ai eu des troubles digestifs heu, j'en ressens pas l'utilité ». Et là je me sens con, parce que je me suis dit et que j'étais resté même moi dans ma clinique de non, c'est viral, je prescris pas d'antibiotique, j'aurais eu encore heu, l'accord et l'alliance thérapeutique du patient. Et donc, ça c'est aussi un gros travail à faire de se dire heu, voilà, le patient n'est pas demandeur, ça correspond bien à ce que j'ai en viral, on est tous les deux d'accord, on va renforcer du lien. Le patient est demandeur, parce contre c'est viral, éducation thérapeutique. Heu, je mets les antibiotiques, j'explique pourquoi je mets les antibiotiques, parce que c'est indiqué dans cette situation-là. Et ça c'est un travail qu'on doit faire sur nous-mêmes tous les jours, et se dire pourquoi, pourquoi y'a des moments je n'ai pas réussi à ne pas prescrire. Et heu, ça nous arrive à tous, et tout le monde.

**CL : Oui. Et, pour revenir un peu, tout à l'heure on avait rapidement évoqué les antibiothérapies plutôt dans le monde vétérinaire, je sais pas si vous aviez d'autres choses à dire là-dessus, sur ce qui a pu être fait dans ce milieu-là pour limiter l'antibiorésistance ?**

M10 : Alors, au niveau heu, du milieu vétérinaire, grosso modo, fallait savoir que, initialement, heu, on... On avait un gros usage des antibiotiques à visée de croissance heu, animale hein. C'est-à-dire qu'on dézingue un microbiote, du coup ils

bouffent, ils bouffent, ils bouffent, et ils s'engrossent beaucoup plus hein. Parce qu'on se rendait compte hein que ce microbiote, le microbiote digestif il a un impact sur la façon dont on absorbe les aliments, dont on prend du poids, c'est... c'est des recherches qui sont faites sur des souris à qui on greffe des microbiotes de souris obèses versus souris non obèses et en fait on arrive à une modification de poids, parce qu'en fait heu, la composition du microbiote fécale est telle que, en 48 heures, on est capable de le modifier. Même chose si on passe d'un régime omnivore à végétarien, on n'a pas du tout la même colonisation bactérienne au niveau du tube digestif. Et donc, quand les... En médecine vétérinaire, on a demandé d'arrêter l'antibiothérapie, heu, pour heu, dans la grosse production animale pour engraisser les animaux, ils ont quand même fait un travail drastique, ils ont baissé de 40 ou 60% l'utilisation des antibiotiques. Ils utilisent pour traiter mais plus en prévention ou à visée d'engraissement. En fait, du coup, ça a fait quand même largement heu, diminuer l'utilisation des antibiotiques, parce que finalement ça se retrouve dans l'eau, ça se retrouve dans la terre, ça se retrouve dans l'alimentation.

**CL : Ça a des conséquences environnementales...**

M10 : Ça a des conséquences environnementales, même sur la santé. En, en Inde, où sont fabriqués la plupart des

derniers antibiotiques, donc tout ce qui est C5G et compagnie. Les usines ça se met dans la rivière, les gens se baignent dans la rivière, un voyage en Inde on est colonisé aux BMR à partir de deux semaines de vie en Inde et pendant six mois. Et donc ça, les gens ils sont, même s'ils sont pas malades ils sont exposés à des BMR, pourquoi, bah parce qu'ils vont laver le linge à la rivière, ils vont se baigner dans la rivière, ils sont exposés heu, à des particules de C5G, et donc bah... heu les entérobactéries elles se mettent à résister, donc après on se rend compte que, bah quand il faut les traiter, bah comment ça se fait que, bah on a une grosse antibiorésistance, alors qu'ils sont pas été exposés, mais si, ils ont été exposés par les voies environnementales. Et donc en fait, dans l'alimentation qu'on mange, on se dit bah en fait, mon cochon qui est engraisé à qui on donne des antibiotiques alors qu'il est pas malade, bah les résidus d'antibiothérapie je les retrouve dans mon jambon, je les retrouve dans ma nourriture, puis je les retrouve dans les déchets, dans les nitrates, je les retrouve dans les nappes phréatiques, bon, au bout d'un moment voilà, on est dans un cycle où finalement on expose, on expose, et donc bah, les bactéries sont des êtres vivants, elles résistent, et après on se retrouve à avoir des BGN résistants parce que bah, on est exposés à des consommations d'antibiotiques. Après j'ai plus les chiffres en tête, je les avais parce que bon, on avait

discuté, on... j'ai beaucoup d'amis véto et on discute sur, voilà les différentes antibiothérapies et compagnie, et ils avaient drastiquement diminué avec une interdiction d'utilisation, donc... à partir du moment où on dit vous avez plus le droit d'utiliser tel antibiotique sur tel antibiotique, bah ils font différemment. Et ils ont fait de la prévention, ils ont fait de la médecine entre guillemets « alternative », ils ont fait un petit peu plus de phytothérapie, ils ont régulé mieux leurs troupeaux, enfin voilà, ils ont changé un peu l'approche. Et on le voit, c'est un peu dans l'ère de la société, enfin je pense que plus personne maintenant n'a envie de voir des abattages de poulets comme on peut voir, ou des abattages de porcs où ils sont 15000 dans un enclos. Donc, ça, ça fait partie, et je pense qu'il faut qu'on profite de cet élan, de dire bah, heu, si les gens ont envie d'avoir moins d'antibiotiques des choses comme ça, pour surfer sur la vague...

**CL : De l'écologie finalement...**

M10 : Voilà, écologie sur les médicaments, écologie sur tout ça, et on, j'espère que dans les années qui arrivent, les générations elles vont un petit peu changer par rapport à tout ce qu'on a, tout ce qu'on a fait auparavant.

**CL : Et, on parlait tout à l'heure rapidement, c'était le fait de prescrire un antibiotique de façon différée, que la Sécu le comptabilisait quand même comme une prescription. Donc par rapport à ça donc y'a aussi la**

**rémunération sur objectifs de santé publique avec certains indicateurs heu, au niveau des prescriptions d'antibiotiques, qu'est-ce que vous pensez de ça du coup ?**

M10 : Alors, je vais rester très poli avec ma déléguée d'assurance médicale avec qui je me suis souvent pris la tête. Heu, faut savoir que, heu, c'est la même chose hein, la ROSP sur le, sur l'antibiothérapie, c'est... enfin c'est une vaste blague hein, parce que du coup, typiquement, en fait ils ne prennent pas en compte les adaptations d'antibiothérapie. C'est-à-dire que donc, une jeune femme qui fait une pyélonéphrite, on va lui mettre 48 heures d'antibio soit IM soit per os, dont une fluoroquinolone ou une C3G, deux des antibiotiques à haut risque qu'il faut garder, mais ce sont les recommandations nationales, c'est ce qui marche le mieux, et heu, la pyélo pouvant dramatiquement vite se transformer en urosepsis sévère, il faut le faire, et après on adapte. Sauf qu'en fait eux l'adaptation ils la comptent comme une deuxième ligne d'antibiothérapie. Donc c'est-à-dire que, ils vont dire que vous avez fait une fluoroquinolone ou une C3G, et vous avez fait de l'Amox ou une autre antibiothérapie en relai. Même chose chez les enfants en fait, chez les enfants il y a beaucoup de traitements où on va changer, on va alterner, et ils vont le compter en double. Je me suis rendu compte que, enfin voilà, ils m'ont mis une exposition aux C3G chez les

enfants de moins de trois ans, c'est du relai, c'est du Céfixime, c'est du relai oral des infections urinaires, en mettant, attention vous avez un seuil supplémentaire. Encore, je disais c'est biaisé parce que je fais 80% de pédiatrie donc forcément les infections urinaires, c'est moi qui les suis en relai, des choses comme ça, et ça c'est logique. Et en fait, ça, ce qui manque un peu, il manque un peu de pertinence dans ces objectifs de ROSP de dire, bah oui mais la C3G chez un enfant de moins de 3 ans, y'a aucun gamin qu'on pique nous avec de la Rocéphine. Ça c'est de l'hospitalier heu, sur des infections sévères. Nous, on sait très bien que c'est Céfixime, qu'on utilise en relai dans l'infection urinaire de la fille. Point barre, c'est tout. Donc en fait, ce qui manque dans cette ROSP, c'est qu'il y ait vraiment des gens qui regardent les indications d'antibiothérapie et qui disent ok, c'est adéquat, c'est pas adéquat. Même chose, comme je fais beaucoup de pédiatrie, j'ai énormément d'enfants avec des otites sur des tympans ouverts, avec des yoyos des choses comme ça, où on va mettre des fluoroquinolones en intra-auriculaire avec de la dexaméthasone, c'est les seuls antibiotiques qu'on a de toute façon, donc grosso modo on nous dit ah bah oui vous utilisez des fluoroquinolones en masse chez les enfants. Bah non, un, c'est contre-indiqué les fluoroquinolones par voie orale, deux, c'est des gouttes, mais c'est chez qui, ah oui tel enfant, bah oui lui c'est un enfant



ORL, lui c'est un enfant ORL, lui c'est un enfant ORL. Donc, le... j'ai horreur de cette ROSP là, de toute façon les ROSP ont de très, très mauvais indicateurs parce que c'est des indicateurs déjà déclaratifs, heu, et il manque ce côté un peu on le met sur quoi et du terrain. Parce que mon associé qui travaille avec moi qui fait plus de gériatrie, il va avoir des taux d'antibiothérapie différents parce que lui, alors qu'il prescrit neuf fois plus d'antibiotiques que moi mais il reste sur de l'Amox... Amox, Augmentin, alors que moi je dois m'adapter au terrain pédiatrique donc forcément y'a des choses qu'on fait, et forcément dans les infections urinaires, la Céfixime a une grande place. Donc heu, ça biaise un peu et c'est un petit peu dommage. Alors après, la pauvre déléguée de l'Assurance Maladie elle y peut rien mais voilà, moi j'ai fait remonter, et c'est la même chose, c'est ce que je disais, c'est dramatique que l'Assurance Maladie, dans les... dans les conseils qu'on met sur le bon usage des antibiotiques, ils mettent ePOPI, ils mettent pas Antibioclic, ils mettent pas par exemple, nous on avait avant Infectio-*Ville F* qui maintenant est le GILAR, le groupe de *Ville D*, qui est quand même local, qui fait énormément de choses au niveau de l'ambulatoire. On a quand même des ressources. L'Assurance Maladie de *Ville D* met même pas en avant les, *Infectiologue C*, qui a fait les trucs pour les EHPAD on le met même pas en avant. C'est quand même l'infectiologue référent, qui fait

heu la prise en charge antibiothérapeutique des EHPAD, c'est de *Ville D*. Vous êtes de *Ville D* et vous êtes même pas capable de le mettre en avant, plutôt que de mettre le POPI, enfin vous avez déjà lu le POPI, c'est imbitable, enfin, voilà c'est bien gentil mais ça n'aide pas, le POPI c'est pour de l'hospitalier, c'est pas pour, pas pour de la médecine générale. Donc voilà, soupir, heu... un peu... je regarde pas les ROSP là-dessus, je suis un peu mitigé, heu, après voilà, soupir, les ROSP sont un peu, voilà, une... des guidelines qui peuvent être facilement critiquées comme toutes choses qui sont heu, qui sont arrêtées, qui on va dire, pour certaines, ont quand même un intérêt de dire bah voilà, effectivement, on va utiliser plutôt tel médicament parce qu'on sait que ça marche mieux, ou par exemple la ROSP sur le diabète, de vérifier qu'ils aient bien vu le cardiologue et l'ophtalmo, c'est bien, même chose hein, je fais un parallèle, c'est très bien de dire que le diabétique doit voir son cardio et son ophtalmo, mais moi je peux faire une prescription, s'il va pas les voir, enfin, entre guillemets, ça change rien, moi je vais être pénalisé, pourtant j'ai fait des ordonnances. Même chose pour les frottis chez la femme. C'est pas moi qui, je vais pas l'emmener par la main chez le gynécologue faire son frottis ou des choses comme ça. Donc, c'est un... Voilà, je reste mitigé en tant que jeune médecin sur la ROSP, de dire voilà, c'est un petit peu des heu... plus que des

recommandations, c'est un petit peu des obligations de la Sécu de dire faut que vous fassiez ça, fassiez ça, en incitant en disant heu, si vous faites ça correctement vous aurez de l'argent, si vous le faites pas vous aurez pas d'argent. C'est un peu dommage parce qu'effectivement y'a une réalité de terrain derrière qui heu, qui change... Par exemple sur les psychotropes, moi j'en ai quasiment zéro, enfin les gamins ils sont pas sous Zopiclone ou des choses comme ça, à l'inverse mon associé qui fait l'EHPAD et de la gériatrie, bah ça fait 25 ans qu'ils sont sous Zopiclone, du jour au lendemain, je pense que c'est pas la déléguée de l'Assurance Maladie qui va garder Marie-Josiane qui est en train de décompenser son sevrage en Z-drogue. Donc c'est un petit peu dommage, bon après c'est toujours comme ça quand on fait de l'administratif et du médical, c'est-à-dire de séparer un petit peu. Après eux n'ont accès qu'aux ordonnances, heureusement, mais c'est pour ça que ça serait plus intéressant d'avoir, et ça fait très longtemps que je l'ai pas eue d'ailleurs, la déléguée de l'Assurance Maladie qui vient avec le tableau et on discute.

**CL : On discute ouais des...**

M10 : Ça je l'ai eu je pense, moi je suis installé depuis 2018, ça fait quatre ans que je suis installé, et ça fait sept ans que je remplace, je l'ai vue qu'une fois, en quatre ans.

**CL : Oui sinon c'est plus des compte-**

**rendu administratifs...**

M10 : Ah bah sinon je la vois jamais, oui c'est juste bah tiens on a un nouveau truc sur l'asthme, une petite plaquette, hop la plaquette sur les bons de transport ça elle aime beaucoup. Mais voilà, typiquement si on veut faire un effort dans l'Assurance Maladie et heu dans l'antibiorésistance, c'est voilà, plutôt que de donner les feuilles heu, c'est viral ne mettez pas d'antibiotique, de discuter heu, de voir la marge, quel est l'antibiotique le plus prescrit, de faire, regarder un petit peu la patientèle du médecin, et de voir un petit peu ce qu'il en fait.

**CL : Si c'est justifié ou pas...**

M10 : Bah bien sûr, si c'est justifié, si c'est, voilà, si c'est en corrélation avec la pratique du médecin. C'est sûr que selon les pratiques, vous allez avoir des... des grandes disparités d'utilisation des antibiotiques ou pas, selon la patientèle ou pas. Donc ça voilà, ça manque un peu de finesse dans les ROSP, et surtout voilà, comme je dis, on adapte une antibiothérapie, ça nous coûte une double antibiothérapie...

**CL : Alors que justement c'est bénéfique pour le patient...**

M10 : Alors voilà, mais c'est ça, et qu'on a échangé, j'ai dit non on a arrêté la première on a pris la deuxième, mais ils peuvent pas faire ça, forcément ils ont deux ordonnances et comme ils font sur ordonnance, ça fait deux antibios.

**CL : Deux antibiotiques pour la même personne.**

M10 : C'est ça, donc un petit peu à améliorer.

**CL : Et donc, on parlait en tout début de la gestion des BMR plutôt à l'hôpital. Après du coup comme vous avez une population essentiellement pédiatrique je sais pas quelle expérience vous en avez-vous en ville, des BMR, si vous en rencontrez et...**

M10 : Alors très rarement, heu... parce que déjà faut les documenter, donc heu, les principales BMR de toute façon qu'on documente en ville c'est de l'urinaire, de toute façon la principale BMR c'est vraiment l'urinaire puisque heu... grosso modo, j'ai pas eu de BMR dig, enfin sur des diarrhées bactériennes ou des choses comme ça. Les ECBC chez les enfants... soupir, les BK crachats, voilà c'est pas, bah c'est pas de notre recours. Donc en fait, on se retrouve à dire quoi, bah on va faire heu, soit sur du prélèvement X ou Y, soit sur du, sur du... sur de l'urinaire. Donc essentiellement, on va être sur de l'urinaire. Même quand, je fais pas que de la pédiatrie, je fais aussi de l'adulte, c'est très rare d'avoir des... Enfin voilà, les seuls exemples que j'ai de BMR non-urinaires c'est sur des plaies post-opératoires heu, donc une plaie, enfin sur des plaies soit post-opératoires du rachis, heu, soit heu, post-opératoire trocart de cœlio, heu... voilà.

**CL : D'accord.**

M10 : Heu, des plaies un peu plus profondes, sur même chose hein, un Bricker qui a mal tourné. Heu... mais voilà, essentiellement, documenté, purement documenté, c'est de l'urinaire. Je, 95%, et de temps en temps des petits trucs qui sortent...

**CL : Donc, c'est plutôt dans des contextes de post-chirurgie, de sortie d'hospitalisation, des choses comme ça ?**

M10 : Ah pas forcément ! Pas forcément, ça peut être de l'infection urinaire, après en EHPAD, qui est de l'hospitalisation, ça peut être de l'infection urinaire à domicile. Enfin voilà, *Ville B*, on a une population qui est assez aisée, où les personnes âgées sont assez riches donc arrivent à rester à domicile avec des finances et des gens qui viennent, donc on a de l'infection urinaire où l'infirmière passe, fait un sondage propre pour aller voir, et comme c'est des gens qui sont quand même exposés, ou qui ont été exposés, et qui vont quand même dans les hôpitaux à gauche à droite, bah on se retrouve à avoir effectivement des entérobactéries, un petit peu plus pêchues l'une que l'autre heu, avec des *Citrobacter* un petit peu plus pêchus, des *freundii* et compagnie, donc des entérobactéries de troisième groupe, avec voilà une possibilité, si on met un petit coup d'Augmentin dessus parce qu'elle toussait y'a trois semaines, d'avoir une belle BMR qui s'exprime.

**CL : Et donc en ville, comment vous**

**gérez les, quand vous êtes confronté à une BMR, comment vous la gérez ?**

M10 : Alors, trois possibilités. Un, c'est une BMR que je connais, que je maîtrise et heu, sur lequel j'ai une possibilité de thérapeutique facile, dans ce cas-là, typiquement Axépim, voilà, des thérapeutiques qu'on peut utiliser en ville, qui sont faciles d'utilisation, heu je vais le faire. Deuxièmement, c'est pas typique, heu, je connais pas la bactérie, c'est un terrain un petit peu particulier, je vais appeler mes amis infectiologues...

**CL : D'accord.**

M10 : Pour valider un petit peu la prise en charge, en disant bah voilà, heu, ça m'est déjà arrivé, heu, un exemple, il sort de trois semaines d'hospitalisation, heu, sous Tazocilline d'un monsieur qui avait un cancer pulmonaire, il a pas chauffé pendant cinq jours, il re-chauffe, même s'il est en HAD, heu, j'ai l'impression que c'est pulmonaire, c'est un cas typique où je vais pas agir tout seul dans mon coin. J'appelle mon ami infectiologue, on discute du dossier, qu'est-ce qu'on fait heu, qu'est-ce qu'on met heu, sur quoi on repart. Ça, typiquement, voilà les choses un peu plus compliquées. Autre, voilà autre chose, si en pédiatrie les enfants qui sont beaucoup hospitalisés ils ont des BMR, y'a des infectiologues pédiatres, donc vraiment, des fois comme en pédiatrie, l'utilisation de certains antibiotiques n'est pas permise avant un certain âge ou des choses comme

ça, on peut pas être tout seul dans son coin, dire bah voilà, je vais mettre ça, non. On appelle l'infectiologue, l'infectiologue il permet aussi de gérer aussi des préparations médicamenteuses, parce qu'il y en a qu'on doit demander en pharmacie, sur une forme de de dispensation qu'ils doivent préparer heu, et donc ça, ouais ça c'est un travail d'équipe entre nous en ville et heu, l'hôpital. Et, heu, grosso modo, après bah si y'a besoin, avec des services d'HAD pour mettre des choses en place un petit peu plus rapidement.

**CL : D'accord, donc finalement la prise en charge des BMR ça serait quelque chose de multidisciplinaire avec l'avis spécialisé qui permet de, à la fois d'avoir la prise en charge adaptée et de, en évitant une hospitalisation au patient, le faire en ambulatoire.**

M10 : Oui.

**CL : Avec parfois, la HAD, qui permet de faire ce relai...**

M10 : Ce relai ville-hôpital entre deux.

