

## **Exploration des pratiques de prescription d'antibiotiques dans les consultations médicales en cabinet privé**

Implémentation d'un algorithme de  
diagnostic UltraPro dans un cabinet de  
médecine de Famille lors d'infections  
respiratoires basses

**UNIVERSITE DE LAUSANNE**  
Faculté des Sciences Sociales et Politiques  
Institut de Psychologie

**MAITRISE UNIVERSITAIRE ÈS SCIENCES EN PSYCHOLOGIE**

Projet de master en collaboration avec UniSanté et CHUV

**DANIEL GEIS & NINA CANOVA**

Responsable : Fabienne Fasseur  
Expert : Loïc Lhopitalier

Session d'hiver 2021



## Résumé

L'antibiorésistance est un problème de santé majeur qui engendre chaque année des coûts au niveau économique et de santé importants. Pour faire face à cette problématique, plusieurs recherches et interventions ont été mises en place. L'équipe UltraPro a proposé un nouvel algorithme de diagnostic permettant aux médecins généralistes de mieux cibler les patients atteints de maladies respiratoires basse qui nécessitent une antibiothérapie. Dans leur étude, ils ont regardé l'efficacité de ce nouvel outil en divisant les participants en trois groupes : un groupe utilisant le test de la Procalcitonine et l'Ultrason, une autre utilisant que le test de la Procalcitonine et le dernier qui n'a pas changé ses comportements lors de la consultation. Avec le but de mieux comprendre les représentations et les croyances liées à cet algorithme, ainsi qu'à la prescription d'antibiotiques, nous avons mené 12 entretiens qualitatifs semi-structurés avec des médecins participant à l'étude UltraPro : 4 du bras UltraPro, 4 du bras Procalcitonine et 4 du bras UsualCare. Grâce à la Grounded Theory nous avons analysé ces entretiens et ce qu'est ressorti c'est le concept de confianceS. Les décisions de prescription du médecin, sont le résultat du dialogue entre trois différentes confiances : La « confiance en soi », la « confiance dans les résultats » et la « confiance dans la relation médecin-patient ». Dans le cas de l'algorithme UltraPro nous avons trouvé que le test de la Procalcitonine arrive à s'insérer au sein de ces trois confiances. Par contre l'implémentation de l'Ultrason résulte être plus compliquée : les médecins ont de la peine à le situer au niveau de la « confiance dans les résultats » et de la « confiance en soi ». Des interventions qui prennent en compte tous ces facteurs peuvent être proposés pour améliorer l'implémentation d'un nouvel outil diagnostic.

## Mots clefs

Antibiotiques ; Maladies respiratoires ; Représentations des outils ; Grounded-Theory ; Méthodes qualitatives ; Entretiens semi-structurés ; Psychologie de la santé ; Ultrason ; Procalcitonine ; Bactéries et Virus

## Abstract

Antimicrobial resistance is a major health problem that generates significant health and economic costs every year. In order to address this issue, several research and interventions have been implemented. The UltraPro team has proposed a new diagnostic algorithm enabling general practitioners to better target patients with low respiratory diseases requiring antibiotic therapy. In their study, they looked at the effectiveness of this new tool by dividing the participants into three groups: one group using the Procalcitonin test and Ultrasound, another using only the Procalcitonin test and the last one which did not change its behaviour during the consultation. With the aim of better understanding the representations and beliefs related to this algorithm, as well as to the prescription of antibiotics, we conducted 12 semi-structured qualitative interviews with doctors participating in the UltraPro study: 4 from the UltraPro arm, 4 from the Procalcitonin arm and 4 from the UsualCare arm. Thanks to Grounded Theory we analysed these interviews and what emerged was the concept of trust. The doctor's prescribing decisions are the result of dialogue between three different types of trust: 'self-confidence', 'trust in the results' and 'trust in the doctor-patient relationship'. In the case of the UltraPro algorithm we found that the Procalcitonin test manages to fit within these three trusts levels. On the other hand, the implementation of the Ultrasound results to be more complicated: doctors have difficulty in situating it at the level of "confidence in the results" and "self-confidence". Interventions that take all these factors into account can be proposed to improve the implementation of a new diagnostic tool.

## Key words

Antibiotics; Respiratory diseases; Representations of tools; Grounded-Theory; Qualitative methods; Semi-structured interviews; Health Psychology; Ultrasound; Procalcitonin; Bacteria and Viruses

## Remerciements

Nous tenons à remercier chaleureusement toutes les personnes que d'une manière ou d'une autre nous ont aidé, soutenu et encadré tout au long de notre mémoire de master.

Nous remercions de manière particulière Madame Fasseur pour sa direction, son temps et son soutien tout au long de notre recherche, Dr. Loïc Lhopitallier et Dresse. Noémie Boillat-Blanco pour nous avoir donné la possibilité de collaborer avec eux dans la recherche UltraPro, Marcelo dos Santos pour l'aide dans une partie de la revue de la littérature, Asya et Giada Dagani, Christian Geis, Catarina Borges da Silva, Paola Agustoni, Ermanno Canova et tous nos amis pour le soutien dans les moments plus et moins difficiles, Natalia Proserpi et Valeria Laquale qui ont accepté de lire ce travail et de le corriger, Greta Nessi qui a dessiné l'image de couverture ainsi que tous les participants des entretiens sans qui ce travail n'aurait pas été possible.



---

## TABLE DES MATIÈRES

---

<b>1</b>	<b><i>Introduction</i></b> .....	<b>1</b>
<b>2</b>	<b><i>Contexte – Revue de la littérature</i></b> .....	<b>4</b>
<b>2.1</b>	<b>Antibiotique : perspective biomédicale</b> .....	<b>4</b>
2.1.1	Histoire et déclin .....	4
2.1.2	Les enjeux financiers .....	7
2.1.3	Pratiques de prescription .....	8
2.1.3.1	Études quantitatives .....	8
2.1.3.2	Études qualitatives .....	9
2.1.3.3	Études mixtes .....	12
2.1.3.4	Apports des études quantitatives, qualitatives et mixtes .....	14
2.1.4	Outils contre l'antibiorésistance .....	15
<b>2.2</b>	<b>La relation médecin-patient et ses enjeux</b> .....	<b>18</b>
<b>2.3</b>	<b>Représentations et croyances développées par la population sur les antibiotiques et les médicaments</b> .....	<b>22</b>
<b>3</b>	<b><i>Problématique</i></b> .....	<b>28</b>
<b>4</b>	<b><i>Méthodologie</i></b> .....	<b>31</b>
<b>4.1</b>	<b>Étapes et construction de la recherche</b> .....	<b>31</b>
<b>4.2</b>	<b>Modèle théorique méthodologique : Grounded Theory</b> .....	<b>33</b>
<b>4.3</b>	<b>Entretien semi-structuré</b> .....	<b>34</b>
<b>4.4</b>	<b>Population</b> .....	<b>34</b>
<b>4.5</b>	<b>Éthique</b> .....	<b>35</b>
<b>4.6</b>	<b>Analyse des données : Grounded Theory</b> .....	<b>36</b>
4.6.1	Processus de théorisation .....	36
<b>4.7</b>	<b>Difficultés rencontrées dans les récoltes de données/positions de chercheurs</b> .....	<b>37</b>
<b>5</b>	<b><i>Résultats</i></b> .....	<b>39</b>
<b>5.1</b>	<b>Tableau Brut – Usual Care</b> .....	<b>39</b>
5.1.1	Perception de la Procalcitonine et vision de l'algorithme .....	39
5.1.2	Étude .....	44
5.1.3	Raisons pouvant influencer la décision de prescription .....	45
<b>5.2</b>	<b>Tableau Brut – Procalcitonine</b> .....	<b>52</b>
5.2.1	Perception de la Procalcitonine et vision de l'algorithme .....	52

5.2.2	Étude.....	56
5.2.3	Raisons pouvant influencer la décision de prescription .....	57
<b>5.3</b>	<b>Tableau Brut – UltraPro .....</b>	<b>64</b>
5.3.1	Perception de la Procalcitonine et vision de l’algorithme .....	64
5.3.2	Étude.....	68
5.3.3	Raisons pouvant influencer la décision de prescription .....	69
<b>6</b>	<b><i>Analyse comparative des résultats.....</i></b>	<b>76</b>
<b>6.1</b>	<b>Perception de la Procalcitonine, de l’algorithme et de l’étude .....</b>	<b>76</b>
6.1.1	Procalcitonine .....	76
6.1.2	Ultrason .....	77
6.1.3	Outils diagnostics et étude UltraPro .....	77
<b>6.2</b>	<b>Raisons pouvant influencer la décision de prescription .....</b>	<b>78</b>
<b>6.3</b>	<b>ConfianceS.....</b>	<b>79</b>
<b>7</b>	<b><i>Discussion .....</i></b>	<b>81</b>
<b>7.1</b>	<b>Quels sont les enjeux liés à la prescription des médecins généralistes concernant l’antibiothérapie pour les infections respiratoires basses ? .....</b>	<b>81</b>
7.1.1	Raisons pouvant influencer la décision de prescription .....	81
7.1.1.1	Comportement de prescription et sensibilité à la problématique de l’antibiorésistance.....	81
7.1.1.2	Importance de la subjectivité .....	82
7.1.1.3	Facteurs non-médicaux influençant la décision de prescription .....	84
7.1.1.4	Le rôle éducatif du médecin .....	86
7.1.2	Une question de confianceS .....	87
<b>7.2</b>	<b>Quels sont les systèmes de valeurs qui orientent l'utilisation de l'algorithme UltraPro dans le comportement de prescription des médecins ? .....</b>	<b>89</b>
7.2.1	Procalcitonine .....	90
7.2.2	Ultrason .....	91
7.2.3	Outils diagnostics et étude UltraPro .....	92
<b>8</b>	<b><i>Expérience vécue des chercheurs.....</i></b>	<b>94</b>
<b>8.1</b>	<b>Réflexivité Daniel Geis.....</b>	<b>94</b>
<b>8.2</b>	<b>Réflexivité Nina Canova.....</b>	<b>98</b>
<b>9</b>	<b><i>Conclusion .....</i></b>	<b>102</b>
	<b><i>Bibliographie.....</i></b>	<b>106</b>
	<b><i>Annexes.....</i></b>	<b>121</b>
	<b>Annexe 1 : Feuillet d’information et déclaration de consentement.....</b>	<b>121</b>

<b>Annexes 2 : Usual-Care .....</b>	<b>124</b>
2.1. Canevas Usual-Care .....	124
2.2. Transcription MED1 .....	126
2.2.1. Journal de Bord MED1 – Usual-Care – Daniel Geis .....	139
2.3. Transcription MED2 .....	142
2.3.1. Journal de Bord MED2 – Usual-Care – Nina Canova .....	162
2.4. Transcription MED3 .....	164
2.4.1. Journal de Bord MED3 – Usual-Care – Daniel Geis .....	183
2.5. Transcription MED4 .....	187
2.5.1. Journal de Bord MED4 – Usual-Care – Daniel Geis .....	201
2.6. Tableau brut analyse Usual-Care .....	204
<b>Annexes 3 : Procalcitonine .....</b>	<b>209</b>
3.1. Canevas Procalcitonine .....	209
3.2. Transcription MED5 .....	211
3.2.1. Journal de Bord MED5 – Procalcitonine – Nina Canova .....	227
3.3. Transcription MED6 .....	230
3.3.1. Journal de Bord MED6 – Procalcitonine – Nina Canova .....	248
3.4. Transcription MED7 .....	250
3.4.1. Journal de Bord MED7 – Procalcitonine – Nina Canova .....	266
3.5. Transcription MED8 .....	268
3.5.1. Journal de Bord MED8 – Procalcitonine – Daniel Geis .....	290
3.6. Tableau brut analyse Procalcitonine .....	293
<b>Annexes 4 : UltraPro .....</b>	<b>298</b>
4.1. Canevas UltraPro .....	298
4.2. Transcription MED9 .....	300
4.2.1. Journal de Bord MED9 – UltraPro – Daniel Geis.....	322
4.3. Transcription MED10 .....	325
4.3.1. Journal de Bord MED10 – UltraPro – Daniel Geis.....	343
4.4. Transcription MED11 .....	346
4.4.1. Journal de Bord MED11 – UltraPro – Nina Canova.....	363
4.5. Transcription MED12 .....	365
4.5.1. Journal de Bord MED12 – UltraPro – Nina Canova.....	382
4.6. Tableau brut analyse UltraPro.....	384



# 1 Introduction

---

Les antibiotiques sont des médicaments qui ont contribué à contrôler les maladies infectieuses chez l'homme et ils ont aussi été la cause majeure de la diminution de la mortalité et de la morbidité humaine liées à ces infections (Aminov, 2010).