**CL : Donc pour vous, comment vous voyez la relation ville hôpital dans le cadre de la prise en charge des BMR ?**

M10 : Ouais, dans le cadre de la prise en charge des BMR en fait c'est surtout l'avis de l'infectiologue et les facilités de mise en place des HAD si besoin avec *prestataire A* et compagnie, on les fait passer, ou *prestataire B*, pour rapidement mettre en place l'antibiothérapie IV, parce qu'on est aussi limités sur beaucoup

d'antibiothérapies, heureusement, heu, mais des fois on est vraiment, vraiment beaucoup embêté heu, sur l'utilisation des antibiothérapies IV en deuxième ou en troisième ligne, et du coup on, on a ce besoin d'aller demander à nos amis spécialistes, dans, le but c'est toujours le patient hein c'est pas... Donc nous on les appelle, et on discute avec eux. Faut savoir aussi où sont les limites de ses compétences, et ce qu'on est capable de gérer, donc heu certes y'a des recommandations, certes y'a plein de choses pour nous aider à gérer heu, on va dire de la première voire de la deuxième ligne, quelques fois même de la troisième quand on, voilà, on se débrouille un petit peu plus. Après, chacun ouais, son, sa limite, et heu, voilà, nos amis infectiologues ils sont là pour ça, ils sont là pour répondre à nos interrogations. Moi je, même les infectiologues qui me connaissent pas parce que des fois bon, j'ai aussi des téléphones d'amis, j'ai toujours été bien reçu et à partir du moment où comme toujours, c'est un petit peu carré, on dit ce qu'on a fait, on a toujours été bien reçu, ils sont là, bon ils sont un petit peu épuisés avec le COVID mais voilà, quand on a une infection urinaire où y'a que les aminosides qui sont disponibles ou machin, bah c'est quand même dommage d'envoyer une jeune femme de trente ans faire des perfusions d'aminosides à l'hôpital et de la laisser hospitalisée trois jours, alors qu'on

peut le faire à domicile, enfin voilà, c'est... Et donc ça généralement, enfin voilà, on appelle l'infectiologue, on voit un petit peu comment on peut mettre en place avec l'HAD à domicile, et en fait voilà, après c'est du réseau, grosso modo on déclenche un petit peu tout, et heu, au pire elle fait sa première perf en HDJ à l'hôpital et elle sort, mais voilà. On arrive à facilement éviter d'engorger l'hôpital et d'engorger les avis heu, pour pas grand-chose et sur des choses qu'on est capable de gérer en ville. Et forcément, de toute façon le nombre de BMR va augmenter, heu, on gère déjà aussi des structures médicales non hospit', enfin non hospitalières, comme les EHPAD, heu les différentes maisons de retraite, les IME et compagnie, donc faut forcément au bout d'un moment, le médecin généraliste il doit s'y former, c'est un, c'est un maillon de la chaîne, comme l'infectiologue. L'infectiologue c'est notre référent quand on a besoin d'un avis, qu'on ne maîtrise pas l'antibiotique, la dispersion de l'antibiotique, quel type d'antibiotique, mais après c'est aussi au médecin généraliste, voilà, de rester heu, rester formé, heu, rester efficient sur l'utilisation, et heu, comme toujours, on n'appelle pas deux fois un infectiologue pour le même avis si ça ne le nécessite pas. Au bout d'un moment, faut aussi faire notre apprentissage et dire bah tiens, on a mis ça on a mis ci, on est dans la même situation, on sait que ça, ça diffuse bien dans le poumon, on sait que ça diffuse bien dans la

prostate, on sait que ça, ça diffuse bien dans les tissus mous ou la peau, qu'est-ce que je peux mettre en deuxième, troisième ligne. Donc oui, c'est heu, au final, la relation ville-hôpital elle est indispensable parce que de toute façon, on a besoin d'avoir accès à des antibiothérapies qui sont purement de prescription hospitalière, d'être conforté et d'être pas tout seul à prendre une sanction d'antibiothérapie, et pourvoyeuse de BMR encore plus importantes, et qui peut avoir des dégâts sur le corps, encore plus importants, et on a besoin de mise en place d'un réseau d'HAD rapidement pour certaines antibiothérapies. Donc forcément, c'est plus facile pour nous en métropole de *Ville F* parce qu'on a deux centres d'infectiologie qui sont proches, qui sont *Ville F* et *Ville D*, mais voilà donc... faut... C'est quelque chose qui, même si dans ma pratique je vais pas tout le temps l'utiliser, je l'utilise plusieurs fois par an, je...

**CL : C'est là et on s'en sert.**

M10 : Voilà, c'est là et on s'en sert, et si, le but ça reste toujours la santé du patient, en priorité donc, faut s'en servir.

**CL : Hmm, hmm. Et on parlait un peu des EHPAD, est-ce que vous avez une expérience de la gestion des BMR dans ces milieux-là ?**

M10 : Très mauvaise ! [*Silence*]. Heu... c'est compliqué l'EHPAD. L'EHPAD c'est très, très, très, très, très compliqué. Heu, c'est très EHPAD-dépendant, c'est très heu, personnel dépendant, c'est essentiellement

très, très personnel-dépendant. Elles sont déjà toutes en sous-effectif, donc c'est très compliqué d'avoir une bonne gestion des BMR en EHPAD, et même chose, on a un personnel qui n'est pas toujours formé aux bactéries, aux BMR, à que faire. Le nombre de fois où, sur heu, juste des urines qui sont un peu troubles, heu on envoie, heu, un ECBU, sans demander avant au médecin, surtout qu'un ECBU ça coûte 25 balles hein, on envoie un ECBU qui retrouve une BMR, on sait pas quoi en faire parce que y'a pas de symptôme, elle se plaint de rien la patiente, mais on l'a devant les yeux, ça, ça arrive souvent. Ou un écouvillon de plaie, on sait pas trop dans quelles conditions ça a été fait, c'est envoyé, on se dit ah bah tiens j'ai fait un écouvillon, on retrouve un staph heu, qu'est-ce qu'on en fait heu, enfin voilà. Donc les EHPAD, ça dépend énormément des EHPAD. Donc après, c'est pour ça que... *Interne A* qui était l'interne de *Infectiologie C*, avaient fait un petit document sur l'antibiothérapie dans les EHPAD et quand prélever, et quand ne pas prélever et que mettre. Après voilà, c'est énormément dépendant, j'ai quelques patients en EHPAD, dans deux EHPAD différentes, c'est pas du tout la même prise en charge. J'en ai une où le personnel a été formé à l'antibiothérapie et quand est-ce que prélever et quand est-ce que pas prélever, j'ai rarement des ECBU si ça chauffe pas ou si y'a pas de plainte, rarement, enfin c'est quasiment jamais, et

mon associé qui fait beaucoup d'EHPAD dans le même EHPAD, il en a quasiment pas. On fait 500 mètres on va à Ville D, dans un autre EHPAD, personnel un peu plus jeune heu, non formé à l'antibiothérapie, des choses comme ça, toutes les semaines on a des messages en disant que untel a des urines marrons, untel, enfin voilà, soupir, et donc ça voilà, c'est un petit peu, voilà c'est un petit peu plus compliqué mais on revient un peu à ce qu'on disait au début hein, c'est de l'éducation thérapeutique hein, c'est de rebattre...

**CL : A la fois des patients et des soignants...**

M10 : C'est ça, c'est qu'est-ce que c'est que l'antibiotique, sur quoi ça joue, qu'est-ce c'est qu'une infection, comment on dépiste une infection. Donc, soignants et, même chose, on revient au médecin généraliste, enfin les internes en médecine, le cours d'antibiothérapie, voilà quoi, moi j'en n'ai eu aucun pendant mon internat, zéro.

**CL : Si ça vient pas de nous...**

M10 : Bah si ça vient pas de nous, qu'on n'est pas un petit peu intéressé ou des choses comme ça, bah au final, dans notre cursus, ça remonte à ma troisième année de médecine quoi... Donc derrière, enfin voilà, on... Faut... J'espère que ça va s'améliorer, après, l'EHPAD, forcément, bah, on va pas leur jeter la pierre parce que, seul pour vingt résidents, heu, je travaillais, pendant mes années de médecine je travaillais en EHPAD à côté, c'est impossible, enfin...

**CL : Oui, le manque de personnel fait qu'on peut pas s'occuper de tout le monde...**

M10 : Bien sûr, on n'est pas dans la bienveillance en EHPAD à cause du manque de personnel. Donc forcément, des urines un peu troubles, on va pas essayer de chercher à comprendre, des choses comme ça, tac, tac on envoie, ça va plus vite d'envoyer un pot d'ECBU et de claquer des antibiotiques que d'essayer de comprendre comment ça se fait que heu, on a une bactériurie asymptomatique, heu, qu'est-ce qui s'est passé et compagnie. Alors pire s'ils sont sondés, alors là dès que c'est trouble c'est envoyé alors qu'ils se plaignent de rien. Ou alors, oui ils se plaignent parce qu'ils ont une sonde qui traverse la verge donc forcément bah ça fait mal, ça irrite, mais c'est pas peut-être pour ça que heu y'a des bactéries au niveau de sa sonde quoi, c'est peut-être parce que ça fait un mois et demi qu'il l'a et le changement a été un peu traumatique.

**CL : Et donc, heu, si on parle du statut BMR d'un patient à proprement parler, quelle influence ça a sur votre pratique envers ce patient-là ?**

M10 : En EHPAD ou en... ?

**CL : Oui, ou même de façon un peu générale, une fois qu'un patient a une BMR, derrière heu...**

M10 : Alors, une fois qu'un patient a une infection à BMR, alors ça dépend heu... Heu, ça dépend parce que, même chose

hein, je fais beaucoup de péd. Heu... bah toujours, regarder quand même, enfin moi j'aime bien heu, regarder, je montre un petit peu aux étudiants heu, la dernière infection, les derniers hauts taux de résistance heu, sur quels sites c'était pour voir un petit peu, on est sur le même site, le wash-out, combien de temps y'a pas eu d'antibiothérapie ou est-ce qu'on récupère un petit peu, est-ce qu'on a ces petits six mois qui nous font un peu souffler, des choses comme ça. Et si jamais heu, on a un patient qui est BMR et qu'il re-chauffe, des choses comme ça, essayer de documenter le plus possible, donc ça va complètement modifier la pratique vis-à-vis de ce patient. Heu, effectivement, heu, un patient à domicile qui sort avec une BMR, qui re-chauffe trois semaines après, on va pas traiter à l'aveugle en probabiliste, on va documenter, on va se laisser 24-48 heures, documenter au maximum, on va je pense également beaucoup plus référer en secondaire à nos amis hospitaliers en.. si jamais on n'arrive pas à trouver, des choses comme ça. Donc on n'a pas du tout la même approche, parce qu'on sait que, y'a un risque d'échappement thérapeutique qui est important, y'a un risque d'inefficacité thérapeutique, encore une fois, parce que nous bah les médicaments en première ligne, en médecine ambulatoire, les BMR elles rigolent un peu... On va pas mettre de l'Alfatil qui est une C1G sur quelqu'un qui a un BMR et qui chauffe avec un phlegmon.

On se dit bon, peut-être, c'est du *Moraxella* avec une résistance Amox, C3G et compagnie qui fait que bon bah, voilà, on va devoir mettre des trucs un petit peu plus pêchus. Donc c'est aussi, voilà, c'est... nous on réfléchit pas de la façon, un BMR, et je rebondis un petit peu le lien avec ce que je disais, la même chose, quel que soit, c'est pas forcément BMR, quel que soit son exposition aux antibiotiques, ça, ça commence à rentrer dans les mœurs que fluoroquinolones on en redonne pas dans les six mois, on est sur la même chose, c'est-à-dire qu'on réfléchit pas de la même façon quand on expose à quelque chose d'important. Un voyageur qui revient d'Inde, même chose. Inde, Chine, toute l'Asie du Sud-Est, c'est extrêmement pourvoyeur de BMR, la Thaïlande, les gonocoques résistants ça explose, donc quelqu'un qui se fait des petits plaisirs à se faire des EVG à Bangkok, oui, bah non on va peut-être pas mettre le classique C3G-Azythro qu'on pourrait mettre, on va vraiment documenter le gonocoque pour aller voir les hauts taux de résistance. Et donc ça, ça va être important dans notre pratique, c'est de dire, c'est un patient qui a une BMR, je fais deux fois plus attention que dans ma pratique sur ma gestion de l'antibiothérapie, puisque j'ai 80% d'échec puisque probablement c'est une BMR, qu'il y a des informations tout ça, et je documente au plus possible. Et des fois, on a des bonnes surprises, heu de retrouver un *Escherichia coli* sauvage dans



les urines alors que juste avant, on avait un *Enterobacter cloacae* qui résistait heu, à tout. On se dit bon bah tant mieux, des fois on a des bonnes surprises, on essaie de décrémenter beaucoup, parce que, enfin voilà, on a... Et je rebondis encore une fois sur ces urines, les patients qui ont des infections urinaires chroniques et qui sont sous Fosfomycine toute l'année un sachet par semaine heu... voilà, effectivement au bout d'un moment les antibiogrammes ils sont un peu sympathiques quoi hein. Donc on est obligé d'avoir une réflexion un petit peu différente, de prendre un petit peu plus de temps, de se poser un petit peu plus, de documenter, et d'appeler souvent plus facilement un ami que, que dans le contexte non-BMR. Voilà.

**CL : Ça marche. On a fait je pense pas mal le tour, je sais pas si vous aviez des choses à rajouter sur le sujet, BMR, antibiorésistance...**

M10 : [*Silence*]. Heu... Bah, pff, non, après moi voilà, bon moi j'ai un statut un petit peu particulier parce que j'ai cette sensibilité heu, d'infectiologie heu, que j'ai toujours bien aimé et qui font que, ouais, j'ai aussi fait une thèse là-dessus, sur les infections urinaires et heu, en médecine ambulatoire. C'était très, très, très drôle d'ailleurs les résultats. Heu, c'était avant les recommandations, c'était les recommandations de 2014, qui ont été recommandées après. Mais en fait, je pense, voilà, c'est important, il faut aussi

qu'au niveau des cours, ça passe aussi par des cours de la fac. Enfin, mes externes qui passent heu, on tous, bah je l'ai là sous les yeux, je leur donne ça là, le tableau des bactéries, on le fait ensemble et sur lequel on va mettre les principaux antibiotiques, essayer de comprendre les principaux mécanismes de résistance, des choses comme ça. Ceux qui sont, un petit peu plus intéressés, on pousse un petit peu avec les différentes classes d'entérobactéries, leurs mécanismes de résistance naturelle et pourquoi une Klebsielle est naturellement résistante à l'Amox donc ça sert à rien de se faire chier avec de l'Amox quand on sait que c'est une Klebsielle, et voilà... Mais ça c'est quelque chose qu'ils n'ont pas, et qu'ils n'ont plus, et dans le, l'ECN Pilly, ça n'existe pas, et j'ai regardé leur cours sur l'antibiothérapie, c'est imbuvable, ils ont les tableaux des antibiotiques avec les mécanismes d'action...

**CL : Oui je m'en souviens. [*Rires*].**

M10 : Voilà, le spectre, mais c'est imbuvable ! Comment on peut apprendre ça...

**CL : Puis sans bactério vraiment fondamentale...**

M10 : Mais ouais, c'est j'apprends l'Amox fonctionne sur ça, ça, ça, ça, ça, soupire, et y'a plus de bon sens par rapport à la pratique, alors que redevenir déjà, de reclasser ces bactéries, de comprendre pourquoi bah, sur les atypiques, les bêta-lactamines ça ne marche pas, donc on arrive à comprendre un petit peu, et se dire

que bah en fait, les pénicillines, c'est 90% de notre arsenal thérapeutique, donc faut vraiment bien les utiliser, c'est pour ça que l'Amox, ça a l'air vide comme ça comme antibiotique, mais c'est 50% de notre arsenal, et si ça commence à résister aux bêta-lactamines, on commence vraiment à être dans le caca. Donc, grosso-modo, ça c'est ultra important, et je pense que les externes ils en pâtissent, parce que, enfin quand je les vois, on refait ça ensemble mais ça met du temps, alors que nous on en prescrit beaucoup, ils nous demandent, alors après on fait, ça fait partie de l'apprentissage mais... Enfin j'ai encore là des... nous c'était des D4 donc des MED-6 qui passent l'internat, qui m'envoient des petits messages pour demander des explications en infectiologie parce qu'ils ont pas compris, des choses comme ça. Parce que, il faut passer par là. Et c'est d'abord eux, parce que après, interne on n'a plus le temps, parce que 80 heures/semaine à l'hôpital, plus les cours de DES qui sont, on va pas se dire, parfois insipides et voilà... dédicace au DES de médecine générale de *Ville F*, mais grosso modo, moi je me souviens que sur mes cours de DES, les seuls trucs qui étaient intéressants c'était les groupes d'échanges de pratiques, avec les autres pour voir comment on faisait, quelques cours ultra-intéressants qu'on a eu, mais sur les cours ultra-intéressants je crois qu'il y en a trois qui m'ont marqué, je sais pas le nombre de cours qu'on a eu, y'en

a trois qui étaient vraiment très, très... très, très bien faits heu... Et le reste, enfin c'est bon, la marguerite on l'a tous bouffée, heu, c'est bien en pratique, mais grosso modo, ça c'est de la pratique de tous les jours, qui va toucher l'intégralité des médecins, et c'est, je, moi je ne comprends pas qu'on ne puisse pas approfondir nos connaissances au niveau de l'internat, parce que tout médecin dans sa vie va prescrire des antibiotiques. On va pas tous faire des gestes, des infiltrations de genou, passer trois heures à faire des trucs d'infiltrations de genoux, on le fait pas tous, par contre les antibiotiques, on va tous les prescrire. Donc au bout d'un moment, faut aussi réfléchir un petit peu, on s'est tous bouffés de la LCA à juste titre parce qu'on lit tous des articles médicaux et on en a tous besoin, bah l'infectiologie, on en a tous besoin aussi. Autant, après selon sa pratique chacun fait ce qu'il veut, sur les actes heu, selon... qu'on fasse de l'adulte, de l'enfant, heu, de la gynéco, heu de la PMI, du planning, enfin, on a tous, même la médecine du sport, on est tous heu, confronté à faire heu, de l'antibiothérapie et des infections. Médecin du sport, vous allez pas mettre les mêmes antibiothérapies chez votre sportif professionnel en disant, bah ça, ça nique tes tendons, on va peut-être pas heu, réfléchir de la même façon avec les fluoroquinolones chez toi, que avec quelqu'un de non professionnel. Et donc ça c'est, moi je trouve ça un petit peu dommage, j'espère

que les cours sont étoffés à la faculté et heu, qu'ils vont continuer à l'être si c'est le cas, mais de devoir aller se former ailleurs sur heu, dans les stages, et certains hôpitaux, je sais qu'à *Ville D*, *Infectiologue A*, mon grand copain, ancien directeur de thèse, il prenait tous les internes de médecine heu, une demi-journée pour faire la base et il passait dans les services pour revoir avec, mais enfin c'est quand même dommage de dire qu'on a besoin d'infectiologues extérieurs, et pourtant on a besoin quand même d'une base, en fait, fondamentale, de revoir un petit peu les bactéries, les antibiotiques courants en médecine générale. Enfin voilà, ça prend une demi-journée, mais au moins, refaire un petit peu des bases, sur le principe d'Antibiocliv hein, de dire voilà, pourquoi on met ça, pourquoi on met ci, à quel moment on doit appeler l'infectiologue et qu'est-ce que vous pouvez gérer vous-même et voilà, et finalement y'a pas trente situations d'antibiothérapies compliquées. Oui bien sûr y'a des choses sur, on va toujours réfléchir, avec des recommandations, sur des IST, des choses comme ça, sur quel est le dernier antibiotique des choses comme ça, et la plupart des choses enfin... C'est pour tout le monde. Rien que quand on voit la durée, la posologie de l'antibiotique, des fois c'est une grosse blague enfin... Et même sur des sorties hospitalières. On peut pas antibioser quelqu'un qui fait 50 et 90 kilos de la même façon, enfin c'est ridicule. Donc bon, ça c'est

un petit peu dommage et j'ai, enfin voilà... Je pense que le... y'a un grand, une grande incompréhension... pas incompréhension... une grande heu... appréhension des antibiotiques et de l'infectiologie par énormément de médecins généralistes parce que bah... par un manque de formation, parce que, on a eu des cours fondamentaux en troisième année, en troisième année on avait tout sauf envie, voilà, de bouffer du cours fondamental heu... Enfin voilà, heu, moi je m'en souviens parce que dans la Ronéo je relisais pas l'infectiologie, je relisais l'immunothérapie. Rires. Mais grosso modo, on se rend compte que bah en fait c'est notre quotidien. Y'a pas une journée sur laquelle on pense pas à prescrire un antibio, où on prescrit pas un antibio. Donc c'est vraiment, ça touche à notre quotidien, et finalement on est là à se former sur heu... du DPC heu... le soir derrière son ordinateur pour essayer de mieux prescrire alors qu'on a des centres de qualité heu, d'infectiologie sur *Ville F*, sur *Ville D*, avec des infectiologues reconnus, heu, dont, certains qui sont partis donc.... *Infectiologue D*, qui est parti sur *Capitale A*, qui maintenant est en conseil scientifique, enfin voilà, y'a eu des très grands infectiologues présents, et quand heu... Quand ils font des formations, alors des fois aux journées régionales de la médecine ils passent, ils font des petites formations, c'est toujours très intéressant, je me souviens de... Ah j'ai un trou de mémoire, le chef de

la mal inf de *Ville D* ...

**CL : Infectiologue E ?**

M10 : *Infectiologue E* ! Je me souvenais plus de son nom, il avait fait 20 minutes, topo de médecine générale, quels sont les derniers antibiotiques que vous pourrez voir en ville, qu'est-ce que vous devez surveiller, à quoi ça sert. Vingt minutes, c'est carré, c'est clair. Enfin voilà, c'est... C'est dommage de devoir arriver à aller à 22 heures faire des trucs comme ça alors que voilà... il faudrait déjà le faire au niveau de la fac... Voilà. Ok, c'est bon ?

**CL : Oui, merci beaucoup.**

[Fin de l'entretien]

Ressenti après l'entretien : *C'était un entretien très intéressant par son contenu avec un médecin très sensibilisé à l'infectiologie et qui, par conséquent, avait des connaissances pointues sur le sujet. Son déroulé était très fluide, le médecin détaillait spontanément très largement ses réponses ce qui était agréable.*

Ressenti après retranscription : *Je pense m'approcher de la suffisance des données avec cet entretien, je vais voir si les suivants confirment ou non cette idée.*

**Entretien n°11 :**

**CL : Je reprends un peu les formalités, donc je suis Clémence Leturcq, je suis médecin remplaçant, j'étais interne de médecine générale à la faculté de médecine de Lille, et on se rencontre aujourd'hui dans le cadre de ma thèse, donc ça s'intéresse aux représentations et aux ressentis des médecins généralistes concernant l'antibiorésistance et les bactéries multi-résistantes. Heu, la participation des médecins à l'étude ça consiste en un entretien oral, enregistré au dictaphone, au cours duquel on échange sur le sujet. Heu, y'a pas de jugement, de bonne ou de mauvaise réponse, c'est vraiment le ressenti et l'opinion personnelle des médecins qui m'intéressent. Concernant l'anonymat des données, j'ai effectué les démarches auprès de la Commission National Informatique et Libertés et du Comité de Protection des Personnes, donc tout sera anonymisé au niveau de la thèse, le nom des participants figure nulle part, et heu, dès que j'aurai plus besoin des données, je les supprimerai. Donc heu, avant de commencer, est-ce que vous pouvez me renouveler à l'oral votre accord pour participer à, à mon étude ?**

**M11 : Je vous le renouvelle, si vous voulez que je vous le signe vous m'envoyez un mail !**

**CL : [Rires]. Normalement ça ira, merci beaucoup ! Donc heu, première**

**question, est-ce que vous pouvez me parler un peu de ce que vous évoque, vous, l'antibiorésistance ?**

**M11 : Alors, vous avez pas de chance parce que vous êtes tombée sur un bavard...**

**CL : Oh, ça me va !**

**M11 : Heu... Je pense que l'antibiorésistance est avant toute chose liée à la pratique de la médecine, heu, et heu, et de la médecine vétérinaire également. Heu, d'après ce que j'en sais. Heu... Alors, la médecine vétérinaire, on va commencer par elle parce qu'apparemment elle est un peu incriminée quand même, heu, dans les formations que j'ai pu faire y'a quelques temps. Les agriculteurs, ils donnent des antibiotiques à leurs heu, à leurs animaux, comme ça heu, les germes à l'intérieur des intestins sont heu... sont stérilisés, et comme ça toute l'alimentation qu'ils donnent, elle est pas gaspillée par les germes qui mangent l'alimentation, elle passe directement à disposition du muscle de l'animal. C'est ce que j'en ai retenu, heu, et à ce propos d'ailleurs, je serais très intéressé pour avoir votre travail de thèse, si c'est possible.**

**CL : Pas de problème !**

**M11 : Heu, si ça vous coûte heu, pas trop grand-chose j'aimerais l'avoir en format papier, mais si c'est vraiment une grosse charge pour vous, vous me l'enverrez en PDF.**

**CL : Oui, pas de problème.**

**M11 : Mais je suis très intéressé, vraiment très intéressé, j'insiste un peu là-dessus.**

**CL : Ah, tant mieux !**

M11 : Heu, voilà, je continue, heu... Donc, la médecine vétérinaire, je pense qu'elle est incriminée, heu, mais je pense que la médecine humaine est largement incriminée, et la médecine générale en particulier. Heu, beaucoup trop de prescriptions d'antibiotiques pour rien, heu, dès l'enfance, heu, notamment heu, dans les syndromes viraux banaux de l'enfance, et notamment dans les bronchites. Heu, l'antibiorésistance heu, je la perçois également parce qu'il y a, heu, beaucoup d'antibiorésistance urinaire, je pense que c'est lié à une sur-prescription d'antibiotiques chez les personnes âgées qui ont des infections urinaires asymptomatiques, hors recommandations, et je pense qu'il y a encore beaucoup de médecins généralistes qui ne suivent pas les recommandations. Et puis heu, l'antibiorésistance est à mon avis liée au fait que heu, on est extrêmement sollicités pour prescrire des antibiotiques sur des plaies par les infirmières. Heu, moi je suis responsable heu, en tant que Maître de Conf heu, Associé, à *Ville G*, d'un certain nombre d'enseignements, et j'essaie de faire de la prévention là-dessus. On est bien d'accord que ça sert à rien de prescrire un antibiotique sur une plaie qui est enflammée, a fortiori, quand en général la plaie est déjà mal nettoyée. Elle est pas désinfectée en surface et puis de toute façon les antibiotiques ils vont pas aller en

surface pour zigouiller les germes qui existent en surface. Donc, de temps en temps, y'a peut-être des germes profonds qu'il faudrait prendre en charge par des antibiotiques, mais je pense que c'est très, très marginal, et puis heu, l'antibiorésistance elle est aussi générée par, heu, les infections sur matériel, dont on sait que heu, le traitement n'est pas heu, l'antibiotique, puisque le germe il adhère au matériel, et que les antibiotiques ne vont pas permettre de stériliser la zone.

**CL : D'accord.**

M11 : Donc c'est vrai pour, heu, pour, heu, les sondes double J, c'est pour les prothèses articulaires, c'est vrai pour un grand nombre de choses, et on voit encore beaucoup de malades qui sont faites de ce côté-là heu, y compris par des spécialistes d'organes hein, parce que moi j'ai enseigné encore, parce que mon expérience montre que y'a des, y'a des orthopédistes qui prescrivent des antibiotiques sur des, sur des prothèses qui coulent. Bon. Bon. Ils sont hors recos quand même. Donc heu, voilà, un peu l'environnement dans lequel je végète par rapport à l'antibiorésistance.

**CL : Donc heu, pour vous, si je résume heu, donc pour vous l'antibiorésistance, y'a plusieurs responsables, donc à la fois en médecine humaine et en médecine animale, et heu principalement liée au fait qu'on antibiose heu, pas forcément de façon adaptée en fonction**

**de la pathologie, en fonction des symptômes du patient et des recommandations. Heu, donc, par rapport au respect des recommandations, qu'est-ce que vous pensez qui pourrait être fait par rapport aux médecins généralistes pour améliorer ça ?**

M11 : Bah les recommandations elles existent, maintenant faut les faire passer en ville. Heu, donc on en revient toujours au même problème hein, y'aurait que 15% des médecins qui se forment. Alors heu, j'espère que votre thèse ne va pas finir par « il faudrait faire une formation » parce que figurez-vous que je faisais un entretien qualitatif y'a, y'a, de 10 à 11, et heu, je lui disais la même chose. C'est-à-dire que, à *Ville G*, on a à peu près 2 thèses de médecine générale par jour, et 2/3 des thèses de médecine générale se terminent par « il faudrait améliorer la formation ». Ce qui signifie que, il faudrait que, si on considère qu'une formation ne dure qu'une heure, ce qui est quand même ridicule pour une formation, faudrait que chaque médecin généraliste se forme deux heures par jour en plus de son travail. Moi en ce moment, alors certes c'est le COVID, mais je finis à 10 heures le soir. Heu, vous voulez qu'on se forme comment et quand ? Donc il faut trouver d'autres solutions. Donc l'autre solution, c'est, heu, la formation heu, je pense via les courriers, probablement, parce que les courriers sont une source de

formation. Donc, quand un spécialiste d'organe heu, envoie un papier, je pense que, un courrier en disant heu, aimablement hein, « comme il n'est plus recommandé actuellement de mettre des antibiotiques sur une infection urinaires asymptomatique du sujet âgé, parce que la vessie est considérée comme infectée de manière commensale, heu, je n'ai pas mis d'antibiotique ». De temps en temps, on a des courriers un peu verbeux, qui nous servent à pas grand-chose, bah peut-être que ce serait un bon moyen. Moi je pense que j'ai une partie de ma formation qui est liée à la lecture de mes courriers. Heu, parce que, parce que, former, comme je viens de vous le dire, former, former, former c'est bien mais, alors la formation initiale est importante hein. Heu, je le revendique hein vu que je suis Maître de Conf. Heu, et en plus moi je m'empare des sujets qui m'intéressent et que je trouve qui ont un impact donc heu, je me suis emparé de ce sujet lors d'une de mes, un de mes cours mais heu, il faut trouver des solutions effectivement pour que les médecins soient plus, plus au courant. Alors après Paris s'est pas fait en un jour, et puis heu, quand un médecin se forme, il se forme sur un sujet pendant heu, peut-être quatre, six, s'il se forme vraiment régulièrement, il va revoir le même sujet seulement dans quinze ans.

**CL : Hmm, hmm.**

M11 : C'est-à-dire que moi j'ai fait une formation sur l'insuffisance cardiaque y'a

quinze ans, j'en ai refait une récemment, et j'en ferai peut-être une dans quinze ans. Et heu, et c'est déjà pas mal. Heu, y'a quand même des médecins qui exercent qui ont 65 ans, qui n'ont pas eu de formation professionnelle depuis l'âge de la sortie de la fac. Forcément, ça a un peu changé. Donc, heu, ils ont même pas connu l'Evidence Based Medicine, donc heu, au secours, hein.

**CL : Et donc heu, si on parle du courrier de sortie d'hospitalisation, heu, par rapport à la problématique de l'antibiorésistance et des bactéries multi-résistantes, qu'est-ce que vous en attendez ou qu'est-ce que vous en attendriez, vous d'un courrier un peu idéal, heu ?**

M11 : Bah ça me semblerait intéressant par exemple pour le spécialiste d'organe, de dire heu, Madame Untel sort heu de son, de, d'hospitalisation avec une BMR urinaire, heu le traitement consiste essentiellement à rincer les urines et à ne pas mettre d'antibiotique. Heu, autant que faire se peut. La situation sera probablement à reconsidérer en cas de signes cliniques ou en cas de température. Heu, pour autant heu, aucun antibiotique ne sera mis heu, sans, sans antibiogramme, enfin sans prélèvement préalable pour antibiogramme. Et heu, cette situation de BMR heu, urinaire, heu, est probablement liée au fait que Madame Untel a eu beaucoup d'antibiotiques, heu, et que heu, heu, il est

heu, d'usage heu, désormais de ne prescrire des antibiotiques qu'en cas de symptôme chez les personnes âgées, par exemple.

**CL : D'accord.**

M11 : Je sais pas, c'est pas mal un truc comme ça nan ?

**CL : Des, oui, en fait des sortes de conseils pratiques et de recommandations de bonne pratique en expliquant un peu à quoi est due la pathologie du patient et heu, qu'est-ce qu'on peut faire justement pour éviter que ça se reproduise chez le patient ou chez d'autres patients et que le médecin prenne conscience finalement que des antibiothérapies prescrites en ville peuvent avoir des conséquences un peu plus générales et un peu plus importantes pour le patient que juste, heu, soigner l'infection.**

M11 : Absolument. Donc, par exemple, il est très, très fréquent quand même de voir heu, à la fin, en bas des courriers heu, est-ce que le patient a été transfusé, est-ce que le patient a été porteur d'une BMR, etc... Et bah heu, est-ce que le patient a été transfusé, on pourrait mettre heu une recommandation de bonne pratique en disant, des RAI seront à faire etc, heu, un petit aparté. Et puis, est-ce qu'il y a eu des BMR, oui, et en fonction du BMR on pourrait avoir un, un, un standard national heu, dans le cadre des BMR urinaires il se passe ça, Monsieur Untel a été opéré d'un BMR sur



une prothèse, mais heu, les recommandations de bonne pratique sont celles-ci. Ce serait pas mal. Effectivement, ce serait une vraie piste d'amélioration, et qui serait pas très chronophage pour les médecins.

**CL : Oui ça, en lisant le courrier ça permet à la fois de se former et du coup après d'améliorer ses pratiques vis-à-vis du patient. Heu, donc, ça, ça rentre un peu dans le cadre finalement de la communication entre l'hôpital et la ville, qu'est-ce que vous pensez à ce sujet-là ? De manière un peu plus générale par rapport à la problématique des BMR et de l'antibiorésistance ?**

M11 : Heu, par définition, je trouve que les spécialistes d'organe ne font absolument pas d'effort de prévention. Heu, y'a pas de, ouais, y'a pas d'effort de prévention qui est fait pour essayer de gérer ça heu, pour les patients suivants. Les spécialistes d'organes sont centrés sur leur patient hein, ce qui est normal évidemment. Mais, pour autant, heu, ça veut pas dire que, je pense qu'ils doivent, d'une certaine manière, souffrir du fait que c'est pas très bien fait par les médecins, par la médecine de ville, mais ils font entre guillemets pas grand-chose pour qu'on fasse mieux hein.

**CL : D'accord.**

M11 : Je sais pas quel est votre sentiment sur ce sujet mais, de temps en temps on est jugé, mais de là à, à nous montrer comment on peut faire mieux heu... Bof hein.

**CL : Oui, finalement ce que vous ressentez c'est que la ville fait les choses peut être heu, de son côté, et l'hôpital de son côté, chacun fait des reproches peut-être les uns aux autres, sans pour autant dire bah, qu'est-ce qu'on peut faire pour qu'à l'hôpital on fasse mieux et en ville on fasse mieux, et améliorer la communication entre les deux partis finalement.**

M11 : Absolument.

**CL : D'accord. Et heu, donc, on a parlé de la sensibilisation des médecins avec, heu, par exemple le courrier d'hospitalisation qui pourrait être un vecteur d'amélioration. Heu, est-ce que, y'a d'autres moyens de lutte selon vous qu'on pourrait mettre en place pour l'antibiorésistance ?**

M11 : [*Silence*]. Heu, bah, peut-être qu'on pourrait heu, valoriser le TDR. Parce que, c'est, moi je fais des TDR et j'en fais des tripotées, et des tripotées, et des tripotées. En ce moment, je me vois faire des, des tests antigéniques plus des TDR chez certains patients. Ce qui est normal, hein, mais heu, du coup ça prend du temps, et heu, je ne sais pas quel est le taux de pénétrance encore, des TDR, heu, dans le, dans la population médicale, mais je suis pas sûr qu'il soit, qu'il soit si important que ça. Vous avez les chiffres là-dessus ?

**CL : J'ai pas, j'ai pas de chiffres, nan, je pourrais regarder effectivement.**

M11 : Parce que bah, le TDR c'est quand

même une bonne manière de, heu de faire aussi de l'éducation thérapeutique sur l'antibiorésistance. Heu, parce que, excusez-moi je suis en train de brancher mon portable.

**CL : Pas de souci.**

M11 : Heu, c'est, c'est une bonne, ça serait peut-être quand même un bon moyen de faire de l'éducation thérapeutique, le TDR, enfin c'est un bon moyen. Je vous mets pas d'antibiotique cette fois-ci parce que y'a pas besoin, parce que c'est un virus. Même si on... On est un peu vache de dire ça parce qu'en fait c'est juste pas un streptocoque. C'est pas forcément un virus. Mais heu, toujours est-il que, heu, y'a... Enfin moi j'utilise beaucoup, beaucoup le TDR, alors heu, ce qu'on qu'on constate aussi quand même, c'est par exemple quand on est utilisateur du TDR heu, moi je suis un utilisateur permanent du TDR, j'ai perdu une partie de ma patientèle. C'est-à-dire que vous avez heu, une partie de la patientèle heu, pour laquelle il faudrait faire de l'éducation thérapeutique heu, de la santé publique ou de la politique de santé, pour quand même leur faire rentrer dans la tête que on peut guérir sans antibiotique, quoi. Parce que quand je vous dis que j'ai perdu une partie de ma patientèle, grossièrement les patients qui sont restés c'est des patients qui adhéraient à mon système, c'est-à-dire on fait des TDR et on met des antibiotiques que si c'est nécessaire. Et y'a une partie de ma patientèle qui a changé de

médecin heu, en disant heu, heu, bah il met jamais d'antibiotique donc heu, moi je veux des antibiotiques donc je vais voir un autre médecin.

**CL : D'accord. Donc heu, d'après vous, donc heu, y'a des patients encore heu, qui sont assez demandeurs d'antibiotiques heu, chez qui heu, y'aurait tout un travail d'éducation à faire pour, heu, bah pour justement qu'ils comprennent l'intérêt de l'absence de prescription systématique, le fait que c'est pas efficace tout le temps. Heu donc, selon vous, pour sensibiliser davantage les patients à ce problème qu'est-ce qui pourrait être fait ?**

M11 : Je suis assez pessimiste hein. Parce que je pense que c'est une question de niveau socio-culturel et socio-intellectuel. Et heu, alors, je suis un vieux médecin moi, donc je vais vous dire quelque chose que je dis à beaucoup de mes étudiants, on a les patients qu'on mérite et on mérite les patients qu'on a. Heu, donc heu, du coup y'a des biais de sélection dans notre patientèle, et y'a des biais de sélection des médecins par rapport aux gens. Donc, je pense que si ce ne sont pas les médecins qui s'en emparent, clairement, je crois qu'il faudrait quand même qu'on cible les médecins qui sont sur-prescripteurs, et que la sécurité sociale, au lieu de cibler les sur-prescripteurs à heu, avec heu... C'est comme, vous savez que la Sécurité Sociale elle cible aussi par exemple les gens qui

consultent beaucoup trop, et qui font beaucoup de consultations, mais moi je suis quand même incroyablement effrayé quand ils ciblent seulement les médecins qui voient plus de 90 patients par jour. Parce que, pourquoi est-ce qu'on ne cible pas les médecins qui en voient plus de, plus de 50. Parce que déjà 50 c'est incroyable.

**CL : C'est déjà énorme, ouais.**

M11 : Moi, de ma vie professionnelle, ça fait 25 ans que je travaille, j'ai jamais vu 50 patients d'affilée dans une même journée. Jamais. Heu, parce que je considère que ce n'est pas de la médecine, enfin heu.

**CL : Hmm, hmm.**

M11 : Et heu, donc heu, je pense que la Sécurité Sociale devrait cibler heu, les sur-prescripteurs d'antibiotiques mais en abaissant leurs seuils. Parce que les seuils sont bien trop gentils. Alors, que de manière exceptionnelle on prescrit, c'est comme tout hein, que ça arrive de manière exceptionnelle, c'est une chose, mais que ça arrive de manière régulière, c'est pas normal. Donc heu, y'a, ça doit être très très facile de surveiller avec, heu... Enfin d'ailleurs on le sait hein, puisque moi j'ai mes chiffres heu, je vais me connecter pendant que je vous ai, mais je vais me connecter sur mon site Ameli, AmeliPro. Pour vous donner mes chiffres.

**CL : Donc ça, ça rentre, quand vous dites la Sécu, ça rentre dans le cadre de la ROSP ou c'est encore autre chose ?**

M11 : Non, non, ça rentre dans le cadre de

la ROSP. Heu, mais, nan, nan, pas seulement la ROSP d'ailleurs hein. Parce que dans la ROSP, c'est ce que je suis en train de, heu, c'est ce que je suis en train de chercher, heu... Dans la ROSP on a heu, on a un chiffre heu, sur la prescription des, des C3G je crois.

**CL : En fait, il y a le taux de prescription entre 18 et 65 ans et après effectivement, ils valorisent les antibiotiques heu, enfin valorisent entre guillemets, ils font plus attention aux antibiotiques pourvoyeurs de résistances comme les C3G, les quinolones et l'Augmentin, ils surveillent davantage le taux de prescription de ces antibiotiques-là.**

M11 : C'est dans la prévention ou c'est dans l'efficience ?