Après des décennies d'emploi régulier des antibiotiques pour tous types d'infections virales ou infectieuses pour toutes les couches de la population et pour tous les âges de la vie, ces dernières années, des recherches épidémiologiques ont montré une augmentation des résistances aux antibiotiques de la part des germes responsables des infections. Ces résistances progressives amènent des personnes à ne plus guérir de maladies infectieuses autrefois guérissables. Cette situation est devenue un problème de santé publique majeur au niveau mondial. Cet enjeu a été mis en lumière par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) en 2014 (OMS, 2014) qui montre que la résistance touche plusieurs types d'infections, telles que la pneumonie. L'OMS recommande une augmentation de la lutte contre le danger de la résistance, entre autres au moyen de l'optimisation de l'utilisation des antibiotiques en médecine.

La Confédération Suisse s'est engagée dans cette problématique de santé publique. L'Office Fédéral de la Santé Publique (OFSP) a mis en place la stratégie nationale « Santé2020 » qui a pour objectifs l'utilisation appropriée des antibiotiques, l'amélioration de l'efficacité à long terme des antibiotiques, et leur administration avec prudence pour minimiser le développement de la résistance (Admin, 2020). De plus, au travers de trois organismes, l'OFSP suit les problématiques liées à l'antibiorésistance.

En premier lieu, le centre *Anresis* vise à contrôler et monitorer l'antibiorésistance (Anresis, 2020). Le but de cette institution est d'avoir une meilleure compréhension de la problématique pour mieux la combattre. Puis l'organisme *Swissnoso* est un organisme qui vise, entre autres, à formuler des recommandations dans le champ de la résistance aux antibiotiques en Suisse (Swissnoso, 2019). Les statistiques épidémiologiques estiment qu'il y a chaque année 70'000 infections acquises à l'hôpital, dont 2'000 décès. Une partie de ces infections sont causés par des pathogènes résistants.

Enfin, *Sentinella* est une institution de veille sanitaire qui fonctionne grâce aux données épidémiologiques transmises par des médecins volontaires (Sentinella, 2019). Grâce à cette base de données, elle peut mettre en place des analyses concernant les maladies de la population suisse. Cette

## Introduction

collecte des données et leur analyse concernant la pratique de prescriptions d'antibiotiques auprès de médecins volontaires, ont pour objectif d'encourager une utilisation plus appropriée de ces médicaments. Par exemple, pour ce qui concerne la saison grippale du 30 septembre 2018 au 20 avril 2019, cette institution a estimé que 2,5 % de la population (soit 209'200 personnes) a consulté un médecin de premier recours pour une suspicion de grippe (OFSP, 2019). En comparant ces données avec celles des dix années précédentes, ils ont remarqué que l'incidence de la grippe a diminué de 13 %. En ce qui concerne la prescription des antibiotiques, 10.4 % en a reçu parmi les 3790 cas déclarés dans le système Sentinella.

Le développement des observations et analyses de ces trois organismes nous montre qu'en Suisse le problème de la résistance aux antibiotiques est considéré comme étant important et qu'il est étroitement monitoré par la Confédération.

Si on compare la situation de la Suisse avec celle des pays limitrophes, on voit que cet enjeu semble malgré tout relativement moins problématique par rapport à la France et l'Italie, où les enjeux de l'antibiorésistance est plus présente. Au contraire dans les Pays-Bas et en Scandinavie, la situation est moins alarmante qu'en Suisse (Anresis, 2020). Plus particulièrement, en Europe, la résistance aux bactéries comme l'*Escherichia Coli* et le *Klebsiella Pneumoniae* est en train d'augmenter (Bellini et Troillet, 2016). Pour ce qui concerne le *Klebsiella Pneumoniae*, en 2014 en Suisse, 11.2 – 9.9 % de la population présentait une résistance à cette bactérie en utilisant un antibiotique de la famille des Céphalosporines. En France, ce pourcentage atteint 29.6 % de la population. En Italie, la situation montre une résistance de 56,5 % de la population à qui a été administré à cette famille d'antibiotiques (Bellini et Troillet, 2016).

Dans ce contexte, dans le Canton de Vaud, en 2018, une première étude pilote des pratiques de prescription d'antibiotique au cabinet médical de médecins généralistes pour les infections respiratoires basses a été menée auprès de 4 médecins travaillant au sein de la Permanence PMU-Flon de Lausanne (Boillat-Blanco, 2018). Dans cette étude pilote, l'objectif était de déterminer si de meilleures connaissances diagnostiques pouvaient soutenir la diminution de prescription d'antibiotique. Les médecins-témoins ont été formés à l'utilisation de l'Ultrason pulmonaire et de la Procalcitonine comme biomarqueur spécifique d'une infection pulmonaire. Ils-elles ont été observés pendant 30 consultations au total. Les résultats ont montré que malgré la mise en évidence de l'absence de nécessité de prise d'antibiotiques, selon les résultats des 2 types d'analyses, les médecins préféraient tout de même les prescrire.

## Introduction

Sur cette base, les chercheurs-médecins d'Unisanté ont élaboré un algorithme (UltraPro) pour calculer le besoin ou non de l'antibiothérapie en fonction des symptômes à l'aide des deux outils déjà proposés : un dosage de la Procalcitonine, un biomarqueur spécifique des germes de la pneumonie, et l'Ultrason pulmonaire, qui observe la présence d'un infiltrat pulmonaire. Cet algorithme permettrait de soutenir le choix de la prescription et de définir si une administration d'antibiotique est nécessaire. Par ce nouveau moyen de diagnostic, la décision d'une prescription est confiée à un algorithme et non plus au médecin. De cette manière, si la Procalcitonine donne un résultat élevé ( $\geq 0.25$ ) il s'agit d'une infection bactérienne. Pour être sûr de la nécessité d'un antibiotique, les médecins doivent utiliser l'Ultrason pulmonaire afin de constater ou non la présence d'infiltrat. Si cela est le cas, ils peuvent poser le diagnostic de pneumonie et l'antibiotique peut être prescrit (Boilat-Blanco, 2018).

Dans une deuxième étape de cette recherche, l'algorithme (UltraPro) et les moyens diagnostiques ont été mis à la disposition de médecins de famille après formation spécifique afin d'évaluer sa faisabilité et l'acceptation par les médecins de l'utilisation de ce nouvel outil. Un premier bilan a montré que, malgré son installation dans des cabinets de médecine de famille et son intérêt reconnu par les médecins, nombreux sont ceux qui ne l'utilisent pas systématiquement. Ce « blocage » a fait se questionner l'équipe de l'étude UltraPro et a fait surgir le besoin d'une analyse qualitative pour explorer les motifs de ce paradoxe et pouvant accompagner leurs résultats quantitatifs.

Pour mieux comprendre ce qui se passe dans les pratiques quotidiennes des cabinets médicaux, les médecins chercheurs d'UniSanté ont décidé d'investiguer les représentations qu'ont les médecins de famille de ce nouvel outil Algorithme UltraPro. Ils ont fait appel à des psychologues de la santé afin de mieux explorer les pratiques des prescriptions des antibiotiques, de mieux cerner les motivations, les ressources, les limites décrites par les professionnels de la santé.

## 2 Contexte – Revue de la littérature

---

### 2.1 Antibiotique : perspective biomédicale

#### 2.1.1 Histoire et déclin

Pour comprendre mieux les enjeux qui sont associés aux antibiotiques utilisés de nos jours, il est important de passer en revue les étapes principales qui ont porté à la découverte de ce médicament. L'antibiotique a été une grande nouveauté dans l'histoire de la médecine et a changé la manière de prendre en charge et soigner les patients.

Même si de nos jours, nous sommes habitués à associer la naissance des antibiotiques à la découverte de la pénicilline, l'histoire de leur utilisation en médecine est beaucoup plus ancienne, comme démontré dans l'article de Bassett et al. (1980). Ces auteurs ont analysé des restes de squelettes humains de l'ancienne Nubie soudanaise (350-550 av. J.-C.) et ont relevé des traces de tétracycline<sup>1</sup>, ce qui confirme l'hypothèse de la présence de cet antibiotique dans le régime alimentaire de nos ancêtres.

La conceptualisation d'une substance ayant le pouvoir de soigner des maladies en agissant contre des microbes fonde ses bases avec Pasteur en 1877 (Papp, 1954), 2'000 ans après les premières utilisations des antibiotiques par les peuples anciens. Pasteur, grâce à ses expériences, observe que « certains micro-organismes étaient capable d'arrêter le développement d'autres micro-organismes ou encore de les détruire » (p. 125), ce qu'on appellera ensuite antagonisme bactérien.

Après les découvertes de Pasteur et celles d'autres collègues qui se penchent sur des substances agissant sur les bactéries sans des véritables succès, il faudra attendre encore des décennies avant d'entrer dans l'ère des antibiotiques. Celle-ci commence avec Elrich et sa conception d'un « magic bullet », une synthèse chimique ayant le pouvoir d'agir sélectivement sur les microbes s'attaquant à l'être humain et de soigner ce dernier (Aminov, 2010). Grâce à une étude systématique à large échelle conduite en 1904, Elrich arrive à trouver un médicament possédant ces caractéristiques et efficace contre la syphilis, une maladie sexuellement transmissible et mortelle à l'époque. Cette chimio-thérapeutique a été appelée Salvarsan et a été utilisée à grande échelle jusqu'à sa substitution

---

<sup>1</sup> Tétracycline : Médicament antibiotique actif contre de nombreuses bactéries et certains parasites (Larousse en ligne, 2020)

par la pénicilline en 1940. Cette dernière a été découverte par hasard par Fleming en 1928, suite à des expérimentations en laboratoire sur des champignons (Papp, 1954) qui ont permis de mettre en lumière des micro-organismes antagonistes agissant sur les bactéries. Cependant, les technologies de l'époque dans la recherche bactérienne n'ont pas permis d'avancer davantage dans la capacité soignante de la pénicilline.