**CL : Alors ça, je...**

M11 : Je l'ai, je l'ai ! Antibiothérapie des 16-65 ans sans ALD. La cible est en dessous de 20%. Et moi, personnellement je suis à 16,8%. Et la cible intermédiaire est en dessous de 45%. Et donc heu, la cible intermédiaire en dessous de 45% hein, et la cible finale est à 20%. Moi je suis à 16,8 donc je suis dans l'objectif. Et la question qui est posée c'est le nombre de traitements par antibiotique pour 100 patients médecin traitant, de 16 à 65 ans hors ALD. Donc heu, dans l'année, y'a 1,6 patients sur 10 qui a reçu un antibiotique de ma part, qui est entre 16 et 65 ans. Mais, la cible, c'est qu'il y en ait moins de 4,5 sur 10. Vous vous rendez compte du truc de fou ? La moyenne

départementale, c'est 30%. Et la moyenne nationale c'est 20%, alors en plus, dans le département on n'est pas terrible. Et en terme d'antibiorésistance, la part des patients médecin traitant traités par antibiotiques particulièrement générateurs d'antibiorésistance, c'est-à-dire heu, Augmentin, d'ailleurs ce serait quand même à, à, l'Augmentin est quand même une vraie base, quand même pour poser des traitements, mais bon, heu, C3G, C4G et fluoroquinolones, et la cible intermédiaire est de 52%, la cible définitive est de 32%, et moi personnellement je suis à 30,1%. Bon, je vous donne les informations parce que c'était pas inintéressant.

**CL : Oui, oui, nan, c'est toujours bien d'avoir des chiffres, ça permet de se situer. Donc heu, si on généralise un peu, comment vous voyez l'intérêt de la ROSP par rapport à la lutte contre l'antibiorésistance ?**

M11 : Heu, l'intérêt de la ROSP heu, l'intérêt de la ROSP il est pas tellement financier finalement. Parce que, heu, on a un item qui est rémunéré 0 virgule je sais pas combien de points, multiplié par un indice etc, donc si on répond positivement à un item, heu, on va gagner heu, je sais pas, 50 balles ou 100 balles. Les gens ils ont plus intérêt à faire quatre consultations, les 100 balles ils les récupèrent. L'intérêt de la ROSP il est surtout de nous donner des chiffres qui sont visibles et objectifs, c'est-à-dire que quand même, on a une forme de, on se sent quand

même un petit peu, un petit peu bizarre, quand on dit mince je suis pas dans l'objectif. Heu, oh dis donc je suis très mauvais par rapport à la moyenne, je suis très mauvais par rapport à la moyenne nationale, je suis très mauvais par rapport à la moyenne départementale. Donc l'intérêt de la ROSP, à mon avis, c'est de nous montrer des chiffres. Il est pas tant, le point de vue financier.

**CL : Pour pouvoir se situer et pouvoir se dire là, pourquoi je suis pas dans les clous et qu'est-ce que je peux faire pour me mettre dedans finalement.**

M11 : C'est ça. Et, le côté financier de la ROSP, moi je ne le vois que comme une revalorisation d'honoraires heu, bienséante.

**CL : D'accord.**

M11 : C'est-à-dire que pour moi, et d'ailleurs je crois que j'ai un peu raison parce que ça fait 10 ans que le C n'a pas été augmenté, enfin le GS n'a pas été augmenté, ou quinze ans, peut-être. Heu, le GS n'est plus augmenté, parce que justement, les gens qui font de l'abattage, et qui multiplient les GS, ils gagnent plus d'argent qu'un mec sérieux, qui prend un peu plus le temps et qui fait moins de GS. Et par-contre, le mec sérieux, on peut penser qu'il va avoir des bons résultats donc sa ROSP, sa rémunération ROSP va être plus importante.

**CL : C'est un moyen d'équilibrer finalement et de, d'éviter de, comment dire, d'inciter peut-être les gens à**

**augmenter leur nombre de consultations à la journée alors que, au final, derrière, le, c'est pas forcément plus efficace et heu... pour les patients quoi.**

M11 : Absolument, c'est exactement ce que je pense.

**CL : D'accord.**

M11 : Après en terme d'antibiorésistance, quel était l'objet de votre question-là, sur laquelle on était en train de répondre ?

**CL : Bah, c'était plus heu, donc y'a des objectifs de ROSP qui sont liés à la lutte contre l'antibiorésistance, heu, donc c'était un peu qu'est-ce que vous pensez justement de l'efficience de mettre une ROSP à ce sujet-là, dans le fait de lutter heu, est-ce que ça incite vraiment les médecins à faire attention à leur heu...**

M11 : Oui, oui, et moi je pense qu'on pourrait augmenter la ROSP sur ces, sur ces critères-là. Je pense qu'on pourrait augmenter, alors il faudrait, il faudrait avoir un moyen de marquer les TDR, mais c'est compliqué parce que heu, c'est sur du déclaratif, donc heu, si le mec il va commander des boîtes, il va les jeter et puis il va dire qu'il fait des TDR à tout le monde. Donc heu, c'est pas, c'est pas possible. Mais en revanche je pense qu'il faudrait augmenter heu, des items de ROSP par rapport à, par rapport aux, à l'antibiorésistance.

**CL : D'accord.**

M11 : Moyens de lutte contre l'antibiorésistance, dont vous parliez aussi

tout à l'heure, je suis toujours extrêmement choqué, que des gens qui ont une pathologie de ville, et qui se présentent aux urgences, se retrouvent avec des bi-antibiothérapies parce que, parfois même des tri-antibiothérapies, alors que la pathologie est commensale. Heu, pas commensale, elle est heu... elle est heu... elle est heu... comment dire ?

**CL : Communautaire ?**

M11 : Elle est heu...

**CL : Communautaire ?**

M11 : Pathologie de ville quoi.

**CL : Hmm, hmm.**

M11 : Elle est ubiquitaire, nan pas ubiquitaire, vous m'avez compris, c'est une pathologie de ville.

**CL : Oui.**

M11 : Heu, une pneumopathie qui débarque aux urgences, et bah, l'interne il dit heu bah, pneumopathie en ville, il regarde Antibioclic, il dit bah là faut mettre Amoxicilline, et le patient il monte dans le service avec heu, Augmentin Oflocet. Heu, vous l'avez déjà vécu j'imagine.

**CL : Heu pas aux urgences, mais dans certains services, oui.**

M11 : Et, et c'est hallucinant quoi, hein. Heu, c'est pas normal ça ! Et là, y'a pas que la médecine de ville qui génère de l'antibiorésistance hein. Y'a la médecine ambulatoire, et le service des urgences fait partie de la médecine ambulatoire.

**CL : Donc aussi, axer les axes, enfin, la prévention là-dessus. Heu, donc au**

**niveau de la sensibilisation je reviens juste sur le patient, donc vous parliez de campagnes un peu de santé publique, donc heu, y'avait notamment la campagne de 2002 sur, heu, les antibiotiques c'est pas automatique, heu, quel est...**

M11 : On en entend encore parler, elle a été formidable cette campagne. Je pense que le publicitaire qui a inventé ça il doit avoir le grand prix de la publicité hein, de ces 20 dernières années hein. Les patients nous en parlent, nous on s'assied là-dessus pour pouvoir, enfin on s'appuie là-dessus pour pouvoir, heu, ne pas prescrire d'antibiotiques. C'est absolument formidable cette campagne. Elle devrait être réitérée à mon avis.

**CL : Voilà, c'est ça, c'est ce que j'allais vous demander...**

M11 : Je pense qu'une piqûre de rappel ferait beaucoup de bien. Parce que les parents de jeunes enfants heu, qui ne nécessitent pas souvent d'antibiotiques mais qui en ont souvent, heu, pourraient heu, être passés à travers cette campagne.

**CL : Donc les, les jeunes générations finalement, qui consultent à l'heure actuelle, qui ont, qui étaient peut-être entre guillemets « trop jeunes » heu, au moment de la campagne, ont peut-être moins été sensibilisées au fait que les antibiotiques sont pas forcément efficaces pour tout, tout le temps et sont du coup davantage demandeurs.**

M11 : Absolument. Alors après, heu, à côté de ça, je pense qu'on peut pas faire énormément de campagne grand public heu... C'est en ça où elle était géniale cette campagne, parce que, elle était grand public, heu, sans être très précis, parce que heu, chacun à sa sauce, il pouvait l'entendre comme il voulait. Ça pouvait être heu, la maman d'un jeune enfant qui, qui n'a pas eu d'antibiotique pour une angine, mais ça pouvait être aussi heu, un papi heu, qui, qui n'est pas BPCO et qui n'a pas d'antibiotique sur une bronchite, heu parce que c'est normal, mais qui avant se disait c'est normal que j'aie un antibiotique parce que je tousse et que je suis vieux et que je suis etc...

**CL : Donc ça a vraiment touché tout le monde et tout le monde se sentait concerné par ce slogan finalement ?**

M11 : C'est ça. Et je pense que ça, c'est aussi par exemple heu, un bon moyen d'expliquer à quelqu'un qui a une prothèse de hanche qui coule, que il va débarquer le matin, mardi, heu, au cabinet du médecin généraliste, et que le médecin généraliste il va dire « mais attention, les antibiotiques c'est pas automatique », faut qu'on fasse mieux que ça, faut qu'on soit plus intelligent, faut qu'on fasse un prélèvement profond, et faut qu'on voie s'il faut pas faire quelque chose d'autre que de mettre des antibiotiques. Heu, donc heu, ça touche vraiment tout le monde. C'est en ça où elle est fantastique cette campagne.

**CL : Et elle permet aussi au médecin**

**d'argumenter un peu du coup, le fait que parfois, la non prescription d'antibiotique pour certaines pathologies...**

M11 : Elle permet surtout heu, que le médecin a un standard heu derrière la tête, qui est « les antibiotiques c'est pas automatique ». C'est-à-dire que ce slogan c'est un standard, c'est la base, c'est, on dit d'abord ça et après on réfléchit. Alors que, avant, c'était, on met un antibiotique et après on réfléchit.

**CL : Hmm, hmm.**

M11 : Donc heu le, le paradigme a complètement changé.

**CL : Ça un peu inversé le mode de pensée, oui. Ça marche, et heu... Donc là on a parlé pas mal de sensibilisation, après si on parle un peu plus en, en pratique, donc vous votre expérience en ville avec les BMR, qu'est-ce que vous pouvez en dire ?**

M11 : Alors, mon expérience en ville avec les BMR... Heu, les BMR urinaires, je les traite pas, mais je les rince. Donc je leur demande de boire plus. Et puis j'ai appris, alors peut-être que les standards ont changé, mais j'ai appris à faire faire un ECBU régulièrement, pour vérifier s'ils sont encore BMR et pour avoir un coup d'avance le jour où ils deviennent symptomatiques et on a besoin d'un antibiotique. Donc c'est comme ça que j'ai été appris, par un... Mon référent infectiologue qui maintenant est parti à la retraite, mais avec qui j'avais été

l'initiateur d'une formation médicale continue dans, dans un groupe de PU. Donc j'étais heu, j'étais formateur en fait dans ce sujet. Et donc, on était parti sur ce principe, c'est-à-dire qu'il, faut toujours essayer d'avoir un ECBU d'avance, pour savoir quel germe est BMR, et si y'a un antibiotique qui fonctionne lequel c'est, comme ça le jour où le patient il a 39, et bah je lui donne d'emblée le bon antibiotique.

**CL : Oui, vous avez en fait, anticipé le prélèvement infectieux par rapport à l'infection pour, pour pouvoir mettre un antibiotique heu, « probabiliste » entre guillemets, mais quand même un peu adapté aux germes qui sont rencontrés chez le patient.**

M11 : C'est exactement ça. Ça n'empêche pas de refaire un ECBU avant, avant la prescription hein, heu.

**CL : Pour revérifier.**

M11 : Heu, enfin avant la délivrance, hein. Ensuite, mon expérience des BMR, c'est sur les prothèses, bah malheureusement j'ai plus souvent vu heu, des prothèses en échec avec des gens qui ont été déprothésés, donc avec des gens qui n'ont plus de prothèse de genou, qui ont un genou dans le vide, ou plus de prothèse de hanche et qui ont une hanche dans le vide, le temps qu'on leur nettoie le site, pour pouvoir les réimplanter, éventuellement. Heu, ce qui est quand même incroyable, parce que j'ai vu quelques infections de prothèses, que je n'ai jamais antibiothérapées et que j'ai

toujours envoyées à, au référent infectio-orthopédiste, ou orthopédiste, mais qui s'occupe des infections, de, des infections, afin qu'il n'ait pas d'antibiotique. Parce que si je fais pas comme ça, il va passer chez un spécialiste orthopédiste heu, privé, qui va mettre des antibiotiques, pour je ne sais quelle raison, pour tenter, pour passer pour un peu moins quelqu'un de, qui a fait heu, qui a généré l'infection en opérant heu, je ne sais pas pour quelle raison, ou alors il va passer par un service d'urgences où ils vont mettre un antibiotique parce qu'ils connaissent pas comme moi, cette référence qui est de pas mettre d'antibiotique. Et heu, et du coup je suis obligé de prendre des ficelles, moi qui connais quand même relativement bien le sujet, je suis obligé de prendre des ficelles pour absolument empêcher qu'il rentre dans un parcours où il y a un antibiotique de prescrit.

**CL : Donc vous avez finalement le, un réseau de spécialistes auquel vous pouvez vous référez pour optimiser la prise en charge des patients BMR ?**

M11 : Ouais, ou alors, j'écris dans ma lettre, heu, je vous adresse ce patient parce que je ne veux absolument pas qu'il ait d'antibiotique, heu, avant un avis heu, surspécialisé d'orthopédiste infectiologue, ou d'infectiologue orthopédiste, heu, pour être sûr que l'urgentiste il va pas me mettre un antibiotique quoi. Parce que, je sais que ça va grêler le processus, heu,

thérapeutique. Et, parfois, heu, de, avec une conséquence ultra super lourde. Parce que la conséquence ultra super lourde, c'est que peut-être que ce patient-là, il va avoir des antibiotiques aujourd'hui, la prothèse va continuer à couler, il va quand même voir un sur-spécialiste dans trois mois, parce que finalement le spécialiste orthopédiste il va passer la main quand même dans trois mois, et dans trois mois il va être dé-prothésé, et comme on sera dans un phénomène chronique, etc., Il va être dé-prothésé et pas re-prothésé immédiatement. Alors qu'on sait, vous et moi, que, la solution, c'est que, dans l'infection précoce, on dé-prothèse et on re-prothèse immédiatement. Et heu, c'est quand même heu, c'est quand même heu, le médecin généraliste il a quand même un rôle incroyablement essentiel sur un truc pareil. Il a, il change le, le, le pronostic de qualité de vie du patient.

**CL : Hmm, hmm. Donc pour vous, la, la prise en charge des BMR c'est quelque chose de pluridisciplinaire avec avis spécialisé, pour être sûr de pas faire de « bêtise » entre guillemets, qui pourrait avoir un impact majeur sur la vie du patient derrière ?**

M11 : Bah ça dépend lesquelles. Heu, c'est simplement, c'est surtout que la prescription, enfin la prise en charge du BMR doit être faite par des gens qui connaissent les BMR. Donc si je généraliste, il connaît les BMR, bah moi ce



que je crois, ce que je crois être hein, heu bah le généraliste il peut ne pas passer la main, par exemple sur des germes urinaires, je passe pas la main moi, jamais, je laisse le germe urinaire essayer de tenter qu'il disparaisse seul. Et puis heu, en expliquant aux gens hein. Heu, l'homme de Cro-Magnon il avait pas d'antibiotiques, mais heu, mon arrière-grand-mère non plus elle avait pas d'antibiotique hein. Mon arrière-grand-mère elle avait pas d'antibiotique, quand elle avait une infection urinaire, elle en guérissait seule. Donc la BMR on en guérit seul, si on a de la chance.

**CL : Hmm, hmm.**

M11 : Donc heu, mais tout ça il faut que les médecins ils le sachent. Et heu, y'a un défaut heu, y'a un défaut de formation, y'a un défaut de, c'est pas très, c'est pas simple quoi. D'où l'intérêt de réussir à trouver des, des, des solutions pour que les médecins connaissent le sujet.

**CL : D'accord, et heu, donc là, donc les BMR vous parliez, donc c'était quelque chose que vous rencontriez plutôt au niveau urinaire, plutôt au niveau des infections de prothèses, heu, de façon un peu plus générale, à quelle fréquence vous les rencontrez en ville ?**

M11 : Oh, des BMR urinaires on en voit heu, deux par an, enfin moi j'en vois deux par an, et puis des BMR heu, de prothèse, heu, j'en vois une tous les deux ans peut-être.

**CL : Donc ça reste quelque chose d'assez rare mais heu, qui est présent**

**quand même dans votre pratique quoi.**

M11 : C'est bien le problème, le problème c'est que c'est rare, donc, heu, y'a peut-être pas raison d'en faire un fromage et puis de former les gens tous les quatre matins sur ce sujet. Mais le problème, c'est que, c'est un problème, quand il comporte un, quand il concerne un patient, va impacter la qualité de vie, voire même l'espérance de vie du patient. Donc, du coup, c'est un problème rare, mais grave quoi on va dire.

**CL : Et donc, c'est peut-être ça aussi qui fait heu, en fait la rareté du problème fait que les médecins se forment peu, alors que ça peut avoir, même si c'est quelque chose de rare, sur le patient donné à qui ça va arriver, ça va avoir des conséquences dramatiques quoi, si je récapitule un peu.**

M11 : C'est exactement ça.

**CL : D'accord. Et heu, donc vous, à titre personnel, quand vous avez un patient heu, enfin, c'est peut-être un peu redondant avec ce qu'on a déjà dit mais heu, peut-être pour le formuler différemment, quand vous avez un patient avec une BMR, en quoi ça modifie vos pratiques ?**

M11 : *[Silence]*. Heu, ça le, ça ne modifie que ma prescription, heu, sur l'organe atteint, et éventuellement la prescription d'antibiotique heu, en cas de nécessité, sur un autre organe. Mais heu, mais, mais c'est tout. Je l'identifie comme BMR, heu comme je le disais tout à l'heure je, je, si c'est un

BMR prothétique je m'attends pas à ce qu'il disparaisse seul hein. Heu, si y'a une sonde double J ou si y'a une prothèse articulaire, ou heu, une prothèse heu, cardiaque, heu, je n'attends, enfin comme je vous l'ai dit, j'ai appris mais peut-être à tort hein, mais heu, j'ai appris que de toute façon, la prothèse va porter le germe et elle va entretenir le germe, donc du coup y'a pas d'espoir que ça se calme seul, donc heu bah heu, il faut, il faut changer la prothèse, ou il faut enlever la sonde double J, heu, donc je, je m'en réfère à un spécialiste en général d'organe, et puis sinon pour les BMR urinaires, par exemple, mais qui sont pas sur des sondes double J, bah je, il est identifié BMR dans mon dossier et puis je le sais, c'est tout.

**CL : Et vous en tenez compte pour les prescriptions futures d'antibiotiques.**

M11 : C'est ça.

**CL : D'accord.**

M11 : Alors après, pour le cutané, pour les BMR heu, cutanées, heu, cutanées pures hein. Heu, déjà, je pense qu'il n'y a pas de BMR cutanées pures, puisque normalement on devrait pas faire d'antibiogramme sur, heu, sur une surface cutanée, puisque c'est, par définition, pollué. Je me bats un peu, et je suis un mauvais médecin par rapport aux infirmières, parce que je, j'essaye d'écrire sur mes ordonnances « nettoyez plus, nettoyez plus, nettoyez plus ». Parce que les infirmières elles voudraient qu'on mette des antibiotiques mais elles font pas une toilette à l'eau et au savon avant de

commencer, donc c'est quand même un peu regrettable. Alors ça pourrait être les patients d'ailleurs hein, ça doit être les patients en priorité, mais si les patients sont pas en mesure de le faire, faut que ce soit l'infirmière qui fasse. Moi ça m'arrive de faire des toilettes avec un seau, un gant et un savon hein.

**CL : Hmm, hmm.**

M11 : Parce que, quand heu, je vois ça et que je suis en rogne et que je vois un pied dégueulasse alors que l'infirmière elle a demandé que je passe parce qu'il fallait mettre un antibiotique sur une plaie sale, et bah heu, je ne prescris pas d'antibiotique et je fais la toilette du pied hein. L'infirmière elle se comporte un peu différemment avec moi après.

**CL : Donc c'est aussi au niveau des, des plaies cutanées, pour éviter le, enfin les surinfections à BMR, c'est d'abord les soins locaux à optimiser avant de dégainer l'antibiotique, quoi.**

M11 : Alors, est-ce qu'il y a des BMR sur les plaies, et de toute façon, est-ce que le traitement du BMR est un antibiotique, certainement pas, sur une plaie, sur une plaie le traitement c'est la détersion et le lavage, mais certainement pas heu l'antibiotique. Pour, heu, qu'il y ait besoin d'un antibiotique, il faudrait qu'il y a une infection profonde donc un prélèvement profond. Alors, ça peut se faire hein, mais moi en 25 ans de carrière j'ai jamais fait faire. Mais je sais que je me rappelle que

l'infectiologue avec qui j'avais fait la formation m'avait dit que c'est, c'est peut-être envisageable sur certains sujets. Mais ça veut dire quoi, ça veut dire un érysipèle qui résiste à deux antibiotiques d'affilée ou des choses comme ça. Mais c'est prélèvement profond de toute façon, c'est pas heu, un BMR superficiel n'est pas un BMR pour moi, c'est juste une bactérie mal lavée. *[Rires]*.

**CL : Oui, donc pas quelque chose dont on tient compte pour le traitement finalement, en tous cas ?**

M11 : Ah non, certainement pas.

**CL : Et heu, si...**

M11 : D'ailleurs, pardon je vous coupe...

**CL : Oui, allez-y, allez-y !**

M11 : D'ailleurs heu, peut-être que y'a, y'aurait heu, une possibilité de formation aussi heu, heu, via les laboratoires d'analyses médicaux. Parce que les laboratoires d'analyses médicales, plutôt, laboratoires médicaux ou laboratoires d'analyses médicales, heu, sont, ils arrivent quand même à nous sortir un antibiogramme sur des plaies cutanées. Alors heu, ou alors ils devraient carrément refuser le prélèvement, ou alors le prélèvement devrait pas être remboursé, ou alors il devrait être remboursé sur justification. Mais, un, un prélèvement cutané devrait pas être remboursé. Ça sert à rien.

**CL : Donc, que les laboratoires freinent un peu aussi en mettant des obstacles**

**enfin, en fonction des examens demandés, en fonction de la pertinence des examens, qu'ils mettent un peu des obstacles pour des examens qui leur paraissent pas pertinents.**

M11 : Absolument, en faisant de l'éducation au médecin. Heu, un germe superficiel ne sera pas accessible à une antibiothérapie générale, heu, en ce sens l'antibiogramme n'est pas justifié, en première intention. Ça pourrait être la conclusion d'un examen. On sait qu'il y a un strepto sur une plaie, mais il fait pas d'antibiogramme parce que, parce que heu, pour bien signifier au médecin, ou alors il fait carrément pas l'analyse, en signifiant au médecin, en ayant un retour au médecin, en disant heu, la prescription d'antibiotique n'est pas justifiée heu, l'antibio, le prélèvement et l'antibiogramme ne sont pas justifiés et ils sont non-remboursés, ou alors ils sont remboursés dans certaines circonstances particulières, merci de remplir ce certificat qui me permet de savoir si ça rentre dans des critères de remboursement.

**CL : Hmm, hmm. Donc un travail des labos finalement pour éduquer les médecins sur la pertinence de certains examens et de certaines antibiothérapies.**

M11 : C'est ça.

**CL : D'accord. Et, bon c'est peut-être un parallèle un peu, on parlait donc des infirmières à domicile, des patients parfois un peu dépendants qui sont pas**

**capables de faire leurs soins eux-mêmes, heu, si j'élargis un peu, quelle expérience des BMR vous avez dans des établissements type EHPAD ou établissements un peu médico-sociaux ?**

M11 : Oui, alors heu, l'expérience que j'ai essentiellement c'est que, bon, pour moi, les BMR dans les établissements médico-sociaux et les EHPAD, heu, encore une fois, c'est des BMR de ville hein, par définition c'est, on n'est quand même pas encore en milieu hospitalier. Heu, et heu, la prévention des BMR, je suis un petit peu, toujours surpris de, de voir le manque de réflexion des médecins heu, par rapport aux, aux, comment dire, heu, le, le, le fait qu'on fasse des mesures d'hygiène, par exemple ils sont BMR urinaire, et donc y'a une étiquette sur la porte, et du coup les gens ils s'habillent avec des sur-blouses heu, des calottes et des gants, pour aller, nettoyer les pieds par exemple. Or, ils sont BMR U. Donc ça n'a aucun intérêt. Heu, BMR U en couche, ça n'a aucun intérêt, en tous cas à mon sens, je sais pas ce que vous en pensez mais... Heu, à mon sens ça n'a aucun intérêt.

**CL : Oui, il y a des précautions d'hygiène qui sont mises en place, mais heu, en fonction des soins effectués, quand c'est un soin souillant là c'est sûr que ça a un intérêt mais c'est sûr que si on n'a peu de contact avec le patient...**

M11 : Bah c'est ça, et puis pas de contact avec l'organe infecté en cause.

**CL : Hmm, hmm.**

M11 : Heu, si c'est un BMR cutané sur une plaie de prothèse par exemple, et que c'est un BMR cutané, heu, si le pansement il est fermé, le pansement il est fermé. Donc y'a pas besoin de mettre une sur-blouse si on va pas faire le pansement, si on va juste lui donner à manger. Alors, je pense que, heu, d'une certaine manière, dans la politique des établissements, heu, on fait systématique parce qu'on cherche à être efficace, mais je pense qu'on prend plus de risque à faire du systématique et avoir des trous dans la raquette, plutôt que d'expliquer pourquoi on fait les gens, heu, d'expliquer aux gens, aux aides-soignants, aux infirmières et aux médecins pourquoi on fait les choses, et les faire de manière rationnelle et intelligente. Je pense que ça permettrait d'avoir moins de trou dans la raquette. Et ça je l'ai vécu des, un nombre de fois incalculable.

**CL : Donc heu, vraiment former les gens sur les précautions d'hygiène et leur intérêt, et les adapter vraiment à des situations où c'est justifié ?**

M11 : Les adapter à chaque situation.

**CL : Hmm, hmm.**

M11 : Lui il est BMR U, lui il est pas BMR U, il est BMR cutané, lui il est BMR prothèse, lui il est BMR, et, et ça change tout. Parce que finalement y'a que les BMR respiratoires qui sont problématiques, et qui nécessitent vraiment des grosses mesures d'hygiène.

**CL : D'accord, et, heu, donc là on a parlé déjà de pas mal de choses, heu, y'avait juste un point heu, qu'est-ce que, donc au niveau des médecins, des pratiques, des prescriptions adaptées d'antibiotiques, heu, dont on a déjà parlé, qu'est-ce que vous pensez des outils de prescription heu comme Antibioclic ?**

M11 : Heu, Antibioclic est une de mes Bibles. Donc heu, je ne raisonne même pas autrement qu'avec Antibioclic.

**CL : D'accord.**

M11 : Donc ce que j'en pense, c'est que, heu, Antibioclic est, est formidable, heu dans le sens où heu, il respecte les recommandations, enfin, j'espère qu'il respecte les dernières recommandations. Donc heu, le seul problème que j'ai à Antibioclic c'est que, il faut qu'on soit sûr et qu'on ait une manière de savoir si heu, le sujet a été revu par les, par les gens d'Antibioclic récemment. Parce qu'en fait c'est une source qu'on va chercher systématiquement et heu, la question c'est est-ce que c'est en adéquation avec les recommandations d'il y a moins de 6 mois on va dire. Parce que, des recommandations d'il y a moins de deux mois je m'en fiche un peu, ou les recommandations de la veille je m'en fiche un peu. Ce qui était bien fait il y a 6 mois est encore bien fait aujourd'hui. Par contre, ce qui était bien fait y'a dix ans n'est plus à la page aujourd'hui. Donc en fait, faudrait qu'on réussisse à avoir via Antibioclic, heu,

des, des, des mises à jour. Et d'ailleurs je vais regarder sur Internet parce que je pense que, finalement, c'est écrit en fait.

**CL : Oui, je me suis connectée hier ou avant-hier et en fait, y'a un petit encart sur le côté, là je crois que par exemple sur l'érysipèle ça a été modifié récemment, alors j'ai pas regardé en détail à quel niveau ça avait été modifié, mais y'a un petit encart sur le côté qui dit heu, tel sujet a été revu heu.**

M11 : Je m'y connecte hein.

**CL : Ouais, voilà, modifications récentes c'est en bas à gauche. Avec heu érysipèle, impétigo et otite moyenne aiguë.**

M11 : Ouais, mais, vous voyez là par exemple je suis sur cystite...

**CL : Oui.**

M11 : Et bah j'ai pas, ah si peut-être que, je vais regarder, je vais aller un peu plus loin, heu... hop, hop, heu, merde, là du coup j'ai un problème.

**CL : Ouais après du coup quand on est sur la recommandation, on voit mise à jour, dernière modification de cette page en septembre 2021.**

M11 : Ouais, alors ils mettent les sources mais, moi j'ai... Ah ouais, mise à jour, la dernière modification de cette page, 3 septembre 2021, ouais c'est ça. Bon, donc heu, heu, du coup j'enlève ma critique. J'ai pas de critique.

**CL : Ça marche.**

M11 : Parce que, mis à, moi Antibioclic c'est

tous les jours hein. Et c'est même dans les infections les plus fréquentes parce que, heu, par exemple dans, j'ai vu avec surprise que dans l'angine chez l'adulte ça avait changé récemment. On est passé de 3 grammes à 2 grammes, et on est passé de 6 jours à 5 jours. Je sais pas si vous aviez vu passer.

**CL : J'avais pas forcément vu mais c'est vrai que c'est intéressant.**

M11 : On est passé de 3 grammes à 2 grammes là je viens de le refaire. On est passé de 3 grammes à 2 grammes, mais c'est toujours 6 jours. Mais moi je mettais 3 grammes depuis des années.

**CL : Hmm, hmm.**

M11 : Et la dernière modification de cette page, 24 septembre 2021.

**CL : Donc c'est récent.**

M11 : Ouais, c'est récent. Alors, non, alors peut être que c'est ça qu'il faudrait, c'est que, à chaque item c'est qu'ils mettent depuis quand ça a été modifié. C'est-à-dire que là par exemple, je suis presque sûr que ce qui a changé sur l'angine, c'est la quantité d'amoxicilline. Donc, ce qui serait bien, c'est que, en-dessous de mise à jour, ils mettent la dernière modification de cette page date de 24 septembre 2021, elle concernant la quantité journalière d'amoxicilline. Ça ce serait sympa. Vous comprenez ce que je veux dire ?

**CL : Oui, oui. Pour qu'on se rende compte un peu de ce qui a été modifié.**

M11 : Ouais.

**CL : Ça marche.**

M11 : Parce que moi je, je, le problème c'est quand on est utilisateur d'Antibioclac, comme moi, on finit par être ultra-dépendant à Antibioclac, c'est-à-dire que, on ne sait plus faire autrement. Parce que, on se dit, ce qui est peut-être un peu une bêtise d'une certaine manière hein, mais on se dit est-ce que j'ai pas loupé une dernière recommandation, heu, alors sauf heu, sauf quand on a plusieurs otites dans la journée heu, voilà, on s'en fout de la modification de ce matin hein, mais heu, mais on se dit est-ce que j'ai pas loupé une modification récemment.

**CL : D'accord, donc ça serait vraiment un moyen de se mettre à jour régulièrement et de passer à côté de rien, quoi.**

M11 : C'est ça.

**CL : Ça marche, et heu, de, alors question peut-être un peu plus générale mais comment vous voyez l'avenir vous, vis-à-vis de l'antibiorésistance et des BMR ?**

M11 : *[Silence]*. Ah c'est intéressant ça, c'est intéressant.

**CL : Des perspectives heu...**

M11 : Alors heu, je pense qu'il y a des perspectives d'amélioration vis-à-vis de la pratique des médecins généralistes, heu, avec des travaux de thèse par exemple. Donc heu, je pense qu'il y a des perspectives d'amélioration de ce sujet-là. Heu, y'a des perspectives d'amélioration via la formation initiale des médecins

généralistes. Heu, parce que si vous avez des bonnes idées quand même à 25 ans, on peut espérer que même pour certains d'entre vous qui se formeront pas beaucoup, si vous avez déjà des bonnes idées, c'est bien que vous les ayez et que vous les gardiez. Après, on sait quand même que, un géné, que un médecin, pas forcément généraliste, heu, y'a certains médecins qui ont des comportements adaptatifs par rapport aux recommandations, et d'autres comme moi qui sont plutôt au contraire, recommandations, recommandations, recommandations et rien d'autre. Heu, mais heu, je pense que les BMR vont quand même se, je, je, je suis à la foi, enthousiaste et pas enthousiaste. C'est-à-dire que je pense que les BMR sont destinées naturellement à apparaître et à se développer, juste heu, pour la simple et bonne raison que, on a de plus en plus d'antibiotiques, différents, et que, même si on les utilise chacun un peu moins, on risque fort quand même d'avoir plus de BMR à l'avenir. Et je crois savoir d'ailleurs qu'il y a des BMR qui sont extrêmement compliquées et heu, réfractaires à toute antibiothérapie, et à tout traitement et que y'a des gens qui meurent de BMR, je crois savoir. Heu mais, d'un autre côté, je pense quand même qu'on va avoir, avec certains leviers, dont par exemple la ROSP dont on a parlé tout à l'heure, un moyen de déprescrire un petit peu. Je pense vraiment

qu'il faudrait faire quelque chose sur les services d'urgences. Je suis quand même choqué hein, vraiment choqué hein, par heu, les prescriptions des services d'urgence. La moindre pneumopathie, c'est une bi-antibiothérapie hein. Quand c'est pas heu, Oflocet Claforan hein.

**CL : D'accord, donc vraiment revoir le bon usage de l'antibiotique, et du coup à ce niveau-là, y'a parfois des pays voisins qui ont des politiques heu différentes des nôtres au niveau des prescriptions d'antibiotiques, quel regard vous avez là-dessus ?**

M11 : Alors je les connais pas donc expliquez-moi.

**CL : Bah, alors, je connais pas tout en détail, mais avec les différents entretiens que j'avais eus on parlait par exemple de, un exemple qui est revenu assez souvent, l'otite de l'enfant, heu, dans des pays comme la Belgique, par exemple, au lieu de se dire, à partir de 2 ans on est un peu plus... enfin, on peut se laisser un peu plus de temps avant de prescrire un antibiotique, où nous vraiment en France c'est vraiment avant 2 ans, c'est globalement antibiothérapie, eux ils se laissent le cut-off de 6 mois heu, en disant heu, après 6 mois l'antibiotique est pas forcément nécessaire, on se laisse 48 heures et on voit s'il y a vraiment besoin d'un antibiotique. Sur des choses où ils sont un peu, peut-être moins prescripteurs d'antibiotiques pour**

### **certaines indications.**

M11 : Alors, on, on est dans un domaine que je connais pas très bien et j'aimerais bien en discuter avec quelqu'un qui s'y connaît bien sur ce sujet, heu, mais moi heu, dans mon esprit, l'otite en dessous de deux ans, elle est faite pour éviter la méningite et la mastoïdite, enfin le traitement de l'otite, il est fait pour éviter la méningite et la mastoïdite, et au-delà de deux ans, il est fait pour éviter la surdité, c'est-à-dire les séquelles des otites répétées, et prolongées et chroniques. Heu, moi dans mon esprit c'était ça, donc heu, si aussi on raisonnait par l'intelligence, parce que c'est quand même incroyable que, y'a des médecins ils se sentent démunis d'intelligence. En tous cas, y'a des médecins, et c'est aussi peut-être une forme de résistance des médecins, qui se disent, on me prend pour un imbécile, parce qu'on est capable, on n'est pas capable de m'expliquer pourquoi on demande les choses. Et pourquoi on les fait. Si on explique au médecin que l'otite en dessous de deux ans ça donne des méningites et des mastoïdites et que c'est ça qu'on veut prévenir quand on traite de manière énergique les otites, quitte à les prendre de manière un peu rapide, alors que, au-delà de deux ans, c'est la surdité qu'on cherche à prévenir, bah je pense que peut-être on va être plus efficace. Donc ça, c'est vrai quand même que, et d'ailleurs les spécialistes d'organes sont peut-être un peu responsables de ce genre de choses, et

c'est pour la raison, c'est la raison pour laquelle il faut qu'il y ait, je pense, beaucoup plus de généralistes dans les comités d'expert et dans les comités de bonnes pratiques et dans les comités de recommandations, parce que, il faut qu'on redonne heu, la place à l'intelligence des généralistes. On a un peu tendance à faire croire aux gens, et en particulier aux généralistes un peu complexés, que l'intelligence c'est pour les spécialistes d'organes, et heu, obéir aux ordres, c'est pour les généralistes. Au secours quoi, hein.

**CL : Oui donc vraiment comprendre l'intérêt des choses et puis, avoir sa place aussi dans la réflexion.**

M11 : Heu, alors sa place dans la réflexion, il faut, il faut être modeste quand même parce que moi, sauf si je m'y intéresse beaucoup, et si vous me demandez de lire les 25 derniers articles sortis cette année sur l'otite, et sur les germes en cause, je vais avoir un avis. Mais, hormis ça, l'avis heu, je vais avoir de la modestie, je suis, nan j'en n'ai pas d'avis. Moi je suis les recommandations encore une fois. Heu, mais, alors, certes je suis Maître de Conférences Associé, travaillant à la fac, je suis un petit peu différent peut-être, enfin j'ai, y'a un gros biais de sélection sur ma sélection à moi. Mais, heu, mais pour autant j'ai un peu de mal à parler de ça avec mes collègues au cabinet par exemple, qui ne travaillent pas à la fac, où ils me disent mais toi t'es que recos, que recos, y'a que les recos qui



comptent, heu, t'as pas ton libre-arbitre. Oui, parce que je considère que le libre-arbitre, d'une certaine manière n'existe pas puisqu'il est contenu dans les recos. C'est-à-dire que, il va me dire ouais mais tu comptes pas l'effet placebo, ouais mais dans les recos y'a l'effet placebo qui est compté, donc les recos elles sont totipotentes, elles sont à suivre heu, c'est tout. Et heu, bon voilà on pourrait en discuter pendant des heures, c'est intéressant.

**CL : Donc heu, bah au niveau en tous cas de l'antibiorésistance et des BMR on a abordé pas mal de choses, je sais pas si vous aviez des choses à rajouter sur le sujet ?**

M11 : *[Silence]*. Heu... Je... Peut-être qu'on pourrait reparler quelques secondes, c'est du côté heu, de la médecine vétérinaire en fait, ce que je trouve que c'est un peu facile des médecins de dire que c'est à cause de la médecine vétérinaire, les BMR, et très probablement c'est un peu facile chez les vétos, de dire que c'est à cause de la médecine humaine.

**CL : De se renvoyer la balle finalement.**

M11 : Ouais, finalement on se renvoie la balle. Moi je pense que ce qu'il faut c'est que, si on a un petit pouvoir dans notre domaine, il faut l'utiliser et arrêter de dire que c'est la faute à l'autre.

**CL : D'accord, donc prendre des mesures à la fois en médecine humaine et en médecine vétérinaire pour heu...**

M11 : Alors, d'ailleurs, je, je pense que c'est absolument impossible de déterminer précisément heu, je sais pas si vous avez eu l'opportunité d'interviewer un médecin vétérinaire d'une école de vétérinaire, mais ce serait extrêmement formidable, et je vous invite à le faire heu, essayez d'avoir un contact avec, heu, le responsable des, le responsable du cours d'infectiologie de l'école vétérinaire de Maisons Alfort ou de Toulouse, ou de Lyon, heu vous cherchez à avoir un contact et vous cherchez à faire un entretien Zoom, heu, ce serait absolument génial. Ça pourrait compléter votre thèse de manière assez intéressante, si je peux me permettre de vous donner un petit conseil.

**CL : Hmm, hmm, nan bah je prends note.**

M11 : Parce que, parce que en fait heu, qu'est-ce qu'ils en pensent, et en quoi est-ce qu'on peut dire heu, en quoi est-ce qu'on peut dire les BMR sont liées à la médecine vétérinaire ou liées à la médecine humaine, hein ? Heu hormis si on trouve un BMR chez un agriculteur, heu, et que on remonte au patient 0 qui finalement est une vache, sinon heu je vois pas comment on peut faire, hein.