La recherche d'un médicament ayant une activité antibactérienne continue à mobiliser l'intérêt de certains chercheurs comme Bayer Josef Klarer et Fritz Mietzsch qui ont synthétisé le Prontosil en 1932, un médicament à base de sulfate (Aminov, 2010).

Le vrai tournant arrive avec les expériences de Dubos en 1938 (Papp, 1954). Grâce à sa rigueur scientifique, il arrive à démontrer « la possibilité d'un antagonisme microbien dirigé et contrôlé » (p.131) ayant un pouvoir thérapeutique mis en lumière soit *in vitro* qu'*in vivo*. Ses découvertes attirent l'attention des scientifiques et permettent de porter à des résultats les études sur la pénicilline abandonnées par Fleming après 12 ans d'essais (Aminov, 2010). En 1940, Howard Florey et Ernest Chain créent une équipe à Oxford dont l'objectif est d'isoler la pénicilline et étudier ses pouvoirs soignants. Leurs expériences ont amené à la découverte de l'efficacité de la pénicilline contre le germe staphylocoque. La grande nécessité de cet antibiotique à l'époque, justifiée par le grand nombre de blessés militaires et civils de la deuxième guerre mondiale, a motivé un plus grand investissement dans la recherche de celui-ci (Papp, 1954). Cela a permis en 1945 la production de masse et la distribution à une échelle mondiale de la pénicilline.

Dans les années suivantes, les recherches sur les antibiotiques agissant sur des agents pathogènes particuliers augmentent. Par exemple Waksman dans les années '40 découvre la streptomycine, antagoniste de l'*Escherichia coli* et du *Mycobacterium tuberculosis*. Cet antibiotique « enlevant à la pénicilline son privilège jusqu'alors unique, [...] démontra la pluralité des produits microbiens qui réunissent un maximum d'activité contre les cellules de germes pathogènes avec un minimum de toxicité pour les cellules des tissus humains. » (Papp, 1954, pp. 136-137). Ces avancées créent les prémices pour la *golden era*, une période entre les années '50 et les années '70 durant laquelle toutes les classes d'antibiotiques connues de nos jours ont été découvertes (Aminov, 2010).

L'enthousiasme pour ce médicament peut être mis en lien avec le modèle des soins dominant de l'époque : le modèle biomédical. En effet, ce modèle plutôt dichotomique définit la santé comme une absence de maladie (Billon-Descarpentries, 2000). Cette dernière est conceptualisée comme « la conséquence d'agents pathogènes externes (virus, infections, etc.) ou internes (déséquilibre biochimique). Elle est donc envisagée comme un désordre, un dysfonctionnement de l'organisme provoqué par divers agents à l'origine d'une affection plus ou moins grave. » (Fischer et Tarquino,

2014, p. 140). Cette vision porte son attention plutôt sur le corps malade que sur le patient, à la recherche d'une cause objective et d'une manière de le soigner. La naissance de l'antibiotique trouve ses fondements dans l'idéologie biomédicale qu'on vient de décrire. De plus, la capacité soignante de ce médicament a joué un rôle dans l'avancement médical et a permis de porter l'attention de la communauté scientifique sur d'autres nouveaux défis de santé comme les maladies chroniques (Bruchon-Schweitzer et Boujot, 2016). Dans la prise en charge de ce type de maladie une investigation basé uniquement sur les symptômes et leur étiologie n'était pas suffisante (Engel, 1977). C'est donc à partir de ce moment que les chercheurs voient la nécessité d'inclure les facteurs psychosociaux pour une prise en charge globale des patients. Ce changement de paradigme, plus centré sur la qualité de vie et le malade que sur la pathologie et la guérison, se concrétise dans le modèle bio-psycho-sociale.

Déjà au début de l'utilisation de la pénicilline, certains chercheurs s'étaient questionnés sur les conséquences de son utilisation généralisée et sur les possibles actions de neutralisation de ce médicament par les bactéries : la résistance (Abraham et Chain, 1940). Cependant, c'est seulement récemment que ce problème de l'antibiorésistance a pris de l'ampleur et crée une situation de déséquilibre sanitaire. Pour comprendre les enjeux actuels concernant ce problème de santé publique, il faut comprendre les mécanismes de résistance des bactéries, qui les caractérisent depuis la nuit des temps, tout comme la période historique qui a accompagné le développement de cette thématique.

Les bactéries, des êtres unicellulaires, sont présents sur notre planète depuis trois milliards d'années (Andremont, 2016). La particularité qui leur a permis de survivre aussi longtemps et de faire face à différents écosystèmes et défis environnementaux c'est leur grande capacité d'adaptation. Cette dernière, est garantie par la plasticité de leur génome. Face à un nouvel environnement, cela leur permet de s'adapter et de continuer à exister. C'est à partir de cette caractéristique que découle la résistance bactérienne aux antibiotiques, c'est-à-dire : « la capacité d'une bactérie à survivre et se multiplier en présence d'antibiotiques » (p. 17). La résistance aux antibiotiques est intrinsèque à l'écosystème dans lequel les bactéries vivent. En effet, dans un même écosystème il y a plusieurs populations de bactéries qui cohabitent. Pour maintenir un certain équilibre, certains micro-organismes bactériennes produisent eux-mêmes des antibiotiques pour inhiber des autres bactéries. Dans leur ADN des gènes résistants aux antibiotiques sont présents, ce qui leur permet de ne pas être détruits par leur même poison. Vu que l'antibiotique peut subir des modifications, le génome de la bactérie est lui aussi en mutation continue. Plus spécifiquement, Aminov (2010) décrit plusieurs mécanismes de résistance en différenciant ceux agissant sur l'antibiotique (*bullet related*) de ceux

agissant sur le génome de la bactérie (*target related*). Pour ce qui concerne les premiers, il dit que l'antibiotique peut être modifié et rendu inefficace, détruit ou pompé hors de la cellule. Pour les deuxièmes, la bactérie peut être protégée par modification, modifiée par une enzyme, remplacée ou protégée au niveau cellulaire ou de la population.

L'antibiorésistance, comme le souligne Aminov (2010), représente aujourd'hui un problème majeur de santé publique. De nombreuses bactéries deviennent résistantes et les infections bactériennes multi-résistantes qui en découlent sont la cause d'une mortalité élevée. En chiffre, ce taux correspond à environ 25'000 patients décédés chaque année dans l'UE (Groupe de travail conjoint ECDC/EMEA, 2009). L'antibiorésistance entraîne aussi des coûts économiques importants. Chaque année, elles provoquent au moins 1,5 milliards d'euros de coûts de santé supplémentaires (Groupe de travail conjoint ECDC/EMEA, 2009). En outre, de manière globale, selon Andremont (2016) si l'antibiorésistance prend le dessus, les médecins ne seront plus capables de proposer des soins de qualité basés sur le confort et la sécurité apportés par les antibiotiques. Ce serait alors la remise en cause du modèle des soins médicaux actuels sans qu'il y ait un réel « plan B » efficace à disposition.

### 2.1.2 Les enjeux financiers

En plus des caractéristiques adaptatives des bactéries, il y a aussi d'autres facteurs qui ont eu un rôle crucial dans la diminution de l'efficacité des antibiotiques. Comme le dit Andremont (2016), « ces substances ont été victimes de leur succès, lui-même résultant de la combinaison de leur extraordinaire efficacité thérapeutique, de la très bonne tolérance des patients à leur égard et de la facilité de les produire. » (p. 18). Par exemple pour ce qui concerne la pneumonie, l'utilisation de la pénicilline a permis de diminuer le taux de mortalité de 90 à 10 %. Ce succès immense a entraîné une utilisation massive d'antibiotiques même sans qu'il y ait un réel besoin, comme par exemple dans les cas d'une infection bactérienne absente.

« D'une façon générale, on peut dire que, durant toute la période de ce que les économistes ont appelé les « Trente Glorieuses », les antibiotiques ont été utilisés comme s'il s'était agi d'une ressource inépuisable, illimitée, alors que chaque utilisation chez l'homme ou l'animal contribuait à rendre les bactéries un peu plus résistantes et à éroder leur efficacité. » (Andremont 2016, p. 19-20).

Même si la mentalité de l'époque ne permettait pas encore aux personnes de se poser le problème de l'antibiorésistance, cette barrière était déjà présente et s'accroissait de plus en plus. En effet, l'industrie pharmaceutique a diminué son intérêt dans la recherche de nouveaux antibiotiques. Cela en raison du fait que leur développement devenait de plus en plus cher, et que la pression de la

société amenait la recherche vers d'autres nouveaux défis comme le Sida, les maladies cardiovasculaires et le vieillissement. Les entreprises pharmaceutiques ont donc préféré investir sur la recherche de nouveaux médicaments plus rentables et moins coûteux au niveau de la production. Comme le souligne Shlaes (2003), même si le marché des antibiotiques est vaste, il présente déjà un grand choix de produits. La concurrence entre les entreprises est déjà assez importante et met en péril l'exclusivité d'un nouveau produit sur le marché. Le coût élevé de production est dû aux multiples approbations que les antibiotiques doivent recevoir afin d'être lancés sur le marché et les contrôles de non-infériorité requièrent un grand nombre de patients. Pour ces raisons, leur production n'est pas considérée prioritaire. Ce virage de route a eu comme conséquence que les antibiotiques disponibles sur le marché sont aujourd'hui limités et leur prix est tombé. Ce dernier point a provoqué une accessibilité majeure à ces médicaments et une conséquente plus vaste utilisation.

Le récente prise de conscience des possibles dérives de l'antibiorésistance et de la conséquente importance d'une utilisation parcimonieuse de ce médicament, est à l'origine du concept « *One health* » de Collignon (2013). Selon cette approche, c'est important d'utiliser les antibiotiques uniquement quand ils sont réellement nécessaires, du moment que leur présence sur le marché est limitée.

### 2.1.3 Pratiques de prescription

Les pratiques de prescription des antibiotiques ont fait l'objet de nombreuses recherches. Nous allons présenter dans ce sous-chapitre des études quantitatives, qualitatives et mixtes qui ont investigué les enjeux de ces pratiques médicales.

#### 2.1.3.1 Études quantitatives

Etienne et Pulcini (2015) ont mené une étude dans le but d'investiguer la conformité de la prescription d'antibiotiques de la part des médecins français. Ce qu'ils ont trouvé, c'est que seulement 17% des ordonnances étaient appropriées. Le 33% correspond à des prescriptions inappropriées et le restant 50% à des prescriptions inutiles. Les raisons principales de ces comportements de la part des médecins sont nombreuses : « infections virales ou démarche diagnostique incomplète pour les prescriptions inutiles, molécule et durée non conformes aux recommandations pour les antibiothérapies inappropriées » (p. e64). De plus, une partie des médecins ne croit pas aux « durées excessives d'antibiothérapies comme cause possible de la résistance bactérienne » (p. e64). Ces résultats portent les auteurs à conclure que la problématique liée à la sur-prescription d'antibiotiques de la part des médecins généralistes est un problème majeur auquel il faut trouver des solutions

immédiates. « Face à l'émergence actuelle de résistances bactériennes, avec un risque réel d'impasse thérapeutique, il est urgent de mettre en place des actions fortes pour améliorer l'utilisation des antibiotiques » (p. e64).