**CL : Ça marche, bah écoutez merci beaucoup pour cet entretien. Je vais arrêter l'enregistrement.**

[Fin de l'entretien]

*Ressenti après l'entretien : C'était un entretien à la fois facile à conduire avec un médecin interrogé bavard et intéressé par le sujet, et à la fois difficile car j'ai l'impression qu'on s'est parfois écartés du sujet. J'ai eu*

*du mal à recentrer la conversation sur l'antibiorésistance et les BMR à proprement parler. Il y a quand même beaucoup de notions intéressantes qui ont été évoquées.*

*Ressenti après retranscription : Comme prévu, c'est un entretien très riche, avec parfois du hors-sujet mais avec des idées*

*détaillées. Cet entretien me conforte dans l'idée que j'atteins la suffisance des données. En effet, beaucoup d'idées évoquées, même si formulées différemment, sont déjà ressorties lors de précédents entretiens. Je vais tenter de confirmer cela prochainement.*

### Entretien n°12 :

**CL :** Je suis Clémence Leturcq, donc j'étais interne de médecine générale à Lille, heu, je fais des remplacements dans la région, et on se rencontre aujourd'hui pour ma thèse qui s'intéresse aux représentations et ressentis des généralistes sur l'antibiorésistance et les bactéries multi-résistantes. Donc heu, la participation à l'étude, ça consiste en un entretien oral qu'on enregistre au dictaphone heu au cours duquel on échange autour du sujet. Il n'y a pas de bonne ou de mauvaise réponse, c'est pas un jugement de pratique ou de quelque ce soit, c'est vraiment l'opinion personnelle du médecin qui m'intéresse. Heu, au niveau des démarches heu, de la Commission Nationale Informatique et Libertés et du Comité de Protection des Personnes donc tout a été fait pour anonymiser les données, donc rien ne figure heu, nulle part au niveau des, enfin, du nom du prénom, rien ne figure nulle part au niveau de la thèse et je supprimerai les données heu, dès que j'en aurai plus besoin. Heu, est-ce que du coup c'est possible de me renouveler à l'oral votre accord pour participer à l'étude ?

**M12 :** Oui bien sûr, je suis d'accord pour participer à l'étude.

**CL :** Ça marche ! Donc heu, pour commencer, qu'est-ce que vous évoque

### **la notion d'antibiorésistance ?**

**M12 :** Heu, alors la notion d'antibiorésistance heu, bah y'a beaucoup de choses, on en parle de plus en plus depuis une dizaine d'années et c'est en gros heu, les bactéries qui répondent plus aux antibiotiques les plus fréquents heu, heu, enfin les plus communément en fait heu, utilisés, heu, qui sont de plus en plus fréquentes dans notre société et dans nos parcours de soins, enfin dans nos patients.

**CL :** Ok. Et donc, les bactéries qui répondent plus aux antibiotiques, quelles conséquences heu, ça génère ?

**M12 :** Bah y'a deux types, y'a les gens qui sont juste porteurs sans être symptomatiques, donc ceux-là heu, ça fait pas grand-chose au quotidien pour eux, à part le fait que, qu'ils sont porteurs ils peuvent toucher les gens plus sensibles heu, à ça. Et les deuxièmes, c'est des gens qui sont infectés avec les bactéries heu, antibiorésistantes, et qui, résultat heu, chez qui on n'a pas d'antibiotique, ou des antibiotiques vraiment de dernier, dernier recours heu, qui nécessitent des hospitalisations, donc c'est des infections graves, c'est des choses qui sont, c'est des protocoles qui sont, tout est plus compliqué quoi, quand les gens ont une antibio... quand les gens ont une bactérie antibiorésistante.

**CL :** D'accord, ça marche, et heu, du coup, enfin quand on rencontre un patient porteur, ou qui a eu un antécédent d'infection à BMR, quel

**impact ça peut avoir au niveau de la pratique quotidienne ?**

M12 : Bah... Faut qu'il fasse attention heu, à, pour pas que ça contamine tout le monde. Je sais que, enfin alors, en tous cas moi au cabinet je prends aucune mesure particulière, heu, mais je sais qu'à l'hôpital, de mémoire, ils prenaient pas mal de précautions pour éviter heu, de diffuser plus heu, cette bactérie.

**CL : Donc heu, prévenir le risque heu, de diffusion...**

M12 : De contamination, ouais.

**CL : A d'autres patients et... Ok, ça marche. Et heu, donc on disait que l'antibiorésistance c'était quelque chose qui se développait ces dernières années, dont on parlait de plus en plus, heu, vous, de quelle manière vous y êtes sensibilisée ?**

M12 : Heu, bah, soupir, j'en ai entendu parler pendant mes études, mais assez rapidement finalement, et après moi je fais partie d'une association qui s'appelle *Association A*, je sais pas si vous en avez déjà entendu parler ?

**CL : Non.**

M12 : Et en gros heu, l'antibiorésistance c'est quelque chose dont on discute parce que on prend en compte heu, la santé d'un point de vue très global, avec heu, en gros l'impact heu de notre environnement sur notre santé.

**CL : D'accord.**

M12 : Et heu, et l'environnement, le

réchauffement climatique, la chute de la biodiversité. Heu, et en fait, avec la chute de la biodiversité, avec heu l'industrie, enfin heu, l'agriculture industrielle heu, notamment pour les, dans les élevages etc. L'antibiorésistance c'est aussi lié à tout ça et donc c'est via ça heu que je m'y suis aussi intéressée ouais à nouveau, dans le contexte vraiment global de la santé heu, planétaire, et pas que humaine.

**CL : D'accord. Donc finalement ça serait pas juste un problème heu, médical pur, mais un problème à la fois écologique, environnemental, qui est retrouvé à la fois aussi en médecine vétérinaire ?**

M12 : Ouais, exactement.

**CL : Heu, du coup, enfin le fait d'y être sensibilisée particulièrement, qu'est-ce que vous connaissez à propos de ça, au niveau de l'impact de l'environnement ?**

M12 : C'est pas clair... *[Rires]*. Juste sur l'antibiorésistance ou de manière générale sur l'environnement ?

**CL : Heu, l'antibiorésistance, quel heu, enfin, au niveau de l'environnement qu'est-ce qui peut la causer ? Au niveau de l'écologie, de la médecine vétérinaire ?**

M12 : Bah, l'utilisation massive des antibiotiques heu, pour les animaux. Ça c'est sûr. Heu, l'utilisation de, alors ça je suis pas, mais de produits heu, qui permettent de, dans des, biocides quoi, qui viennent heu jour, interagir dans notre environnement, et donc tout ça, nous, qu'on

ingère et qui vient forcément jouer à ce niveau-là, et aussi c'est notre environnement proche donc heu, qu'on manipule, donc on est plus touchés par ça aussi heu.

**CL : Donc heu, finalement y'a pas qu'en prenant des antibiotiques qu'on s'expose à l'antibiorésistance et c'est un problème beaucoup plus global que juste le médecin qui prescrit et qui expose le patient ?**

M12 : De mon point de vue oui, même si on a tous une petite part de responsabilité quand on prescrit un antibiotique, etc. Expliquer bien au patient que la parcimonie, etc. Mais heu, effectivement, je pense que notre moyen d'action il est, il doit être beaucoup plus global, et qu'il faut qu'on arrête d'être autocentré sur notre médecine à nous si on veut que nos patients soient en bonne santé, ça c'est sûr et certain.

**CL : D'accord, ça marche. Et du coup heu, bon c'est peut-être un peu compliqué mais heu, quels moyens il pourrait exister pour lutter justement de façon globale heu, à la fois du côté médical et du côté plus général, contre l'antibiorésistance ?**

M12 : Bah après c'est des moyens heu, qui sont beaucoup plus, à une échelle certes individuelle dans notre mode de consommation, mais aussi à une échelle politique en fait, avec des prises de décisions heu, heu, beaucoup plus larges heu, lutter contre les nouveaux grands

entrepôts, enfin, pour tout ce qui est élevage industriel en fait, c'est de revenir à un élevage un peu plus entre guillemets « traditionnel » heu, heu, qui permet d'éviter en fait le recours massif à des antibiotiques heu, et à d'autres médicaments d'ailleurs chez les animaux.

**CL : Donc finalement, c'est, s'appuyer sur l'écologie de façon générale, pour lutter aussi contre ce problème-là ?**

M12 : Je sais pas si le terme écologie est... Mais oui, s'appuyer sur les mesures en fait heu, bah en fait c'est pour, heu, d'un point de vue santé hein, on parle vraiment santé, santé pour tout le monde et aussi pour la biodiversité qui nous entoure, et donc heu, et donc lutter contre ça effectivement, ça favoriserait et notre santé et notre santé à nous mais aussi la santé des animaux qu'on mange, la santé des, de la biodiversité qui nous entoure.

**CL : Ok, ça marche, et on parlait du coup aussi de peut-être éduquer les patients à, heu, à, donc heu, au fait voilà, d'utiliser les antibiotiques de manière raisonnée, heu, qu'est-ce que vous pensez justement de la sensibilisation des patients au niveau de ce sujet de l'antibiorésistance ?**

M12 : Alors, moi j'ai pas beaucoup d'expérience, heu, parce que je suis, enfin, jeune médecin, heu, mais je trouve que, c'est très dépendant selon les endroits où j'ai remplacé. J'ai trouvé que les vieux médecins que j'ai remplacés, les patients

étaient plus demandeurs d'antibiotiques que chez les jeunes médecins que j'ai remplacés. Heu, mais j'ai quand même, de manière générale, que les patients étaient assez réceptifs au message, quand on leur expliquait pourquoi on leur prescrivait pas d'antibiotique heu, comment ça fonctionnait, alors c'est des messages qui prennent du temps à être délivrés mais une fois qu'ils sont donnés de manière assez claire, enfin en tous cas que j'essaye, j'essaye de faire au plus clair, heu, les patients sont, enfin ça m'est pas arrivé de m'embrouiller ou de me prendre la tête quand je refusais de prescrire des antibiotiques parce que j'expliquais par la suite et j'avais l'impression que les gens en face comprenaient quoi.

**CL : D'accord, donc en fait, des patients qui demandent peut-être par habitude liée heu, à, heu, une habitude donnée par le médecin traitant de base qui est remplacé, mais heu, qui sont pas fermés à une autre manière de voir les choses et qui comprennent un peu la problématique de... ?**

M12 : Alors je sais pas s'ils comprennent la problématique, parce que je leur parle pas forcément d'antibiorésistance, je leur parle, je leur explique pourquoi eux, dans leur cas à eux c'est pas utile heu, de prendre des antibiotiques heu, et après quand, enfin, s'ils en réclament plus régulièrement j'explique aussi ce que c'est l'antibiorésistance, mais, c'est pas si

fréquent que ça en fait, que j'en parle en consultation, sauf chez les gens qui ont des bactéries multi-résistantes.

**CL : D'accord, et donc justement ces gens-là qui ont des bactéries multi-résistantes, quelle expérience vous avez avec eux ?**

M12 : J'ai pas beaucoup d'expérience parce que j'en ai eu, j'pense... J'ai eu quelques infections urinaires, donc j'avais toujours un antibio qui fonctionnait per os donc heu... C'est ce côté un peu rassurant rires, mais qui est quand même un peu inquiétant heu, voilà, alors chez les personnes âgées c'est toujours plus difficile parce qu'ils sont toujours un peu plus sensibles enfin, et pluri-pathologiques donc voilà. Mais j'ai eu un cas d'une jeune y'a pas longtemps qui était porteuse d'une BMR, qui était infirmière, et qui se posait la question de comment protéger en fait son mari et sa fille, et franchement j'étais un peu, ça m'a un peu désarçonnée parce que je savais pas vraiment comment lui répondre et que je me suis dit qu'en plus c'était probablement lié à l'hôpital heu, enfin, et au milieu de soin dans lequel elle était et qu'elle évoluait, et ça m'a, enfin voilà, ça m'a questionnée par rapport à ça, et j'avoue que les conseils pour protéger sa famille heu, j'étais un peu à court d'idée quoi.

**CL : D'accord, donc des précautions d'hygiène qui sont prises à l'hôpital à la fois pour protéger les autres patients et les personnels soignants...**

M12 : Et les personnels soignants, oui.

**CL : Mais heu, une fois qu'on est en ville heu, on n'a pas trop de recommandation à ce niveau-là à donner aux patients qui sont atteints d'une BMR ?**

M12 : En tous cas moi je les connais pas, s'il y en a je les connais pas. *[Rires]*.

**CL : D'accord, ça marche, ok !**

M12 : J'ai fait avec le bon sens mais...

**CL : Et heu, donc on parlait donc, qu'en cas de BMR urinaire vous arriviez quand même souvent à vous en sortir avec une antibiothérapie per os, est-ce que vous avez déjà été confrontée à des impasses thérapeutiques ?**

M12 : Jamais, dans ma pratique heu, et même à l'hôpital... Après j'ai peut-être pas été dans les services les plus infectés mais en tous cas j'ai pas heu, moi j'y ai pas été confrontée.

**CL : Ok, ça marche, et heu, quel heu... quelles ressources vous auriez autour de vous si un jour vous étiez en difficulté devant une bactérie multi-résistante, quelles ressources vous solliciteriez autour de vous ?**

M12 : Vous voulez dire un appel à un ami par exemple ?

**CL : Par exemple oui, *[Rires]*.**

M12 : Heu, nan bah en fait bah la ligne téléphonique d'avis du CHU.

**CL : Ok.**

M12 : Heu, ça marche heu, assez bien et... Et donc je pense que dans ce cadre-là j'appellerai là, ou au CHU de *Ville D*. Je

pense, soit l'un soit l'autre.

**CL : Donc les centres de référence finalement de la région avec un infectiologue qui peut répondre et heu...**

M12 : Oui. Si je suis vraiment en impasse j'hésiterai pas à appeler.

**CL : Ok, ça marche. Heu, donc, finalement les BMR c'est quelque chose de rare dans votre pratique, c'est pas quelque chose que...**

M12 : Moi en tous cas j'ai pas eu heu...

**CL : Et donc là, on parlait d'une patiente jeune, d'une infirmière, quelqu'un qui aurait été peut-être exposé à, aux BMR dans sa pratique professionnelle, et sinon, dans quel contexte heu, vous pouvez rencontrer des BMR dans votre pratique de généraliste ?**

M12 : Bah après moi c'est surtout rencontré à l'hôpital, et c'était de mémoire des patients assez âgés, qui avaient eu beaucoup d'antibiothérapies heu, des patients fragiles en fait. J'ai surtout rencontré des personnes, mais même après des personnes qui sortaient de l'hôpital et qui étaient donc étiquetés BMR et qui venaient consulter, et c'était des personnes âgées, ou au moins des personnes fragiles avec pas mal de pathologies.

**CL : Donc plutôt sur des terrains plutôt de gens déjà fragiles de base, qui ont eu du coup beaucoup de pathologies donc beaucoup de traitements, dont beaucoup d'antibiotiques et qui sont sujets à...**

M12 : Ou même pas forcément beaucoup

d'antibiotiques mais heu, aussi un recours fréquent heu, aux soins, je pense que ça, ça joue heu, pas mal aussi heu...

**CL : Le fait d'être souvent hospitalisé...**

M12 : Hospitalisé, d'aller souvent chez le médecin de, d'échanger ouais, je pense que ça, ça joue.

**CL : Donc une contamination qui se fait finalement heu, dans les milieux de soins.**

M12 : Oui, je pense.

**CL : Ok, ça marche ! Et heu, du coup donc c'est peut-être un peu redondant mais vous disiez, appeler heu la ligne téléphonique d'avis du CHU, des centres de référence hospitaliers en cas de problème avec un patient BMR, heu, comment vous voyez du coup la relation entre l'hôpital et la ville dans le cadre de la prise en charge des, des patients BMR ?**

M12 : Bah c'est compliqué parce que j'y ai jamais vraiment eu recours, mais, je pense que, l'hôpital serait plutôt un bon soutien à ça, enfin en tous cas j'espère mais j'imagine que oui. Donc heu... parce que j'ai jamais eu de mauvaise expérience. *[Rires]*.

**CL : *[Rires]*. Ok, bon tant mieux hein ! Ça marche, donc heu, effectivement ce que vous disiez tout à l'heure, c'est quelque chose que vous hésiteriez pas à faire en tous cas d'appeler heu, un service hospitalier de référence pour rendre en charge un problème infectieux.**

M12 : Nan, je pense que j'hésiterais pas,

après je ferai forcément un peu des recherches de mon côté etc. Mais au lieu, avant de prescrire des antibiotiques que j'ai jamais prescrits, je pense que je passerais un coup de fil, ça c'est, ouais.

**CL : D'accord, ça marche. Heu... Et heu, donc au niveau, si je reviens un peu sur la sensibilisation des patients, heu, donc on parlait donc d'éducation thérapeutique, face à un patient demandeur de lui expliquer pourquoi on lui donne pas d'antibiotique, heu, y'avait eu la campagne en 2002 « les antibiotiques c'est pas automatique », c'est quoi votre point de vue là-dessus, sur cette campagne-là et sur les campagnes de façon plus générale ?**

M12 : Ah bah je pense que les campagnes de prévention c'est l'avenir donc je pense que c'est très bien. *[Rires]*. Heu, la campagne, « les antibiotiques c'est pas automatique » je pense que c'est une des meilleures campagnes qui a eu lieu sur l'antibiothérapie parce que y'en a eu d'autres après mais les patients ils s'en souviennent absolument pas, alors que c'est fréquent que les patients sortent ce slogan heu, quand on leur explique pourquoi on prescrit pas d'antibio. Donc je pense que c'est hyper important d'avoir des, des, mesures de santé publique heu, autour de ça.

**CL : Oui, donc celle-là les patients s'en souviennent, celles qui a eu derrière finalement elles ont eu un peu moins**



**d'impact...**

M12 : Moi j'ai l'impression que j'ai pas eu de retour et moi je saurais pas m'en souvenir en tous cas.

**CL : Et heu, du coup, est-ce que ça serait quelque chose à renouveler ?**

M12 : Bah, de manière générale heu, la prévention c'est quelque chose qu'il faut renouveler, répéter, enfin voilà hein, l'éducation c'est toujours, enfin, apprendre c'est répéter les choses donc oui ça c'est sûr. Après heu, je trouve que c'est difficile vu la globalité du problème de pointer les patients comme responsables et les médecins comme responsables seuls heu là-dessus, et que c'est des changements de pratiques qu'il faut effectivement mettre en place mais qu'il faut pas oublier le cadre beaucoup plus global, parce que c'est pas en traitant heu, on va dire heu 10% du problème que ça va être la solution quoi.

**CL : Ouais donc heu, les médecins ont leur rôle à jouer d'éducation thérapeutique, de bon usage des antibiotiques mais que... si on fait que ça, ça suffira pas à limiter l'antibiorésistance et le développement des BMR ?**

M12 : Je pense, c'est pas très scientifique mais c'est un avis personnel et je pense que ça suffira pas ouais.

**CL : Et donc des décisions qui devraient venir de plus haut...**

M12 : Bah, plus globales, et puis travailler avec les vétérinaires en fait, travailler en

commun, essayer de comprendre, voir dans des secteurs où heu, très industriels, très agricoles, est-ce que là y'a plus de, d'antibiorésistance qu'ailleurs, enfin moi c'est des notions dont j'en sais rien, et je pense que c'est des choses qui sont intéressantes, alors peut-être qu'il y a des études qui ont été faites là-dessus et que je connais pas mais, mais je pense que c'est des trucs à étudier et, pour agir en fait au plus près du problème quoi.

**CL : Donc en fait essayer d'agir au niveau de toutes les sources d'exposition aux antibiotiques qui font qu'on génère l'antibiorésistance donc, les traitements antibiotiques, la protection, les précautions d'hygiène en milieu de soins, et aussi tout ce qui est heu, consommation alimentaire, élevages animaliers, les choses comme ça, qui en fait exposent finalement l'être humain aux antibiotiques d'une certaine manière...**

M12 : Ah ouais.

**CL : Et du coup génèrent de l'antibiorésistance.**

M12 : Ça, et un truc dont on n'a pas parlé encore, mais c'est l'automédication. Heu, ça serait quand même la base que les pharmacies heu, délivrent heu, rires, pile la durée des antibiotiques quand on les prescrit et heu, et pas avec plus parce que ça, franchement ça arrive encore régulièrement, des gens qui arrivent et qui disent « ah oui j'ai pris deux grammes

d'Amox heu parce que j'allais pas bien » et ça c'est catastrophique en fait, et on a beau leur expliquer, parfois ils ont la boîte à la maison, ils comprennent pas, parfois ils mélangent, enfin voilà, ils sont humains comme tout le monde, ils vont pas bien, ils essaient de prendre quelque chose, donc heu...

**CL : Donc essayer de mieux réguler la délivrance des médicaments, notamment des antibiotiques, pour éviter que les gens en consomment.**

M12 : Oui je pense que ça pourrait être heu, bah déjà pour éviter le gaspillage hein, faire des économies rires, et puis éviter l'automédication là-dessus ouais, je pense que ça c'est un truc qui est, un truc qui est pas si compliqué à mettre en place et qui pourrait heu, être utile quoi.

**CL : Avoir un effet sur le problème, ça marche ! Heu, après heu, je sais pas ce que vous pensez des outils de prescription comme Antibioclic ?**

M12 : Ah ça je m'en sers à fond, c'est un peu ma référence heu, rires. Ouais, j'y vais souvent, je suis contente d'avoir ça qui m'aide, qui m'appuie, même au niveau, entre les posologies, les durées heu, comme ça je suis sûre de pas me tromper quoi.

**CL : Ouais, les recommandations elles sont là et on les applique quoi finalement...**

M12 : Ouais, bah j'avoue que là-dessus, sur les antibiotiques j'applique vraiment les

recommandations parce que je pense que c'est important et que, au moins tout le monde est sur la même longueur d'onde, donc si, si je m'en sers pas mal. Et puis je suis contente de voir quand c'est actualisé par rapport à, enfin voilà, quand je lis des nouveaux articles heu, sur des changements de pratique et que je vois sur Antibioclic que c'est à jour, bah je me dis bah...

**CL : C'est rassurant ?**

M12 : Ouais, ça me rassure et je me dis c'est d'autant plus fiable.

**CL : Donc heu, Antibioclic, s'en servir c'est un peu le gage, enfin, la garantie de prendre en charge correctement les infections courantes de médecine générale ?**

M12 : Pour moi, oui. *[Rires]*. Mais de mon point de vue très personnel ça m'auto-rassure, ça me... voilà.

**CL : Ok, très bien. Et du coup, ça rejoint un peu ce qu'on a déjà dit par rapport à l'environnement tout ça mais heu, vous votre ressenti sur le développement de l'antibiorésistance, des BMR heu, comment il est ?**

M12 : Mon ressenti... *[Soupir]*. Franchement c'est heu, je sais pas trop, je pense que je suis pas assez en contact avec, ou j'ai peut-être pas fait assez attention. Heu, à l'hôpital effectivement, quand y'en avait qu'on dépistait quand même régulièrement, mais d'ailleurs à l'hôpital on les dépistait quand ils avaient été

hospitalisés y'a moins de six mois ou dans certains pays donc heu, y'avait quand même des critères qui avaient été établis que, en tous cas, nous on recherche pas du tout en médecine générale, enfin, que moi je ne recherche pas du tout en médecine générale, donc mon ressenti global est que, pour moi, c'est pas un problème au quotidien dans ma pratique, mais je pense que, c'est un problème auquel il faut qu'on s'attelle parce que ce sera un problème dans notre pratique assez rapidement, dans les années qui arrivent quoi.

**CL : D'accord, donc si je résume un peu, pour l'instant en tant que médecin généraliste c'est pas quelque chose de visible au quotidien dans la pratique, heu dans le sens où, voilà, y'a pas tous les jours un patient BMR qui débarque au cabinet, mais heu, c'est quelque chose qu'on sait, mais auquel on n'est pas vraiment confronté directement, mais par contre, heu, l'évolution du problème fait que à terme on, on risque d'y être confronté et que du coup y'a des mesures à prendre peut-être dès maintenant pour..**

M12 : Oui, je pense que c'est ça.

**CL : Ok. Parfait. Euh... et heu du coup, on parlait de l'association par rapport à la prise en charge globale de la santé, est-ce qu'au niveau international vous avez du coup des connaissances sur le sujet, au niveau de l'antibiorésistance tout ça, au niveau international ?**

M12 : Hmmm, non.

**CL : C'est comme l'association s'appelle...**

M12 : Nan l'association, en fait elle est, en fait c'est une filiale, enfin une filiale, *l'Association A* c'est une association qu'on a créé en France il y a un an, un an et demi mais en fait des *Association A*, y'en a un peu partout, notamment au Canada, où ils sont assez branchés heu, là-dessus, et l'antibiorésistance c'est un petit point de cette association mais c'est pas du tout, du tout, centré heu, là-dessus. C'est quelque chose qui nous concerne plus parce que c'est, en vrai l'antibiorésistance c'est quand même une menace... pour nous tous quoi. Donc heu, donc c'est bien qu'on y soit sensibilisé et qu'on, qu'on sache heu, d'où ça vient, comment la prévenir heu...

**CL : Et donc, les patients, on disait que les campagnes de pub heu c'était un bon moyen de les sensibiliser heu, en plus de l'éducation thérapeutique faite par le médecin, au niveau de la sensibilisation des médecins, vous vous disiez que vous étiez sensibilisée via vos études, est-ce que vous pensez qu'il y aurait d'autres moyen des sensibiliser ?**

M12 : En fait je sais pas, je trouve, mais peut-être que c'est très personnel, que, en médecine générale on fait super gaffe à pas prescrire trop d'antibios, et, quand heu, j'étais à l'hôpital, j'avais l'impression que c'était la base, de, de plein de traitements. Par exemple, la première vague COVID,

j'avais fait pas mal de gardes heu, là-bas, et on foutait tout le monde sous double-antibiothérapie alors que c'était le COVID, alors ok la pandémie, ok machin, mais en fait, j'arrivais pas à... à comprendre ce gap monstrueux où nous on se bat pour pas mettre heu, quelques jours d'amoxicilline pour qu'on leur explique et tout, et à l'hôpital ils arrivent et ils ont double-antibiothérapie instantanée alors que c'est un virus qui les infecte, enfin, vraiment... Parfois y'a des incohérences comme ça, majeures, et je... Je, je sais pas, je pense qu'en plus, j'ai pas les chiffres en tête, mais j'ai l'impression que... les antibiotiques sont principalement prescrits à l'hôpital, alors peut-être que c'est un gros biais par rapport à la population qu'on soigne mais je... Enfin, bref, y'a des trucs comme ça qui m'ont toujours interloquée et qui me questionnent à fond. Et donc oui, je pense que nous on est sensibilisés mais peut-être qu'il faudrait aussi sensibiliser d'autres médecins qui ont les, qui ont recours plus facilement en fait, à des antibio heu, et je veux pas du tout mettre ça dans une guerre heu, je trouve ça très bien le boulot des hospitaliers, y'a aucun souci avec tout ça hein, rires, mais je pense que c'est... Enfin je sais pas, moi je trouve que nous on est très sensibilisés, qu'on a commencé à mettre en place, en tous cas les jeunes médecins avec qui j'ai peu en discuter, généralistes, on est très sensibilisés à ça, on a commencé à mettre en place, etc. Euh, on éduque nos patients

heu, voilà ça nous prend pas mal de temps, et, et voilà, et j'ai l'impression que quand on arrive à l'hôpital, c'est, y'a plus en fait ce garde-fou des antibio que nous on se met vachement en ville en fait, c'est plus ça que j'ai l'impression, qui se passe.

**CL : Que, en ville quand on les prescrit on se dit, bon bah voilà je les prescris parce que y'a tel critère tel critère, alors qu'à l'hôpital heu, peut-être beaucoup plus facilement on va y aller...**

M12 : Bah oui, parce qu'après probablement que les gens sont plus graves hein, et c'est pour ça qu'on a recours plus facilement à des antibio, mais heu, voilà, cette, j'ai quand même heu, voilà, je pense qu'il y a aussi des fois où on abuse un peu sur l'antibiothérapie, aussi...

**CL : Aussi dans le secteur hospitalier**

M12 : Aussi dans le secteur hospitalier, ouais.

**CL : Et après, je sais pas si ça sous-entendait ça ce que vous disiez, mais aussi peut-être pour les patients du coup d'un côté le médecin généraliste qui bataille, bataille, bataille pour pas en mettre et une fois qu'on va à l'hôpital heu...**

M12 : Ah oui, non, ça je pense pas parce que les gens ils sentent bien les différences et que... Nan ça je pense pas que ce soit un problème de message à envoyer, envoyé au patient. Puisqu'en plus souvent, à l'hôpital ils savent pas hein ce qu'ils prennent comme médicament pour être tout

à fait honnête. Rires. Donc, heu, donc voilà.

**CL : Mais plus du coup, de réguler partout en fait, les prescriptions d'antibiotiques et vraiment revoir les indications pour lesquelles on les met.**

M12 : Ouais, c'est ça.

**CL : Ok.**

M12 : Les antibiotiques préventives, heu... ouais, et que ce soit vraiment, que tout le monde mette la main à la pâte quoi, ouais sensibiliser les patients mais, il faudrait un peu plutôt des guidelines, enfin, des recommandations un peu précises, et j'avoue j'avais pas pensé, mais nous des recommandations heu qu'on peut dire au patient quand les gens sortent d'hospit avec une BMR, en étant étiqueté BMR, mais qu'est-ce qu'on fait, franchement, comment on les protège, comment on protège leur entourage, comment nous on se protège, ça c'est vrai que...

**CL : Donc peut être, quand un, si un patient est hospitalisé pour une BMR, quand il est sortant avoir une transmission d'information entre l'hôpital et la ville pour la conduite à tenir heu...**

M12 : Ouais puis des recommandations, ouais c'est ça, un peu claires, même des conseils, que je pense c'est juste heu, se laver les mains et désinfecter chez soi hein, je pense pas que ce soit très... mais un juste équilibre, aérer, enfin voilà, mais je pense qu'il faut trouver un juste équilibre heu... entre, heu, ouais entre les deux.

**CL : Ok, ça marche. Bah je pense qu'on a fait pas mal le tour... Peut-être une question, mais vous êtes exclusivement remplaçante vous, donc l'histoire de la ROSP...**

M12 : Bah je suis pas, après ouais j'ai vu heu quand j'étais en N1 un peu comment ça marchait les ROSP, mais j'avoue que... franchement les ROSP, je pense que c'est, enfin pour ça, c'est compliqué les ROSP en fait là-dessus parce qu'on est classé dans des critères, mais ça dépend tellement de l'âge de nos patients, de, de là où on travaille, du nombre de patients, enfin, en gros je trouve qu'il y a trop de choses qui rentrent en jeu pour que... Pour que... Enfin puis c'est une carotte financière heu, soupir. Je pense que ça va pas marcher mais... Rires.

**CL : Donc pour vous c'est... Enfin, est-ce que la ROSP aurait un intérêt finalement pour inciter les médecins ?**

M12 : Ah oui pour inciter les médecins, je pense que oui, bah oui. Après j'imagine, mais je pense que moi j'ai une vision assez utopique de la médecine, que les médecins veulent le mieux pour leur patient et donc heu, carotte financière ou pas, ça marcherait, mais je pense que dans la vraie, dans la vraie vie heu, les ROSP heu, ça marche ouais.

**CL : Donc pour vous personnellement le, l'enjeu financier de la ROSP il est pas prioritaire, ça serait plutôt justement de se rendre compte, même si c'est des**

**choses qui sont un peu, parfois, qui impliquent de la subjectivité, le fait d'être dans les objectifs ce serait pour vous le fait d'être bien traitant pour le patient finalement, mais que pour d'autres médecins ce serait... Enfin, l'aspect financier importe plus finalement...**

M12 : Moi je pense que je préférerais avoir heu, des critères heu, de bonne santé de mes patients à la fin de l'année que, un treizième mois...

**CL : [Rires].**

M12 : Je trouve ça plus motivant en fait hein, mais c'est très, je pense que c'est une vision de la médecine qui est un, un peu différente. [Rires].

**CL : Ça marche, bah on a fait pas mal le tour, je sais pas si vous aviez des choses à rajouter sur le sujet antibiorésistance, BMR ?**

M12 : Nan, je sais pas trop ce que les autres ont pu dire heu...

**CL : Bah, y'a des choses qui reviennent...**

M12 : Et notamment sur le côté un peu plus global du problème, qui est pas juste centré sur notre utilisation à nous, et qui rend le problème beaucoup plus complexe en fait, et c'est ça qui, qui est dur je trouve à prendre en compte en, en médecine, avec notre petite, heu, de notre petite vie, c'est que en fait heu, on essaye heu, de faire des petits efforts heu, là-dessus et en fait y'a une espèce d'énorme heu, masse sur laquelle on a strictement aucun impact, qui nous

empêche de voir les bénéfices de notre travail, et c'est ça que je trouve, que je peux trouver parfois un peu dur heu, je pense aussi, mais ça, ça se recoupe avec plein d'autres choses en fait heu, genre, enfin si on dit aux gens d'arrêter de manger, enfin d'essayer de manger moins machin, et qu'ils sortent dans la rue, on leur vend que ça, enfin y'a des pubs partout heu, en fait c'est super dur, c'est des messages qui sont super durs à délivrer parce que, la société ne bouge pas en fait dans ce sens-là et donc heu, on se sent un peu seul heu... Alors après, je sais pas si c'est récent ou si c'est moi qui suis baisée mais je trouve que les patients ils sont quand même, plus en demande, en tous cas je trouve aujourd'hui par rapport au début de mon internat, je suis pas très vieille mais, heu, plus en demande de soins entre guillemets, j'aime pas trop ce terme-là mais « naturels » heu, faire attention à l'alimentation enfin, c'est de plus en plus fréquent en tous cas je trouve dans mes consultations que les gens parlent de ça, par rapport à quand j'étais plus jeune, mais peut-être aussi parce que je suis plus formée à ça et donc... que c'est voilà, y'a un gros biais heu...

**CL : Mais peut-être finalement de votre point de vue, que, il y a d'un côté la société et toutes les influences que peuvent subir les patients qui ne, n'évolue pas aussi vite que les recommandations de bonnes pratiques qu'on pourrait leur délivrer et en même**

**temps des patients qui cherchent un peu à atteindre, enfin c'est pas un idéal mais, heu, comment dire, qui cherchent un peu à se défaire de, de choses, alors soit mieux manger alors ils cherchent à consommer mieux, ou pour les antibiotiques qui vont finalement moins demander...**

M12 : Peut-être qu'ils veulent pas en prendre, y'en a aussi qui veulent pas en prendre hein. Ça arrive aussi heu, des gens qui veulent pas prendre d'antibios hein. Et alors que ça j'avais pas l'impression quand j'étais plus jeune, mais peut-être que... C'est les milieux aussi où je travaille. Mais c'est... Je pense pas que ce soit une histoire de... Enfin vous disiez que la société évolue pas assez vite ?

**CL : Bah, c'était quand vous disiez par exemple, bien manger, pas manger trop gras trop sucré et qu'au final...**

M12 : Je pense pas qu'elle évolue pas assez vite, je pense qu'elle évolue différemment, et je pense que les objectifs ne sont pas les mêmes, que y'a d'un côté les objectifs heu, heu, de faire de la thune pour les entreprises, et donc forcément ils veulent vendre leurs produits, et en plus maintenant y'a aussi tout un mouvement bonne santé dans les entreprises hein, qu'on voit hein heu, arriver, heu, ils font attention au Nutriscore et machin, enfin je veux dire, je pense pas que ce soit juste qu'il y a un truc qui évolue plus vite que l'autre, c'est rarement la médecine qui évolue plus

vite d'ailleurs, rires, mais par-contre je pense que c'est juste que les directions qui sont à prendre sont vraiment... opposées en fait.

**CL : Ok, et donc finalement l'antibiorésistance c'est un problème de société quoi...**

M12 : Bah, pour moi oui, on a tous un petit truc à faire dedans, mais que... enfin, ouais, je pense qu'on a tous une responsabilité mais que c'est vraiment un problème de société qui sera pas réglé juste avec les médecins qui prescrivent moins d'antibios en fait.

**CL : D'accord, ça marche, merci beaucoup !**

[Fin de l'entretien]

*Ressenti après l'entretien : C'était un entretien très agréable à conduire avec interlocutrice, avec un point de vue intéressant sur le sujet de l'antibiorésistance, global, ancré dans la société dans laquelle nous évoluons actuellement. Cela reprenait des idées déjà évoquées lors de précédents entretiens.*

*Ressenti après retranscription : Je regrette d'avoir posé quelques questions fermées au cours de l'entretien et ne pas avoir assez rebondi sur certaines phrases qui auraient pu déboucher sur des détails intéressants. Cet entretien ne fait pas ressortir d'idée foncièrement nouvelle, ce qui me conforte dans l'atteinte de la suffisance des données lors du précédent entretien.*

**Entretien n°13 :**

**CL : Je suis Clémence Leturcq, je suis ancienne interne, médecin remplaçant issu de la faculté de médecine de Lille, et on se rencontre aujourd'hui dans le cadre de ma thèse qui s'intéresse donc aux représentations et ressentis des généralistes sur l'antibiorésistance et les bactéries multi-résistantes. Heu, la participation à l'étude ça consiste en un entretien oral, au cours duquel on échange heu, sur le sujet, qui est enregistré au dictaphone. Il n'y a pas de bonne ou de mauvaise réponse, de réponse attendue, c'est vraiment les opinions personnelles qui m'intéressent. Heu, au niveau de l'anonymisation des données, les démarches, elles ont été effectuées auprès de la Commission Nationale Informatique et Libertés et du Comité de Protection des Personnes, donc le nom des participants figure nulle part au niveau de la thèse et je supprimerai toutes les données dès que j'en n'aurai plus besoin. Est-ce que vous pouvez, avant de commencer, me renouveler votre accord pour participer à l'étude ?**

M13 : Ah oui, tout à fait oui.

**CL : Merci, donc heu, pour commencer est-ce que vous pouvez me parler un peu de l'antibiorésistance, ce que ça vous évoque ?**

M13 : Bah en fait heu, j'ai passé il y a quelques années avec le *Docteur Z*, maintenant qui est chef de service à

*Capitale A* heu, le DU heu d'antibiothérapie, de chimiothérapie anti-infectieuse. L'antibiorésistance on y est confronté, effectivement les antibiogrammes, on s'en sert principalement pour les pathologies urinaires en médecine heu, libérale, heu mais disons qu'au-delà de l'antibiorésistance, je pense qu'il faut heu, il faut vraiment lier l'antibiorésistance à l'usage raisonné et raisonnable de l'antibiotique, avant tout.

**CL : Ok, donc heu, si je reprends un peu ce que vous dites, c'est que, en médecine de ville, c'est principalement au niveau urinaire qu'on est confronté à l'antibiorésistance, parce que c'est là où on a la preuve de...**

M13 : Alors, on a l'antibiogramme, après on est confronté à l'antibiorésistance également au niveau pulmonaire, principalement, au niveau ORL les choses se passent plutôt bien en général. Au niveau pulmonaire, c'est vrai que parfois on est confronté à des infections pulmonaires heu, résistantes, ou à germes atypiques, ou nécessitant l'introduction d'une deuxième ou troisième ligne, comme l'introduction de Tavanic. Ça nous arrive, ça nous arrive, heureusement peu, mais ça nous arrive quand même.

**CL : D'accord, donc heu vous en pratique quotidienne, quand vous y êtes confronté, comment vous l'abordez du coup le problème ?**

M13 : Bah, les recommandations, enfin le Pilly, l'ePOPI, et puis heu Antibioclic qui



nous facilite quand même bien la vie, on va pas se le cacher.

**CL : Ok donc des outils...**

M13 : En pratique ouais.

**CL : Qui permettent de consulter les recommandations et d'aider à la prescription...**

M13 : C'est ça.

**CL : Ça marche, et donc vous disiez que l'antibiorésistance, vous y aviez été sensibilisé notamment via le DU d'antibiothérapie, qu'est-ce que ça vous a apporté en pratique ?**

M13 : Bah c'est surtout en fait, une question de bon usage, en fait. Je pense, le fait que voilà, le mésusage des antibiotiques a occasionné l'antibiorésistance, forcément. Même si l'antibiothérapie humaine n'est pas la seule en cause, il y a aussi l'antibiothérapie heu animale, heu, qui impacte beaucoup heu, l'antibiorésistance humaine aujourd'hui. Mais donc l'idée étant de mettre le bon antibiotique pour le bon patient et pour la bonne pathologie, et d'en mettre que lorsque c'est nécessaire.

**CL : D'accord, donc heu, le principal moyen de lutte contre l'antibiorésistance pour vous c'est, heu, le bon usage des antibiotiques à la fois en médecine humaine et en médecine vétérinaire ?**

M13 : Bah ça me paraît sans doute le plus important.

**CL : D'accord, et heu, au niveau de l'influence de la médecine animale, est-ce que vous aviez des choses à ajouter ?**

M13 : Non non, mais on sait, on sait qu'il y a un usage effectivement très conséquent des antibiotiques en médecine animale, et que ça a dû occasionner effectivement des perturbations, des antibiorésistances au niveau de la flore humaine. Donc heu, bon j'ai pas forcément d'étude à vous annoncer à l'appui, enfin j'ai pas toutes mes sources heu... *[Rires]*. Face à moi, mais effectivement c'est étudié, et c'est évoqué assez régulièrement en médecine.

**CL : D'accord, donc une influence en fait de, autre que l'exposition purement médicamenteuse en fait de l'être humain...**

M13 : C'est une exposition indirecte, en fait.

**CL : Oui, via l'environnement, via l'alimentation...**

M13 : C'est ça.