Légaré et al. (2013) ont investigué les apports d'une formation sur la prescription des antibiotiques. Plus en particulier ces auteurs ont essayé d'analyser l'impact des patients sur la décision de prendre ou de ne pas prendre un antibiotique, suite à une formation auprès des médecins généralistes canadiens sur le processus de décision partagée médecin-patient. Ils concluent que cette formation permet d'améliorer « la participation des patients au processus décisionnel et entraîne une diminution du nombre de patients qui optent pour le recours à un antibiotique comme traitement d'une infection aiguë des voies respiratoires. » (p. 47). Même si l'impact à long-terme de cette formation n'est pas connu, cette étude montre l'importance de former les médecins à collaborer avec les patients lors des consultations médicales.

### 2.1.3.2 Études qualitatives

L'étude de Rodrigues et al. (2013) part du constat que le point de vue des médecins concernant la prescription d'antibiotiques est rarement pris en compte par les chercheurs. Leur objectif est d'investiguer les raisons pour lesquelles il y a une prescription inappropriée des antibiotiques dans les consultations médicales et une conséquente antibiorésistance. Pour ce faire, les auteurs ont fait une revue de la littérature afin d'explorer les perceptions des médecins par rapport à la prescription d'antibiotiques et ils se sont référés à des études menées avec une méthodologie qualitative. Grâce à une analyse thématique de la revue, les auteurs ont identifié deux grandes catégories de facteurs qui influencent la décision médicale : des facteurs intrinsèques et extrinsèques au docteur. Parmi les premiers on trouve la *complaisance* (perception de l'attente des patients de la part du professionnel), la *peur* (des possibles complications futures et de perdre les patients), l'*ignorance* (liée à la formation et au manque de connaissance de la part du médecin), l'*indifférence* (par rapport à la problématique de l'antibiorésistance), la *responsabilité d'autrui* (la problématique de l'antibiorésistance est à imputer à d'autres professionnels) et la *confiance* (par rapport à sa décision et aux expériences passées). Pour ce qui concerne les facteurs extrinsèques il y a ceux liés au *patient* (relation entre signes et symptômes et prescription d'antibiotiques, histoire, etc.), ceux du *système de santé* (temps à disposition, manière de communiquer, politique et directives au sein des institutions) et des *autres facteurs* (influence des expositions de groupe, santé publique, flux de travail, manque d'installation des tests diagnostiques, possibilité pour les patients d'utiliser la même prescription plus d'une fois et assurance maladie des patients).

« Selon cette analyse, les capacités de communication et l'incertitude diagnostique figurent parmi les principaux facteurs indirects influençant la prescription d'antibiotiques et peuvent constituer une base intéressante pour améliorer les pratiques de prescription. [...] Ce facteur est une attitude liée aux attentes des patients, conformément aux articles publiés qui montrent que l'amélioration de la communication médecin-patient peut réduire les attentes des patients en matière de traitement. [...] La littérature décrit également la relation entre l'incertitude diagnostique et la mauvaise utilisation des antibiotiques, soulignant la nécessité de tests de diagnostic rapide, la mise en œuvre de politiques / lignes directrices ou l'utilisation d'une prescription retardée comme moyen de contrer ce problème. » (Rodrigues et al., 2013, p. 210, traduction personnelle).

Belongia et Schwartz (1998)<sup>2</sup> dans leur recherche ont trouvé les facteurs influençant la surconsommation d'antibiotiques. Ils résument ces facteurs en les divisant en quatre catégories. La première c'est le *manque d'information* : pour le médecin il y a « une approche sous-optimale du diagnostic et du traitement et un manque de connaissance de l'évolution naturelle de la maladie virale » tandis que pour le patient « une connaissance insuffisante des infections virales et bactériennes ». La deuxième catégorie est l'*expérience* : si de la part du médecin il y a « les habitudes de diagnostic et de prescription à l'époque de la pré-résistance aux antibiotiques » pour le patient il y a le « traitement antibiotique préalable pour les infections virales (perçu comme efficace) ». La troisième sont *les attentes* : pour les médecins la « croyance que les patients attendent des antibiotiques » et la « croyance que la satisfaction est liée à la prescription » tandis que pour les patients c'est « la croyance que certaines conditions nécessitent un traitement antibiotique ». Enfin il y a l'*économie* : pour les médecins « la pression du temps, l'incitation liée aux enquêtes de satisfaction » et « le profilage lors des visites de retour » alors que pour les patients « la nécessité de reprendre le travail ou de ramener l'enfant à la crèche ».

À partir du constat qu'en France les médecins prescrivent en moyenne 80% en plus de médicaments qu'aux Pays-Bas (SFK, 2005, cité dans Rosman 2010), Rosman (2010) essaye grâce à des entretiens semi-structurés et à des observations de comprendre quels sont les facteurs problématiques qui ont un impact sur cette différence de sur-prescription entre les deux pays. L'autrice arrive à démontrer qu'en général les médecins français et néerlandais ont deux « logiques de prescription » différentes. En France, on est face à une logique de « réparation » qui consiste en une prescription presque immédiate des médicaments dans la grande partie des cas. Au contraire, aux Pays-Bas on parle plutôt

---

<sup>2</sup> Toutes les citations de cet article sont une traduction personnelle du tableau « Provider and patient factors contributing to overuse of antibiotics » (Belongia et Schwartz, 1998, p. 669)

d'une logique de « restriction » qui a le but de « limiter les prescriptions, à privilégier les conseils d'hygiène de vie et la réassurance » (p. 129). Pour les deux pays, ces pratiques sont en lien avec la tendance à ne pas s'éloigner de la pratique des autres médecins. En effet, les professionnels néerlandais ont plus tendance à suivre les recommandations de l'état et ont une « vision de la médecine fondée sur l'éducation et la responsabilisation du patient » (p. 129). Les français sont plus libres par rapport aux contraintes de l'état, centrent leurs consultations sur la relation médecin-patient et prescrivent davantage pour la peur de casser la confiance qui a été instaurée avec le patient.

Onteniente et al. (2018) se sont aussi penchés sur les pratiques de prescription des antibiotiques en médecine générale. Par le biais d'entretiens semi-structurés qualitatifs avec des professionnels, ils ont dégagé les déterminants relatifs au patient et au médecin qui jouent un rôle dans la sur-prescription. Ce qui est ressorti tout d'abord c'est que les patients demandent de recevoir des antibiotiques pour plusieurs raisons. Si certains croient que ce médicament est très efficace et permet de guérir beaucoup plus rapidement, d'autres pensent que sa prescription sert à légitimer le motif de la consultation. Leur demande explicite est plus fréquente chez les patients âgés qui ont été habitués dans le passé à recevoir ce médicament chaque fois qu'ils le demandaient. En outre, ces populations âgées sont généralement considérées par les médecins comme fragiles et à risque, ce qui les amène à excéder dans les prescriptions. D'autres déterminants relatifs au patient pouvant influencer la décision du médecin sont les situations où son leur état n'est pas clair et fait surgir un doute diagnostique chez le médecin, la persistance prolongée de ses symptômes, sa possible personnalité anxieuse ou hypocondriaque ainsi que ses racines sociétales. En effet Onteniente et al. (2018) ont trouvé des résultats similaires à ceux de Rosman (2010) : si certaines cultures privilégient une « réparation instantanée » à l'aide des médicaments, d'autres cultures adoptent plutôt une logique de « restriction » (Onteniente et al., 2018). Les déterminants relatifs au médecin qui ont été décelés par cette étude sont nombreux. Tout d'abord, les jeunes médecins sont d'avantage sensibilisés pendant leur formation à la problématique de l'antibiorésistance par rapport aux médecins plus âgés. Cependant, même si en général les médecins se disent informés et conscients, dans la pratique il y a plusieurs facteurs qu'ils doivent tenir en compte et qui peuvent les amener à prescrire plus que ce qui est nécessaire. Par exemple, les chercheurs ont avoué que des fois les conditions matérielles de consultation et le manque de temps pour expliquer aux patients leur décision, les amènent à excéder dans les prescriptions. En fin de semaine, quand les examens paracliniques ne sont pas disponibles et ce n'est pas possible de monitorer l'état du patient, ils sont amenés à donner plus de médicaments. Des autres motivations peuvent être que la personne a déjà consulté pour le même problème ou encore l'indisponibilité de tests paracliniques qui ont le but d'affiner le diagnostic. Enfin, les expériences de prescription passées

du médecin jouent un rôle et influencent sa pratique actuelle. Les auteurs ont souligné que l'antibiothérapie constitue un élément central dans la relation entre un professionnel et son consultant. Ce dernier a le choix de continuer à s'adresser à son médecin ou de le quitter selon comment il juge sa pratique de prescription. Ils soulignent comme une consultation basée sur une demande explicite d'antibiotiques de la part du patient est perçue par le médecin comme longue et difficile et requière des bonnes compétences communicatives de sa part afin de réussir à convaincre les consultants et à imposer son raisonnement scientifique. C'est donc quand cet investissement en temps et énergie ne peut pas être mis en place qu'ils vont sur-prescrire.

Coenen et al. (2000) investiguent, au travers des groupes de discussion et grâce à l'analyse qualitative de contenu, les motivations qui amènent les médecins généralistes à prescrire les antibiotiques dans le 80 % de cas d'infections des voies respiratoires. Ils trouvent que cette prescription est due à un doute diagnostique lié aux signes et aux symptômes présentés par les patients ainsi qu'à des caractéristiques propres au médecin et à l'histoire du patient. Grâce à ces études, les chercheurs arrivent à justifier l'utilisation des méthodes qualitatives dans l'étude des consultations médicales, en démontrant qu'elles permettent d'investiguer et d'explorer des aspects qui ne seraient pas accessibles avec les méthodes quantitatives.

De manière plus générale, pour ce qui concerne les infections bactériennes nécessitant une prescription d'antibiotique, Björnsdóttir et al. (2010) ont mené dix entretiens qualitatifs avec des médecins généralistes. Ils concluent que lorsqu'on veut changer les pratiques le simple fait de donner des faits scientifiques et des aides technologiques ne suffit pas. « L'acceptation par les médecins généralistes de l'exactitude des informations et de la fiabilité, de l'applicabilité et de la pertinence de la technologie pour le médecin et / ou le patient est une condition préalable au changement de pratique » (p. 813, traduction personnelle).

### 2.1.3.3 *Études mixtes*

Attali et al. (2008) ont mené une étude à la fois qualitative et quantitative pour évaluer l'impact d'une intervention menée auprès de certains médecins en France sur leur prescription d'antibiotiques. Selon les auteurs, dans certaines situations de consultation médicale, plus il y a de raisons de prescrire des médicaments, plus nombreuses sont les prescriptions non-nécessaires. Cependant, l'étude montre qu'il y a un lien entre la diminution de prescription et le nombre de stratégies de non-prescription mises en place par les médecins. En effet, plus on écoutait « les craintes des patients » et plus on se

concentrait sur « l'écoute attentive, les explications, un examen clinique précis et commenté dès le début de la consultation » (p. 72) plus la possibilité d'obtenir une ordonnance était limitée.