**CL : D'accord. Et heu, donc heu, le bon usage des antibiotiques, le respect des recommandations, est-ce qu'il a selon vous d'autres moyens qui pourraient être mis en œuvre pour, heu, pour lutter contre l'antibiorésistance ?**

M13 : *[Tousse]*. Heu, en fait heu, comme j'étais récemment élu à l'URPS, on a aussi un projet en fait heu, de, de, de, de snudge. Alors l'idée, effectivement c'est d'apporter des messages simples, didactiques, pour, heu, que les médecins puissent heu, au-delà d'avoir une aide à la prescription, avoir les bons réflexes.

**CL : D'accord. Donc des réflexes heu ?**

M13 : De, de mise d'antibiothérapie ou pas

par exemple. Enfin typiquement heu, toute douleur de gorge n'est pas une angine, une angine faut faire un TDR, et TDR positif on met un antibiotique. Voilà, c'est, ça fait partie des réflexes en fait. C'est pas forcément de la reco, c'est de la bonne pratique.

**CL : Voilà, des conseils de bonne pratique...**

M13 : Tout à fait.

**CL : Pour, heu, quelque part l'examen clinique heu...**

M13 : Mais sous forme didactique en fait, voilà, le snudge a ça de bon, c'est que ça permet d'avoir un souvenir. Le, le but c'est de laisser une empreinte heu, parfois heu visuelle, ou quelque chose d'assez amusant, qui permette d'avoir à la fin, de bons réflexes.

**CL : D'accord, ok ! Ça marche, et donc c'est sous quelle forme ?**

M13 : Alors, en fait, c'est, bah là actuellement c'est en cours de travail à l'URPS, en fait, enfin, pour l'instant c'est vraiment au stade heu, très expérimental, on est vraiment en train d'y travailler, pour trouver des formes un peu didactiques, un peu sympas, agréables, pour que les médecins aient de bons réflexes et que ça leur semble naturel, en fait, sans que ça leur semble imposé, je dirais.

**CL : D'accord. Ça marche. Heu, ok, après, donc si on revient un peu plus sur les, sur les BMR, donc vous dans votre pratique quotidienne, à quelle fréquence**

**vous les rencontrez ?**

M13 : Alors, au niveau urinaire, j'oserais dire qu'on est content heu, chez les sujets âgés, quand on n'a pas de BMR. Chez un sujet âgé, au niveau urinaire, clairement, les BMR, on en a quasiment tout le temps. Heu, voilà, bon, heu, après, au-delà de ça, chez des sujets plus jeunes, on y est assez peu confronté, sauf ceux qui sont, effectivement, poly-antibiosés pour des raisons particulières mais c'est principalement, nous on y est confronté régulièrement, forcément via l'antibiogramme, forcément chez le sujet âgé chez qui on fait l'antibiogramme pour une infection urinaire.

**CL : D'accord, donc soit des gens plus jeunes qui ont été exposés de façon répétée aux antibiotiques...**

M13 : Mais rarement.

**CL : Ou des sujets âgés qui heu...**

M13 : Plutôt des sujets âgés.

**CL : D'accord, ça marche. Et heu, donc si je dévie un peu, est-ce que vous avez une expérience de cette problématique un peu, en EHPAD ?**

M13 : Alors, j'ai pas une activité très gériatrique, je vais pas vous le cacher, donc heu, en fait, oui j'en ai une petite expérience mais j'ai principalement une activité libérale et j'interviens très peu en EHPAD.

**CL : D'accord, ça marche, et heu, quand, qu'est-ce que vous pensez de la possibilité d'un avis spécialisé heu pour le médecin de ville dans le cadre de la prise en charge des BMR ?**

M13 : Ah bah c'est très bien, enfin moi ça m'est déjà arrivé d'appeler notamment heu, *Ville D*, pour avoir des avis heu, sur des pathologies complexes ou des germes heu, très rares, ou heu, avec des résistances croisées qui faisait que voilà, on était vraiment bloqué en médecine de ville. Donc heu non, moi ça m'arrive d'appeler *Ville D* pour avoir un avis.

**CL : Donc le centre heu de référence régional...**

M13 : Ouais.

**CL : Et donc, comment ça se passe quand vous les appelez ?**

M13 : Ça se passe bien.

**CL : Ça se passe bien, ça marche. Heu, de façon peut-être un peu plus générale, heu, dans le cadre de la prise en charge des BMR comment vous voyez un peu la relation entre la ville et l'hôpital ?**

M13 : [Silence]. Bon, on sait que l'hôpital, forcément, heu, oui, il y a une part de, iatrogénie et heu, et, et il peut y avoir effectivement une part de BMR transmis à l'hôpital puisque forcément, l'hôpital recueille tous les patients heu compliqués, et de fait, regroupe des patients à haut risque, et heu, porteurs de BMR. Après, la relation elle est plutôt, plutôt bonne, enfin dans ce cadre-là, dans le cadre de l'infection, je pense pas qu'on ait de gros problèmes avec l'hôpital, et on a des interlocuteurs qui sont plutôt faciles, plutôt accessibles, sous condition effectivement que le dossier ait été bien travaillé. C'est-à-

dire que quand je les appelle, je suis au moins à ma troisième ligne.

**CL : Ok, donc heu vous avez déjà tenté des choses par vous-mêmes...**

M13 : Oui.

**CL : Et vous vous retrouvez un peu face à un mur...**

M13 : Tout à fait, vraiment, quand je les appelle, je les appelle quand vraiment on est totalement bloqués en médecine libérale.

**CL : D'accord, et donc heu, avant vous arrivez à gérer avec heu...**

M13 : Ouais, avec les recommandations heu, que ce soit, voilà, le Pilly, Antibioclic, les recos, effectivement en infectio ou même les recos du CH de *Ville D*, donc on peut, puis après ce qui pose problème aussi c'est les patients, c'est-à-dire qu'un patient insuffisant rénal, insuffisant hépatique, ou avec des allergies, heu, parfois entraineront des sujets de, de rires, ouais des problématiques très franches pour, heu, savoir quel va être le bon antibiotique pour lui, efficace, sans être nocif.

**CL : D'accord, donc parfois c'est pas forcément le problème infectiologique pur qui pose problème c'est plus les comorbidités qui bloquent un peu.**

M13 : Tout à fait, forcément, on est obligé d'adapter l'antibiotique aux comorbidités du patient, à ses allergies, ça c'est clair.

**CL : Donc là, quand c'est comme ça y'a l'appel à l'infectiologue qui permet de...**

M13 : Si nécessaire.

**CL : Si nécessaire... Ok, donc heu, vous,**

**donc une fois que vous avez un patient BMR, quelle influence ça a sur votre pratique par rapport à lui ?**

M13 : Bah après y'a des gestes effectivement, des gestes barrières, c'est un peu à la mode, mais disons qu'il y a des gestes effectivement à faire, il en est informé, heu, on le traite efficacement, on surveille, on contrôle, et puis on espère que les choses s'améliorent et que, effectivement, que l'antibiogramme s'il y a lieu, ou que le, en tous cas la culture soit stérile.

**CL : D'accord, ça marche, donc au niveau des gestes c'est des précautions d'hygiène dont vous parlez ?**

M13 : Entre autres, alors après y'a plusieurs types de BMR donc on adapte effectivement les gestes heu, aux BMR en présence. Mais disons que voilà, enfin, il faut que le patient soit informé et puis après on espère qu'il fait au mieux, qu'il fasse au mieux à la maison.

**CL : D'accord. Donc une, des mesures de protection vis-à-vis de l'entourage heu, familial aussi du patient ?**

M13 : Oui.

**CL : Ça marche, heu, si on parle heu, si on parle un peu des, des patients, qu'est-ce que vous pensez de leur sensibilisation à l'antibiorésistance et aux BMR ?**

M13 : Bah, je pense qu'en adéquation avec leur médecin, en règle générale, ils y sont sensibilisés quand leur médecin l'est eux-mêmes et les informe. Ça c'est quand

même un sujet qui est assez méconnu des patients l'antibiorésistance, finalement.

**CL : Donc c'est, plutôt c'est...**

M13 : C'est relativement médecin-dépendant.

**CL : Si le médecin fait l'effort d'éduquer les patients...**

M13 : Oui, ça c'est sûr.

**CL : Ils sont sensibilisés et sinon heu, pas forcément...**

M13 : Ouais, après vous pouvez faire un petit test hein, vous allez dans la rue et vous posez la question à 10 personnes qui traversent heu, « que vous évoque l'antibiorésistance ? », vous serez pas déçue.

**CL : Oui, je pense que ça peut être marrant, et si on parle du coup de leur sensibilisation, au niveau de la campagne de 2002 « Les antibiotiques c'est pas automatique », qu'est-ce que vous en pensez ?**

M13 : C'est bien, ça par contre c'est bien, c'est en fait, ce genre de chose qu'on aimerait renouveler aujourd'hui, notamment pour les médecins, ou pour les patients, pour, heu, qu'il y ait un meilleur usage, plus raisonné des antibiotiques, oui.

**CL : D'accord, donc cette campagne-là finalement elle a été, elle était pas destinée qu'aux patients mais aussi aux médecins ?**

M13 : Pour certains médecins, je pense que oui, mais en même temps après il faut revenir, il faut dire qu'il y a 20 ou 30 ans, les

médecins prescrivait des antibiotiques pour la grippe, enfin, je veux dire, les usages, les pratiques ont vraiment évolué, qui se sont adaptés aux nouvelles recommandations mais il y a eu un usage effectivement très important pour des pathologies heu, grippales, d'antibiotiques il y a 20 ou 30 ans.

**CL : D'accord, donc peut-être des, des anciennes générations de médecins qui étaient davantage prescriptrices d'antibiotiques ?**

M13 : Moi, je pense que les jeunes médecins sont quand même plus sensibilisés, et puis après, aux anciennes générations, faut pas forcément jeter la pierre à tous. Certains ont continué à se former, heu, et d'autres, ont eu une activité qui, voilà, les a empêchés de se former correctement et qui a pu avoir quelques... quelques petits défauts vis-à-vis des recommandations.

**CL : D'accord. Donc, pour vous c'est, heu, en tant que médecin, lutter contre l'antibiorésistance c'est tenir à jour ses connaissances, s'actualiser dans les recos heu...**

M13 : Bah en tant que médecin, si on veut avoir une bonne pratique, il vaut mieux tenir à jour ses connaissances, que ce soit l'infectiologue ou autre chose, heu, quel que soit le domaine, infectiologie ou autre, oui effectivement, avoir des connaissances à jour c'est forcément mieux pour sa pratique personnelle, et c'est sans doute mieux pour

les patients, donc heu, oui.

**CL : Ok, ça marche, et donc vous quel ressenti vous avez sur le développement de l'antibiorésistance, des BMR ?**

M13 : Bin, disons qu'en fait aujourd'hui, on s'aperçoit que l'industrie pharmaceutique trouve, enfin, passons effectivement les antiviraux actuellement qui sont très à la mode mais, trouve peu de nouveaux antibiotiques. Il y a peu de recherche industrielle et pharmacologique sur les, sur les nouveaux antibiotiques, donc finalement on travaille toujours avec le panel des heu, connu, les anciens antibiotiques qui ne sont plus utilisés, de fait, deviennent sensibles donc on les réutilise, on les remet au goût du jour et de, des vieilleries reviennent à la mode, on va dire. Mais heu, mais il s'avère que par exemple, en Inde, des patientes meurent d'infections urinaires, compliquées, résistantes à tous les antibiotiques connus, donc ça c'est un, c'est un vrai problème. Et c'est vrai que l'antibiorésistance va sans doute, ne pas s'éteindre, peut-être croître, et poser de plus en plus problème, d'autant plus si on n'a pas des nouveaux antibiotiques heu, sur le marché. Et c'est important aussi de bloquer les antibiotiques pour qu'il y ait des antibiotiques que d'usage hospitalier, surtout. Pour pas qu'il y ait de résistances, ou très peu à ceux-là.

**CL : D'accord, donc heu, préserver les antibiotiques qu'on a déjà parce qu'on sait qu'on en n'aura pas forcément comme on veut.**

M13 : Tout à fait.

**CL : Et les nouveaux, les réserver vraiment à certaines indications, certains usages, pour éviter de développer des résistances.**

M13 : Tout à fait. Et plutôt intra-hospitalières.

**CL : D'accord, ça marche. Et heu, vous parliez aussi de l'Inde, de bactéries très, très résistantes dans ces pays-là, au niveau de la gestion de l'antibiorésistance au niveau international est-ce que vous avez des... ?**

M13 : Alors j'avoue que j'ai pas trop de remarque à faire à ce sujet parce que je suis pas compétent dans le domaine, du tout. Puis après, je veux dire, heu, au-delà de l'OMS heu, chaque état a une pratique qui lui est propre. Enfin, je veux dire, il me semble qu'il y a un pays du nord où même l'Augmentin est d'usage intra-hospitalier. Je sais plus lequel, je pense que c'est la Suède, de mémoire, mais par exemple, en Suède, quand on a besoin d'Augmentin, on doit forcément aller à l'hôpital. Donc heu, chaque pays a ses recommandations, effectivement, chaque pays heu, adapte, je pense, aussi, son, ses recommandations, l'usage de ses antibiotiques, à ses propres résistances nationales en fait.

**CL : Adapter à l'écologie locale finalement.**

M13 : Tout à fait.

**CL : Et du coup, des usages plus ou**

**moins régulés de certains antibiotiques selon les pays, et selon, heu, selon l'écologie locale. Ok, ça marche. Heu, on a parlé des outils de prescription comme Antibioclic, heu, une autre chose peut-être un peu plus « administrative » entre guillemets mais heu, il y a, dans la ROSP y'a des critères un peu de prescription, de taux de prescription d'antibiotique, heu, voilà de, certains antibiotiques qui sont un peu plus surveillés que d'autres au niveau des prescriptions, qu'est-ce que vous en pensez ?**

M13 : Hmm, hmm. [*Soupir*]. La ROSP c'est un vaste sujet. Parce qu'en fait, le revenu d'objectif de santé publique, bon, pour faire simple déjà, je suis syndiqué à Syndicat A au sein de l'URPS, donc je ne pense pas heu, beaucoup de bien heu, de la forfaitisation heu, de la médecine libérale, et la ROSP en fait, a ça pour défaut, que c'est la caisse primaire qui établit les critères, qui établit les objectifs, et qui rémunère en fonction. En fait, elle est clairement juge et parti. Ça c'est un souci déjà. Heu, heu, qui plus est en fait, comme la ROSP, comme toutes les dépenses de santé, y compris la rémunération des médecins, dépendant de l'ONDAM en fait, c'est l'Objectif National des Dépenses d'Assurance Maladie, et qui a une enveloppe qui est contrainte, lorsqu'on travaille trop bien, les objectifs sont relevés.

**CL : D'accord.**

M13 : Donc ça, faut le savoir. Donc en fait,

la ROSP, c'est la meilleure excuse pour ne pas augmenter la rémunération, la cotation des médecins, notamment du C, et effectivement, c'est le bon vouloir de la caisse primaire, et nous en fait, ça, c'est intéressant, on a un médecin qui a porté plainte, porté plainte auprès du tribunal administratif contre la caisse primaire, parce qu'il ne comprenait absolument pas les chiffres de ses ROSP, absolument pas, notamment pour la vaccination des jeunes enfants il était sûr d'atteindre les 100% et la caisse primaire disait qu'il ne vaccinait pas plus de 8 enfants sur 10. Et arrivé au tribunal, en fait, la caisse primaire est incapable de justifier de ses chiffres. Donc, on est mal rémunéré, on est rémunéré sur des chiffres qu'ils sont pas capables de justifier, et qui plus est, on est mal jugé parce qu'après ils nous jugent sur des chiffres qui sont invérifiables. Donc, quant à la ROSP, bon, voilà, ce que je peux en penser. Heu, après effectivement, c'est notamment les quinolones en fait hein, qui sont évalués dans le cadre de la ROSP. Moi personnellement, je prescris excessivement peu de quinolones, sauf pour une troisième ligne dans les infections pulmonaires, mais ça c'est les recos, hein. Heu, et heu, je pense pas que ce soit une bête idée d'intégrer effectivement l'antibiorésistance, le bon usage des antibiotiques à la ROSP, le problème de la ROSP étant toujours que les critères soient parfois, pas très justes, les objectifs sont parfois inatteignables, et

que effectivement, tout dépend de la caisse primaire et qu'on n'ai pas un droit de regard sur... sur un système qui est particulièrement opaque, et que même eux ont du mal d'ailleurs à argumenter.

**CL : D'accord, donc heu, en soi sur la théorie, c'est plutôt une bonne idée de...**

M13 : L'idée est bonne, la pratique est mauvaise, et elle répond à des objectifs comptables.

**CL : Ok, donc c'est plutôt une bonne idée théorique, mais en pratique ça reste à discuter quoi...**

M13 : Comme le Marxisme. *[Rires]*.

**CL : *[Rires]*. On a déjà parlé de beaucoup de choses, est-ce que vous avez des choses à rajouter sur ce sujet de l'antibiorésistance et des BMR ?**

M13 : Non, c'est un beau sujet, moi j'ai passé ma thèse il y a dix ans, je pense à peu près et ça aurait pu être un sujet de thèse qui m'aurait intéressé aussi parce que j'aime beaucoup l'antibiothérapie, l'infectiologie, donc ça me va bien.

**CL : Ok, ça marche, merci beaucoup !**

[Fin de l'entretien]

*Ressenti après l'entretien : Cet entretien était agréable à conduire, avec malgré tout, des réponses assez courtes de l'intéressé qui m'ont fait rapidement me référer à mon guide d'entretien.*

*Ressenti après retranscription : De nombreuses idées sont déjà sorties lors des précédents entretiens, avec quelques nuances et des points de vue intéressants*

*sur certaines notions. Je pense pouvoir dire que la suffisance des données a été atteinte à l'entretien 11, et cela s'est confirmé par les entretiens 12 et 13. Je regrette avec le recul*

*de ne pas avoir creusé certaines idées comme l'information au patient concernant les précautions d'hygiène à prendre avec une BMR.*



**AUTEUR(E) : Nom : LETURCQ**

**Prénom : Clémence**

**Date de soutenance : Jeudi 2 juin 2022**

**Titre de la thèse :** Les représentations et ressentis des médecins généralistes concernant les bactéries multi-résistantes et l'antibiorésistance. Étude qualitative par entretiens ouverts.

**Thèse - Médecine - Lille 2022**

**Cadre de classement :** *Médecine Générale*

**DES + FST/option :** *DES de Médecine Générale*

**Mots-clés:** Antibacterial drug resistance; General Practitioners; Sentiment Analysis

**Résumé :**

**Contexte :** La progression de l'antibiorésistance et des bactéries multi-résistantes (BMR) menace les progrès de la médecine moderne. Les médecins généralistes (MG), grands prescripteurs d'antibiotiques, sont au cœur de la lutte contre ce phénomène. Peu d'études existent sur les BMR en médecine générale.

**Objectif :** Explorer les représentations et ressentis des MG des Hauts-de-France concernant les BMR et l'antibiorésistance.

**Méthode :** Étude qualitative régionale par entretiens individuels ouverts, auprès de MG des Hauts-de-France de septembre 2021 à janvier 2022. Analyse par méthode inspirée de la théorisation ancrée et triangulation jusqu'à suffisance des données.

**Résultats :** Les MG voyaient les BMR comme une problématique plus hospitalière que libérale. Face à leur progression, la peur et l'inquiétude qu'elles généraient, ils désiraient s'informer, se former et éduquer les patients à leur sujet. Ils les rencontraient chez des patients âgés, polypathologiques, en EHPAD, en sortie d'hospitalisation, ou via un examen bactériologique. La prise en charge des BMR en ville nécessitait un avis spécialisé, et se heurtait à des recommandations et choix d'antibiotiques limités, à pallier par le renforcement d'un relai ville-hôpital. Les MG prescrivaient quotidiennement des antibiotiques, avec l'appui d'outils d'aide à la prescription, mais aussi sous contraintes telles que le temps ou la demande du patient, aboutissant parfois à des prescriptions inadaptées sources d'antibiorésistance. Les MG évoluaient, avec leurs patients, au sein d'une société et d'un environnement pourvoyeurs d'antibiorésistance. La lutte contre ce phénomène devait s'articuler autour de tous ces acteurs.

**Conclusion :** La lutte contre l'antibiorésistance et les BMR est un enjeu d'avenir pour la santé publique. Les représentations des MG à ce sujet apparaissaient cohérentes avec les données de la science et celles des patients atteints de BMR. Des axes de lutte à fortifier sont l'action comportementale sur les MG et les patients, l'éducation thérapeutique et la coopération ville-hôpital, associées à des mesures globales prenant en compte la santé humaine, animale et l'environnement.

**Composition du Jury :**

**Président : Madame le Professeur Karine FAURE**

**Asseseurs :**

**Madame le Docteur Anita TILLY**

**Monsieur le Docteur Romain NÆSSENS**

**Directeur de thèse : Monsieur le Docteur Alexandre MONTMUREAU**