Faure et al. (2009) ont mené une recherche qui s'intéresse aux facteurs jouant un rôle dans la décision de prescription ou de non-prescription. Grâce à une étude transversale observationnelle et à un questionnaire standardisé, ces auteurs ont étudié les pratiques de prescription généralement appliquées pour trois infections respiratoires : l'angine, la bronchite aiguë et l'exacerbation de bronchite chronique. Le premier résultat ressorti de leur analyse est que même si les recommandations liées à ces trois maladies sont bien connues par les médecins, elles ne sont pas toujours respectées. Ils soulignent ainsi l'importance de la prise en considération des facteurs non cliniques dans l'étude des comportements des médecins. Par exemple, l'observation de leur pratique permet de voir que même si les médecins affirment ne pas répondre aux requêtes exagérées des patients en ce qui concerne la prescription d'antibiotiques, ils prescrivent plus d'antibiotiques s'il y a une demande directe des consultants. Les facteurs liés au patient qui influencent la prise de décision sont son état général habituel, son dossier médical, son âge et son mode de vie ainsi que son niveau socio-économique. En outre, l'étude a permis de mettre en lumière l'importance de certains facteurs environnementaux comme la période de l'année, de la semaine ou des vacances pendant laquelle la personne consulte le médecin. Il y a aussi des éléments propres au médecin qui peuvent jouer un rôle, comme ses expériences passées, la durée de son exercice, ses possibles formations continues et la lecture de journaux spécialisés. Même si c'est important de considérer ces facteurs, les motivations principales de sur-prescription sont surtout cliniques, et en font partie par exemple la mauvaise tolérance des symptômes et le fait que le patient ait déjà consulté auparavant pour le même type de problème. Les auteurs ont trouvé enfin que l'utilisation d'un test paraclinique a un poids important dans le processus décisionnel pour le 90 % des cas.

Pasque (2012) a aussi étudié, grâce à une recherche prospective observationnelle, les pratiques de prescription des médecins dans le cas d'infections respiratoires basses. Il met en lumière un plus haut niveau de prescription d'antibiotiques à des patients présentant des caractéristiques spécifiques. Plus en particulier, l'âge avancé des patients, leurs possibles comorbidités et le fait qu'ils aient déjà consulté auparavant pour le même problème, poussent à une prescription plus élevée de la part des médecins. En outre, les examens complémentaires et surtout la radiographie thoracique semblent être significativement liés à la décision de prescription des médecins.

Dans leur recherche, Fletcher-Lartey et al. (2016) ont étudié le rôle des attentes des patients dans la prise de décision des médecins par rapport aux prescriptions d'antibiotiques. Ce qu'ils ont trouvé, c'est que la moitié des médecins interrogés a avoué qu'elle prescrirait des antibiotiques uniquement pour aller à l'encontre des attentes des patients et ne pas les décevoir. Cependant, derrière cette motivation de sur-prescription se cachent en réalité d'autres raisons comme le manque de temps, une incertitude au niveau du diagnostic et un manque de communication avec le patient. Le raisonnement qui motive cette sur-prescription par les médecins généralistes des cabinets privés est que leurs pratiques impactent et aggravent peu la problématique de l'antibiorésistance par rapport à celles d'autres collègues travaillant dans les hôpitaux ou dans le domaine vétérinaire. C'est pour cette raison qu'il faudrait les responsabiliser davantage par rapport à leurs actions et au lien qui existe entre leurs prescriptions et l'augmentation de la résistance aux antibiotiques.

Même si les patients demandeurs existent, Glover et al. (2019) rendent attentifs à ne pas surestimer l'importance de la pression des consultants sur la décision de prescription du médecin. Ils définissent le stéréotype du patient demandeur comme une simplification injuste mettant en mauvaise lumière les patients, dont le seul désir est en réalité de se faire soigner par un professionnel auquel ils se confient. A ce propos, Gaarslev et al. (2016) dans leur étude sur les attentes des patients par rapport à la prescription des antibiotiques, ont trouvé que la requête explicite de ce médicament de la part d'un patient montre qu'il le considère comme un traitement efficace qui lui permettrait de guérir. Ce serait donc plus une requête de prise en charge, qui pourrait être ainsi nuancée par une explication du médecin sur le caractère inapproprié de ce choix de traitement pour une infection virale. Comme le soulignent Glover et al. (2019), il y a d'autres facteurs plus importants que la pression des patients qui entrent en jeu dans la décision des médecins, raison pour laquelle il ne faut pas seulement examiner la problématique de la sur-prescription et de l'antibiorésistance sous l'angle de l'insistance des patients à recevoir ce type de médicament.

### *2.1.3.4 Apports des études quantitatives, qualitatives et mixtes*

Cette revue de la littérature sur les études menée par rapport aux pratiques de prescription et aux croyances des patients vis-à-vis de ce médicament, nous permet de mettre en lumière plusieurs aspects importants. Grâce aux études quantitatives la problématique liée à la sur-prescription des antibiotiques de la part des médecins généralistes est mis en évidence (Etienne et Pulcini, 2015), comme aussi l'impact positif d'une intervention basée sur une formation pour les professionnels à propos de la décision partagée médecin-patient (Légaré et al., 2013).

Les études qualitatives ont permis de mettre en lumière les raisons qu'influencent la décision de prescription des antibiotiques de la part des médecins (Coenen et al., 2000 ; Rosman, 2010 ; Rodrigues et al., 2013 ; Onteniente et al., 2018), les déterminants relatifs aux patients (Belongia et Schwartz, 1998). Grâce à Björnsdóttir et al. (2010) c'est possible de souligner l'importance d'investiguer l'acceptation des médecins par rapport aux aides technologiques lors d'un changement de pratique.

Aussi pour ce qui concerne les études mixtes il y a des recherches qui se sont penchés sur les facteurs influencent la prescription des antibiotiques de la part des médecins (Faure et al., 2009 ; Pasque, 2012) comme aussi sur l'impact d'une intervention auprès des professionnels (Attali et al., 2008). Fletcher-Lartey et al. (2016) ont étudié plus en particulier le rôle joué par les attentes des patients dans la décision de prescription des médecins. Tout en dernier, Garslev et al. (2016) et Glover et al. (2019) rendent attentifs à l'importance de prendre en compte le point de vue des patients et de ne pas surestimer leur demande spécifique en termes d'antibiotiques en expliquant que ça pourrait être nuancé par les médecins comme une requête de prise en charge plus générale.

### 2.1.4 Outils contre l'antibiorésistance

Comme déjà avancé dans l'introduction, l'antibiorésistance est une problématique qui est présente dans le monde entier. Depuis plusieurs années, de nombreux chercheurs se sont penchés sur cette problématique en essayant de trouver des moyens pour diminuer la prescription d'antibiotiques de la part des médecins généralistes. Si nous nous concentrons sur les infections respiratoires, nous pouvons citer plusieurs études qui se sont intéressées à ce questionnement. Dans ce chapitre, nous voulons mettre en lumière les résultats principaux qui sont ressortis des recherches qui ont été faites jusqu'à maintenant et qui ont influencé le développement des parties quantitatives et qualitatives de l'étude UltraPro.

Plusieurs études ont souligné l'importance de considérer du point de vue des médecins pour l'implémentation de nouveaux outils diagnostiques qui sont sensés changer leur pratique habituelle. L'étude de McNulty et Francis (2010) souligne cet aspect et se concentre en particulier sur la nécessité de comprendre le point de vue des médecins sur ces nouveaux outils, pour s'assurer que leur utilisation future soit applicable à la pratique et que les médecins se rendent compte de l'importance de cette dernière. En effet, s'intéresser à leurs avis avant l'implémentation d'une nouvelle intervention à large échelle, permet de l'adapter à leurs attentes et nécessités. Wood et al. (2011) et Anthierens et al. (2012) pensent que le moyen pour atteindre cet objectif est de proposer des entretiens semi-structurés, une méthode qui permet d'identifier les potentiels points positifs et négatifs liés à

l'implémentation de l'outil pour le médecin. Cals et al. (2009) parlent par exemple de l'importance de cette méthode pour pouvoir mettre en lumière la vision et les attitudes du médecin lors de la consultation, dans une intervention focalisée sur le malade et non seulement sur la maladie.

Parmi les différentes interventions proposées aux médecins, on retrouve dans beaucoup d'articles celle liée à l'utilisation d'un outil de diagnostic disponible en *point-of-care* : la CRP. Une formation sur cet outil a à la fois des points positifs et négatifs. Pour ce qui concerne ceux positifs, Little et al. (2019) soulignent qu'après la formation, les prescriptions d'antibiotiques ont diminué de 20 % grâce à cette intervention. Par contre, les auteurs concluent que cet avantage est plus présent sur le court terme. A propos de la CRP, Anthierens et al. (2015) dans leur étude ont trouvé que les médecins pensent qu'il s'agit d'un outil important dans les cas d'incertitude, qui a une fonction de support dans les décisions de non-prescription d'antibiotiques. En outre, dans une autre étude de Anthierens et al. (2012) on souligne le caractère objectif de ce test, qui a donc le pouvoir de rassurer les patients en cas de non-prescription. Ce dernier aspect est aussi mis en évidence dans l'étude de Butler et al. (2008), qui en parlant des tests qui donnent un résultat immédiat et qui sont disponibles lors de la consultation, disent :

« L'enthousiasme était grand pour un hypothétique test sanguin par piqûre du doigt qui permettrait de distinguer les infections virales des infections bactériennes. De nombreux médecins généralistes ont souligné que de tels tests seraient utiles pour "vendre" la décision de ne pas prescrire d'antibiotiques aux patients. » (Butler et al., 2008, p. 17, traduction personnelle).

Les aspects négatifs de cet outil selon Anthierens et al. (2015) sont le temps nécessaire pour obtenir le résultat et la difficulté à l'utiliser. Pour Cals et al. (2009) l'utilité de ce test serait restreinte à un sous-groupe de patients, plus en particulier ceux pour lesquels on a des doutes suite à l'anamnèse et à l'examen clinique. En plus à cette caractéristique de la population, Butler et al. (2008) ajoutent en plus que les médecins « étaient préoccupés par les contraintes de temps, l'entretien des appareils et le contrôle de la qualité, le coût et les éventuelles objections des patients, surtout des enfants. » (p. 17, traduction personnelle). Cals et al. (2010a), par le biais d'entretiens semi-structurés qu'ils ont mené auprès de 20 médecins généralistes, ont investigué les représentations de ces derniers concernant l'utilisation de la CRP comme *point-of-care* pour les infections des voies respiratoires inférieures. Un des résultats positifs qu'ils ont trouvés est que ce test rapide permet une diminution de la prescription d'antibiotiques pour les maladies respiratoires.

La majorité des études citées sur la CRP, associent et comparent cet outil diagnostique à l'entraînement des compétences communicatives des médecins généralistes pendant la consultation avec les patients. Pour Little et al. (2019), l'amélioration de cette compétence a un effet plus durable sur le long terme que la formation à l'utilisation de la CRP. Selon Anthierens et al. (2015), un entraînement à la communication des médecins associé à un livret informatif donné aux patients lors de la consultation, permet de mieux structurer la rencontre, d'éduquer les patients sur leur maladie et de les soigner de manière adéquate. En plus cela permettrait aussi de réduire le nombre de consultations de la part des patients, même si un investissement significatif en termes de temps serait nécessaire au début des visites. Dans la mise en opposition de ces deux interventions, l'étude de Cals et al. (2009) conclue que l'expérience du médecin joue un rôle décisif. En effet, si les patients qui ne sont pas familiers avec ces outils affirment préférer la CRP, ceux qui ont pu l'expérimenter voient une plus grande utilité dans la relation avec le médecin, enrichie par ses capacités communicatives. Une autre étude (Tonkin-Crine et al., 2014) met en évidence que ce point de vue n'appartient pas à la population plus résistante. Cette dernière se dit être plus convaincus par un test objectif comme la CRP, plutôt que par les capacités communicatives du médecin. Enfin Cals et al. (2010b) ont comparé dans leur recherche les résultats en termes de diminution de prescriptions d'antibiotiques en faisant à la fois soit un test CRP rapide, et un entraînement de 2 heures à l'amélioration de la communication avec le patient, soit une combinaison de ces deux outils. Ce qu'ils ont trouvé, c'est que l'introduction de ces outils est corrélée à une prescription mineure de médicaments après la première consultation et qu'il n'y a « pas de différence statistiquement significative pour le nombre de prescriptions antibiotiques, le nombre de consultations, la guérison clinique, la satisfaction et la reprise des activités du patient dans les 28 jours post consultation index. » (p. 70). Ils concluent que probablement l'association de ces deux stratégies permet de diminuer de façon optimale les niveaux de prescription de ce médicament.

Ces compétences communicatives résultent être encore plus importantes quand la personne avec qui on parle n'est pas le patient lui-même. L'étude menée par Dekker et al. (2018) inclue deux interventions principales. La première consiste en une formation en trois parties pour les médecins : une sensibilisation à la problématique liée aux antibiotiques et à la prudence dans leur utilisation qui s'ensuit; un rappel des directives nationales à propos des signes à prendre en considération pour une meilleure prise en charge ; une formation sur les capacités communicatives des médecins avec les parents. La deuxième envisage un livret d'informations pour les parents sur cette thématique. Ces interventions ont un impact bénéfique sur la diminution de la prescription d'antibiotiques. En outre, les auteurs soulignent que ces outils permettent d'atteindre une grande partie de la population.

Anthierens et al. (2012) dans leur recherche ont mis en lumière les différents niveaux d'acceptabilité et d'applicabilité de la CRP et de l'entraînement des capacités de communication du médecin lors de la consultation selon le pays d'implémentation. Dans leur étude ils ont interviewé 30 médecins de cinq pays différents et ils ont trouvé des variations dans le niveau d'acceptabilité des interventions, dues à des différences culturelles. Celles-ci, selon eux incluaient : « les différences perçues dans le style de communication utilisé lors de la consultation, la durée de la consultation et le stade de la maladie auquel le patient se présente habituellement. » (p. 1).

Pour un autre biomarqueur utilisé pour distinguer les infections virales des infections bactériennes on peut citer Schuetz et al. (2017 ; 2018), qui étudient l'utilisation de la Procalcitonine pour les cas des infections des voies respiratoires. Dans leur étude, ils ont démontré qu'en utilisant la Procalcitonine, c'était possible de diminuer le niveau de prescription d'antibiotiques sans causer des séquelles liées à la non-prescription. Selon Luong Ba et al. (2013) dans la diminution de la prescription d'antibiotiques « le bénéfice attendu est épidémiologique (diminution des résistances aux antibiotiques), clinique (diminution des effets indésirables, notamment les diarrhées liées aux antibiotiques) et économique (diminution des coûts liés à l'antibiothérapie et des frais liés à une hospitalisation pour antibiothérapie). » (p. 1884).

Dans l'étude UltraPro, en plus de l'utilisation de la Procalcitonine, les médecins utilisent un deuxième outil : l'ultrason. Un des points positifs de cet outil, comme souligné dans l'article de Bornemann et al. (2018), c'est qu'il est plus sensible et spécifique que la radio-thorax. En outre, ces auteurs soulignent la facilité avec laquelle un médecin peut apprendre à l'utiliser. En effet, ils pensent qu'un entraînement de trois heures suffirait pour atteindre un bon niveau de maîtrise. Ils ajoutent que cet outil a un coût plus bas que la radiographie et que ses dimensions le rendent plus pratique.

## 2.2 La relation médecin-patient et ses enjeux

L'arrivée de l'antibiotique, en plus de révolutionner le paradigme en médecine, a aussi changé le rapport malade-médecin (Levy, 1991). Avant son arrivée, la maladie était traitée comme une problématique collective liée à des épidémies qui touchaient une population entière. A partir de ce moment, la maladie est conçue comme un état lié à un individu particulier dont il faut investiguer les causes afin de pouvoir le soigner. C'est à ce moment que la relation face-à-face entre un médecin et son patient acquiert de l'importance. Depuis la moitié des années '60, cette dernière devient un objet d'étude important (Roter et Hall, 1989).

Cette rencontre entre soignant et soigné a été étudiée par plusieurs auteurs. Ce qui ressort systématiquement des études à ce sujet ce sont les concepts d'asymétrie, de négociation et de co-construction de signification. Par rapport à son caractère asymétrique, Parsons en 1951 dit que dans la consultation médicale, le médecin recouvre une position de pouvoir, dû à son rôle d'expert dans le domaine. Par son autorité médicale, c'est lui qui conduit l'interaction et qui pose le diagnostic. Famy (2017) décrit cette rencontre comme une pratique sociale précise impliquant des rôles et des conventions implicites entre les deux parties. En s'appuyant sur l'étude de Lacoste (1980) l'autrice dit que les rôles sont ainsi institutionnalisés et que le médecin occupe une position supérieure grâce à son savoir et son savoir-faire. Du même avis est Gradoux (2015), qui à l'aide de l'analyse des interactions, investit l'expertise médicale en fonction des différents savoirs. A ce propos, il conclue que dans le processus de diagnostic, c'est le médecin qui occupe la position d'expert, possédant les savoirs pour transformer le symptôme en signe. C'est grâce à cette conception, qu'il explique la rareté et la mauvaise réaction aux mécanismes d'auto-diagnostic du patient par le médecin. Enfin par rapport à l'asymétrie et à l'autorité du médecin reconnue culturellement, Maynard (1991), en plus de souligner la fonction d'expert du médecin, explique que cette différence de pouvoir se co-construit aussi pendant la consultation médicale avec le patient. Dans le cas des antibiotiques, le pouvoir des médecins est renforcé par le fait que c'est le seul professionnel qui est autorisé à prescrire ces médicaments (Swissmedic, 2021)

Même si cette autorité institutionnelle et la position d'expert du médecin ne peuvent pas être niées, le patient a aussi une influence dans la prise de décision. Vickers et al. (2012) dans leur étude montrent comme la relation d'un même patient avec des prestataires différents peut aboutir à des choix de traitement et de diagnostic différents. Cela en raison du fait que chaque co-construction de signification au sein de la consultation peut mettre en lumière différentes facettes de la réalité du patient. Famy (2017) souligne l'importance de prendre en considération l'influence du patient, qui enrichit la conversation avec des informations sur sa propre santé et son vécu subjectif de la maladie, dans le but de négocier le sens de son état. Dans la recherche Gradoux (2015), même si lui aussi attribue au médecin une position élevée pendant la phase du diagnostic, l'auteur admet l'expertise du patient concernant la sphère des symptômes et donc pendant l'anamnèse. Ce sont ces deux derniers aspects qui sont utilisés par le patient s'il désire négocier le diagnostic posé par le médecin. Pour ce qui concerne plus en particulier les antibiotiques, Butler et Prout (2000) dans leur article expliquent que passer d'un modèle paternaliste à un modèle de prise de décision partagée pourrait diminuer leur prescription. Si dans le premier cas c'est le médecin qui pose un diagnostic et qui prend une décision à propos du traitement, dans le deuxième la consultation est conçue comme une rencontre entre deux

experts : un médical et un de son propre corps et de sa vie quotidienne. Dans cette conception il est fondamental que les deux s'investissent mutuellement au cours de la consultation et que le médecin prenne en considération les préférences et les valeurs du patient.

Schouten et al. (2007) dans leur étude ont utilisé des entretiens semi-structurés pour comprendre les facteurs qui influencent la bonne utilisation des antibiotiques par les patients avec une pneumonie. Cette méthode a permis de mettre en lumière la multitude de facteurs qui peuvent entrer en jeu pendant la consultation médicale ainsi que leur variabilité en fonction des différents patients. Pour ces raisons, il faudrait tenir compte des difficultés que peut rencontrer le prestataire de soins dans l'adaptation de ces recommandations.

Ces recherches mettent en lumière l'importance de l'intersubjectivité dans le cadre de la consultation médicale. En effet :

« la relation intersubjective entre le médecin et le malade est le fil conducteur qui peut permettre au patient d'accepter de modifier certaines de ses conceptions et de ses comportements, et au médecin de se rapprocher du vécu subjectif du patient et de ne pas fournir exclusivement des réponses situées dans le registre du « faire » » (Bouckenaere, 2007, p.172).

Mercier (2002), dans son article souligne l'importance d'aborder les enjeux éducatifs du patient sous un angle pluridisciplinaire, y compris la psychologie. Selon lui, qui a une approche psychologique de l'intersubjectivité, dans la relation médecin-patient il y a des dynamiques particulières qui entrent en jeu. Le médecin essaye d'accomplir ses propres buts, c'est-à-dire atteindre une certaine valorisation sociale, une certaine satisfaction professionnelle en soignant ses patients et avoir un revenu. Le but du patient est que le médecin prenne soin de lui tout en maintenant une certaine autonomie. De manière générale, l'auteur dit que les deux essayent de se faire plaisir l'un pour l'autre, avec l'objectif d'être reconnu par l'autre. Pour arriver à cet équilibre dans la relation soignant-soigné, il y a tout un travail de négociation qui est mis en place et qui consiste dans le fait d'arriver à tenir compte des désirs et des contraintes des deux acteurs. Pour ce faire, les deux doivent arriver à un certain consensus au travers d'un travail de coopération. « L'éducation du patient pourrait consister à aider à réaliser les équilibres de consensus, de coopération, de partenariat et de solidarité dans les processus préventifs et les processus curatifs en médecine, compte tenu des relations soignants-soignés » (p. 7).

De ces faits, il y a une relation particulière qui va s'instaurer entre le médecin et son patient qui perdure dans le temps. Kearley et al. (2001) essayent de comprendre dans leur étude comment et dans quelles situations une relation personnelle est appréciée par les patients. De manière générale, les

auteurs trouvent que les patients apprécient ce type de relation, encore plus semblerait-il lorsque le patient consulte pour des maladies plus graves ou pour des problèmes psychologiques. C'est donc important de faire évoluer la relation soignant-patient afin d'obtenir un bénéfice dans des consultations futures. Mais quels sont pour les patients les critères de satisfaction dans ce type de relation qui s'instaure dans le cadre d'une consultation ? À travers la méthode qualitative des focus groups, Dedienne (2001) dans sa thèse essaye d'investiguer les attentes et les perceptions de cette relation chez les français en les comparant aux résultats obtenus par des questionnaires anglo-saxons en Angleterre. Les thèmes ressortis des entretiens qualitatifs, mettent en lumière qu'il y a des différences par rapport aux critères des questionnaires. Parmi les attentes en commun il y a les compétences, l'expérience, l'écoute, la disponibilité, une relation de partenariat et non plus paternaliste. Les thèmes qui ne sont pas ressortis des focus-groupes sont le matériel médical adapté, une mise à jour des connaissances du médecin et le coût des soins. En dernier, il y a des thèmes qui caractérisent cette investigation qualitative, c'est-à-dire le libre choix d'un omnipraticien qui est le médecin de la famille. « Celui-ci, garant d'un bon dossier médical, doit savoir dire la vérité, ne pas juger, ne pas être mercantile. Ces patients lui accordent par contre le droit à l'erreur s'il a la franchise de la reconnaître » (p. 84).

Si on prend en considération les émotions, l'empathie est importante dans la relation intersubjective de la consultation médicale. Vannotti (2002) dans son article définit la consultation médicale comme une relation caractérisées par l'intersubjectivité. Cette dernière est le résultat de la co-construction qui découle d'une rencontre entre plusieurs individus. Plus en particulier « dans la relation entre deux sujets, une série d'ajustements se met en œuvre pour qu'ils puissent communiquer et se répondre l'un à l'autre » (p. 214). Pour cet auteur, la consultation devient ainsi une situation interactionnelle complexe dans laquelle les participants doivent collaborer. Une des façons pour le faire et pour permettre une vraie communication, c'est à travers l'empathie. Il en découle que la relation entre le médecin et le patient doit recouvrir deux fonctions différentes. D'une part, elle se dit inégalitaire par le rôle d'expert du médecin et par sa capacité de prendre des décisions de manière objective. D'autre part, il s'agit d'une relation de coopération entre deux personnes qui collaborent « dans laquelle peuvent coexister des savoirs hétérogènes, des réalités multiples, et dans laquelle la gestion des émotions et la pratique de l'empathie occupent une place centrale » (p. 235).

On peut définir l'échange entre un médecin et son patient comme un entretien clinique. En adoptant un point de vue psychosociale et en faisant recours au dialogisme de Bakhtine (1978), Grossen (2014) met l'accent sur le fait qu'on ne peut pas se limiter à définir la consultation comme une interaction

entre deux personnes. En s'appuyant sur la notion de voix développée par Bakhtine (1978), elle dit que le langage est un discours vivant, c'est-à-dire qu'il est « situé dans un certain contexte historique et social, et constituant un moment dans la chaîne ininterrompue des discours qui circulent » (p.98). Cela parce que les mots choisis par les interlocuteurs ont été utilisés par d'autres personnes avant eux et avant cette situation donnée. Toutes ces voix « absentes » participant au discours d'une personne, sont en tension les unes avec les autres. L'entretien médical devient ainsi une activité collective et non seulement un échange dyadique. A ce propos, Salazar Orvig (1999) définit cette situation comme un ensemble d'autres situations en interaction les unes avec les autres. Sous cette optique, les échanges entre un médecin et son patient deviennent un espace discursif hétérogène. L'autrice avec cette conception met en évidence l'importance de ne pas considérer seulement les échanges dyadiques mais de considérer aussi le contexte socio-historico-culturel dans lequel se déroule une consultation médicale afin d'en comprendre tous les enjeux.

### **2.3 Représentations et croyances développées par la population sur les antibiotiques et les médicaments**

Jusqu'à maintenant nous avons pris en considération le point de vue du médecin pour ce qui concerne les pratiques des prescriptions. Cependant, c'est aussi important de comprendre les croyances et les représentations des antibiotiques développées par les personnes malades. Selon Rosman (2010), les études qui prennent en considération les points de vue de la population, se penchent surtout sur la représentation sociale que les personnes ont des médicaments. Cependant, il y a aussi des recherches qui essaient de comprendre les attitudes qu'ont les personnes face à un médicament et la place qu'il recouvre dans la vie de tous les jours (Fainzang, 2003).

Tout d'abord, pour ce qui concerne la consommation des médicaments générale auto-reportée par la population Suisse, Roth et Moreau-Gruet (2011) ont analysé cet aspect sur la base de l'« Enquête suisse sur la santé ». Grâce à des interviews téléphoniques les auteurs ont comparé le niveau de consommation d'un quelconque médicament entre 2002 et 2007. Ce qu'ils ont trouvé c'est que la population Suisse a augmenté pendant cette période le niveau de consommation de médicaments. Cette dernière est associée à des facteurs sociodémographiques : elle augmente avec l'âge, elle est plus forte chez les femmes que chez les hommes et varie en fonction de la région linguistique (la consommation est plus haute dans la Suisse Romande, suivie du Tessin et de la Suisse Alémanique). Elle diffère aussi en fonction de différents facteurs de santé comme le « fait d'avoir des troubles physiques, une mauvaise santé subjective des problèmes de longue durée et pour les facteurs de recours aux soins au nombre de consultations chez le médecin et au type de visite chez le médecin »

(p. 38). Dans cette augmentation, selon Busfield (2010) la population joue un rôle actif grâce à une plus forte tendance à avancer des demandes au médecin et à s'informer sur sa maladie par le biais de différentes sources comme internet.

Dans le but de « détecter les connaissances, les attitudes et le comportement face aux antibiotiques » (p. 4, OFSP, 2016), l'OFSP en 2016 a mené une enquête téléphonique à la population suisse. Un des résultats de cette étude est qu'on trouve que la consommation d'antibiotiques est particulièrement élevée en Suisse Romande et au Tessin, surtout pour ce qui concerne les infections urinaires et les maladies respiratoires. De plus, l'ordonnance pour ce type de médicament est donnée seulement pour la moitié des cas par un médecin, les autres fois c'est auprès des pharmacies que l'ordonnance est faite. Pendant leur exploration des connaissances sur les antibiotiques, les auteurs ont trouvé que la grande partie de la population (autour de 75%) a une bonne connaissance à ce sujet. Plus en particulier, il semblerait que les suisses sont conscients de manière générale que lorsqu'on prend un antibiotique pour quelque chose d'inutile, on augmente la résistance à ce médicament. Cette enquête montre aussi que les personnes sont conscientes du fait qu'il faut suivre les recommandations du médecin pour ce qui concerne la durée et la manière de prendre l'antibiotique. Selon la moitié des personnes interrogées, les journaux et les magazines divulguent des informations concernant l'antibiorésistance, tout comme les médias. Cela aide le 25% des personnes à prendre conscience de la problématique et à accepter en conséquence une non-consommation de ce médicament. Même si la moitié des personnes dit ne pas avoir besoin d'informations supplémentaires sur les antibiotiques, les autres aimeraient que ce type de connaissance soit transmis par le corps médical. Dans tous les cas, ils pensent que pour lutter contre cette problématique, il faut agir à tous les niveaux, non seulement au niveau de la consultation médicale.

Une manière pour mieux comprendre les représentations et les croyances des patients sur la prise de médicaments et en particulier d'antibiotiques, est de prendre en considération leur compliance au traitement. Tarquinio, Fischer et Barrache (2002) définissent la compliance comme « le comportement d'un patient suivant le traitement qui lui a été prescrit en tenant compte des recommandations médicales » (p. 229). L'OMS (2003) met en lumière le fait qu'un grand nombre de patients a de la peine à adhérer aux traitements proposés par les médecins. Dans le cas des maladies chroniques cela correspond à 50% des personnes consultantes. Ce phénomène engendre des coûts de santé publique importants, pour cette raison l'OMS souligne l'importance de trouver des solutions. Les facteurs qui influencent l'observance sont « sociaux et économiques, de l'équipe de santé / du système de soins, des caractéristiques de la maladie, des thérapies contre la maladie et des facteurs

liés au patient » (p. XIV). Ces facteurs doivent être pris en considération dans l'évaluation de l'adhérence au traitement afin de créer des interventions efficaces pour améliorer cette prise en charge.

Tarquinio, Fischer et Barrache (2002) essayent dans leur article de présenter les croyances et les représentations des malades pour expliquer le concept de compliance. Selon eux, ce comportement peut être décrit par deux processus distincts : le premier en lien avec la confiance accordée à l'autorité médicale qui détient le savoir, le deuxième est lié aux raisonnements cognitifs des patients. En effet, selon les auteurs, les personnes qui s'impliquent davantage dans la consultation médicale pour se renseigner sur leur propre maladie et sur les traitements, sont celles qui ont une compliance plus grande. Les auteurs expliquent comment les croyances et les représentations de la population concernant les aspects de la santé peuvent différer d'une personne à l'autre. Pour rendre compte de cette grande variabilité, plusieurs modèles ont été construits. Par exemple Rosenstock en 1974 (cité dans Tarquinio, Fischer et Barrache, 2002), théorise le « Health Belief Model ». Selon ce modèle les patients font une évaluation des prescriptions et du traitement médical en le comparant à la représentation qu'il se sont construite de leur propre maladie. De manière générale, selon Tarquinio, Fischer et Barrache (2002) :

« quels que soient les modèles utilisés pour l'étude de la compliance, tous ont le mérite d'insister sur le fait que l'émergence versus non-émergence des comportements de compliance est à relier au système de croyance et de représentation dont les malades sont le porteur et qui opère un véritable travail de naturalisation des perceptions de santé. [...] Ce sont la construction et l'élaboration de ces croyances et de ces représentations qui se trouvent être socialement déterminées. Celles-ci s'élaborent à partir des propres codes d'interprétation des malades, qui sont culturellement marqués, ce qui, en ce sens, constitue un phénomène social en soi qui va influencer sur le vécu que les patients auront de la maladie » (p. 236)

Le fait de prendre en considération la globalité du vécu de la maladie pour comprendre les croyances et les représentations des patients est applicable à n'importe quel type de problème de santé, mais surtout aux maladies chroniques impactant la qualité de la vie.

Un autre aspect qui caractérise la compliance, c'est la relation médecin-patient. En effet, selon les auteurs, il y a deux aspects qui doivent être pris en considération dans ce rapport pour améliorer l'adhérence des patients. Le premier est le fait de s'assurer que le consultant ait bien compris les informations concernant sa maladie et les traitements qui en découlent. Lorsque le médecin arrive à investiguer la compréhension et la compliance des patients, cette dernière s'avère être meilleure. Le deuxième aspect est la dimension affective. Le fait d'avoir une attitude positive et d'avoir un regard

bienveillant envers le patient qui consulte, permet au médecin de montrer sa propre implication et de lui communiquer l'intérêt qu'il accord à la santé du patient. Ce type d'attitude permet d'augmenter la compliance des personnes.

Les auteurs concluent en soulignant l'importance d'aborder l'argument de la compliance au sein des consultations médicales afin d'en augmenter les bénéfices.

Pound et al., (2005) ont mené une revue de la littérature sur les études qualitatives à propos des expériences de prise de médicament par la population. Ils sont partis du constat que les personnes ne se comportent pas toujours de la même façon face à une prescription. Si certaines ne respectent pas la dose prescrite par leur médecin, d'autres patients la rejettent et d'autres encore l'acceptent sans poser de questions. Les auteurs ont trouvé que, d'une façon générale, les patients ont confiance dans le pouvoir du médicament de contrôler ou de soulager leurs symptômes. Plus en détail, l'expérience d'une personne par rapport aux médicaments varie en fonction du traitement spécifique et de la maladie pour laquelle le médicament est pris. Pound et al. (2005) soulignent aussi que les personnes montrent une grande prudence dans la prise de médicaments et qu'elles préfèrent en prendre le moins possible à cause des effets secondaires. En outre, elles peuvent être méfiantes quant aux informations reçues par les professionnels de la santé, raison pour laquelle elles sont amenées à mener elles-mêmes des recherches à travers des réseaux informels. À cause de cette incertitude, les patients mènent des évaluations afin de tester les médicaments quant à leur efficacité, les possibles effets secondaires et la dose souhaitée. Ces auteurs concluent que les médecins devraient encourager l'autorégulation du régime des traitements par les patients et cela grâce à une concordance qui permet, comme le disent Donovan et Blake (1992, cité dans Pound et al., 2005), de créer une coopération entre patient et médecin afin d'impliquer le patient dans la prise de décision sur le traitement. À propos de la résistance des patients à la prise de médicaments, Pound et al. (2005), parlent aussi de la croyance culturelle selon laquelle prendre un médicament serait bénéfique pour la santé et que serait aussi la seule solution possible en cas de maladie. Ils expliquent que cette croyance n'est pas aussi partagée au sein de la population qu'on pourrait le croire. En effet dans les pays développés environ la moitié de la population fait recours à la médecine complémentaire et alternative.

Fainzang (2006) a étudié la transmission et la circulation des savoirs sur les médicaments spécifiquement dans la relation médecin-malade. Elle souligne comme c'est important de connaître les savoirs qui circulent dans la société parce qu'ils fondent les pratiques sociales des personnes. Si la transmission du savoir se fait de façon unilatérale, du médecin au patient, sa circulation se caractérise par un échange et un mouvement circulaire entre les différents acteurs. Les connaissances

sur le médicament découlent ainsi d'une élaboration plurielle conçue par plusieurs personnes. Selon Fainzang (2006), les conduites des personnes par rapport au médicament se fondent sur les valeurs qui sont présentes dans le groupe culturel d'appartenance. Elle dit que ces savoirs qui circulent dans la société peuvent arriver du corps médical mais aussi des médias et de l'industrie pharmaceutique. La population n'a pas les outils pour évaluer et trier les informations reçues à travers ces sources et l'appropriation de ces conceptions, des fois erronées ou mal interprétées, aura une influence sur le comportement des personnes. Pour expliquer cet aspect, Fainzang (2006) fait l'exemple d'une campagne de sensibilisation destinée au grand public à propos de l'antibiorésistance. Le message était de ne pas surconsommer d'antibiotiques et de ne pas en demander à tout prix à son médecin. Cette tentative d'éducation de la population a eu comme effet contraire la création d'un faux savoir, c'est-à-dire que les patients sensibilisés à la nécessité de faire attention avec ce médicament ont arrêté de prendre le dosage prescrit dès que les symptômes ont disparu. Par rapport aux savoirs diagnostics et au recours aux médicaments, l'autrice dit que l'adhérence d'une personne à son traitement découle du niveau d'adéquation de la prescription du médecin avec la raison de la consultation. Ainsi, les patients refuseront de suivre un traitement s'il n'est pas cohérent avec leur interprétation des causes de leur mal-être. La chercheuse aborde aussi le thème des consignes antagonistes en montrant que les attitudes des personnes face à un médicament découlent des messages diffusés par la société sur comment on peut définir un bon patient. À ce propos, ils doivent se confronter avec deux logiques opposées : d'une part il y a l'observance et la compliance, d'autre part la participation du malade et son autonomisation. Cela crée un conflit intérieur chez les patients quant à l'attitude qu'ils doivent adopter.

Broniatowski et al. (2018), dans leur étude observationnelle, ont analysé les perceptions des antibiotiques pour les maladies respiratoires hautes dans un environnement de soins aigus. Ce qu'ils ont trouvé c'est que les préférences et les attentes des patients à propos de l'antibiotique peuvent être expliquées par le biais de la « Fuzzy Face Theory » (FTT) développée par Reyna V.F. (2008, cité dans Broniatowski et al., 2018). Selon cette théorie une personne choisit entre deux options : ne pas prendre un antibiotique et être sûr de continuer à être malade ou prendre un antibiotique avec la possible conséquence de continuer à être malade mais aussi de guérir. La décision de prendre ce médicament est donc motivée par l'éventualité de pouvoir améliorer son état de santé même si cela n'est pas une certitude. Ce type de comportement est guidé par un bénéfice individuel qui ne considère pas les possibles effets d'antibiorésistance au niveau sociétal. Les auteurs concluent aussi que ce raisonnement est plus fort chez les personnes pour lesquelles il n'y a pas de différence entre virus et

bactérie et qui donc, naïvement, pensent que l'antibiotique serait efficace dans la plus grande partie des cas.

Norris et al. (2013) ont essayé grâce à des focus-groupes et des journaux de bord de comprendre la vision des patients concernant les antibiotiques. À partir de l'analyse des données récoltées, les auteurs trouvent que de manière générale les personnes ont peur des conséquences possibles de la prise d'antibiotiques, telle qu'une perturbation dans l'équilibre du corps. Pour éviter de prendre ce médicament, il y a plusieurs stratégies qui sont mises en place par les participants. Par exemples, certains pensent que plutôt que prendre des médicaments pour combattre l'infection, c'est mieux de renforcer le corps dans le but de résister à la maladie. Pour ce faire, les personnes font recours par exemple à des soupes, la vapeur respiratoire ou encore la vitamine C. Pour ce qui concerne les connaissances sur la thématique de l'antibiorésistance, les personnes interviewées n'arrivent pas à expliquer de quoi il s'agit, mais elles sont conscientes qu'utiliser ce médicament de manière exagérée induit à une diminution de leur efficacité par la suite. Cependant elles conçoivent la résistance plutôt comme quelque chose en lien avec la personne et non pas avec la bactérie. De ce fait, l'idée qui en découle est que seulement qui prend ce médicament se met en danger, non pas toute la population. Selon les auteurs, arriver à comprendre les préoccupations des patients concernant la prise d'antibiotiques, aiderait à comprendre les pistes qu'on peut utiliser pour les éduquer et pour proposer des campagnes de prévention. Plus en particulier, ils pensent que des « campagnes qui mettent l'accent et s'appuient sur les moyens traditionnels d'éviter les infections, de renforcer la résistance et de traiter les infections mineures peuvent être plus efficaces que celles qui tentent directement de limiter l'utilisation d'antibiotiques. » (p.473-474).

### 3 Problématique

---

Nous observons donc que d'un côté les antibiotiques rendent service aux êtres humains malades mais d'un autre, ils ont aussi des conséquences négatives. Si d'un côté leur utilisation a permis de révolutionner l'histoire de la médecine et la façon de se prendre soin des malades, de l'autre, les experts sont de plus en plus inquiets par rapport à la problématique de l'antibiorésistance qui en découle. Ce problème de santé a un taux de mortalité élevé et des coûts économiques considérables, ce qui sur le long terme met en danger la qualité des soins et la confiance dans l'utilisation de l'antibiotique.

C'est pour ça qu'en Suisse comme aussi dans le reste du monde il y a des organismes dont le but est celui de monitorer les niveaux de prescription et étudier des stratégies pour combattre l'antibiorésistance. Même si cette macroanalyse qui prend en considération les aspects généraux de cette problématique est nécessaire, c'est après aussi au niveau micro qu'on peut intervenir et agir. En effet, on sait qu'au centre de cette problématique, il y a entre autres la prescription au sein de la consultation médicale en cabinet de premier recours. Pour cette raison c'est important de considérer les enjeux qui la caractérisent et qui l'influencent.

A partir de la revue de la littérature, nous avons pu observer que de manière générale les médecins n'opèrent pas toujours de façon rationnelle et objective dans leurs décisions de prise en charge. Outre qu'aux facteurs proprement médicaux, il y a aussi d'autres motivations qui entrent en jeu. C'est donc important de prendre en considération tous les enjeux qu'on a vu peuvent avoir une influence sur les pratiques des professionnels. Tout en premier ce qui est émergé c'est l'importance de la prise en considération de la relation qu'ils construisent et qui entretiennent avec leurs patients. En effet, c'est dans la co-construction de la signification entre médecin et patient que les décisions de prescription sont faites. En deuxième lieu, semble important de considérer le contexte organisationnel dans lequel se déroule la consultation médicale. Connaître les mécanismes en jeu dans ce processus permettrait de limiter cette sur-prescription. Une des manières pour améliorer la qualité de la prise en charge, est de bénéficier d'outils diagnostiques fiables qui aident le médecin dans sa prise de décision. Pour cette raison, est fondamentale la prise en considération des avis des professionnels à propos de ces outils, afin d'en dégager les réels apports positifs et négatifs. En effet, dans la revue de la littérature nous avons pu mettre en lumière l'efficacité et les apports de ces outils ainsi que l'importance de la prise en considération de l'acceptation du médecin avant leur implémentation.

## Problématique

C'est à ce niveau que la méthode qualitative peut apporter des compléments utiles à la méthode quantitative. L'intégration et l'articulation dans une étude d'une méthodologie quantitative et d'une méthodologie qualitative, permet comme le disent Ponterotto et Grieger (1998) d'avoir deux points de vue différents, deux langages complémentaires pour décrire un phénomène donné. C'est donc possible de combiner un modèle quantitatif visant à l'objectivité et un qualitatif mettant l'accent sur la subjectivité. En le faisant, cela nous permettrait dans la partie qualitative d'explorer le vécu et les représentations des médecins de premier recours. En effet, ce type d'études permettent d'investiguer et de déceler les enjeux présents dans le système de santé, surtout pour ce qui concerne le fonctionnement des médecins et des patients (Kuper et al., 2008). C'est grâce à ses apports uniques, que l'utilisation des méthodes qualitatives dans les revues médicales est augmentée considérablement dans les dernières décennies (Britten, 2005).

En partant de ces principes nous avons décidé de nous baser sur le modèle de la Grounded Theory, afin de n'avoir pas des aprioris théoriques sur les motivations de prescription et d'acceptation d'un nouvel outil diagnostique. Pour ce faire, nous interviewerons par le biais des entretiens semi-structurés des médecins généralistes faisant partie de l'étude UltraPro. Nous pensons que par le biais de cette méthode qualitative, nous allons arriver à dégager leurs représentations et leurs pratiques concernant l'algorithme qui permettrait la diminution de la prescription erronée des antibiotiques pour les infections respiratoires. La prise en considération de leur point de vue permettra ainsi de comprendre par quels biais l'implémentation de ce nouvel algorithme pourra être possible. L'équipe de l'étude UltraPro, grâce à la combinaison de la partie quantitative et qualitative de cette recherche, pourra ainsi proposer l'implémentation d'un outil capable de diminuer significativement la prescription d'antibiotiques et que soit au même temps intéressant pour les professionnels censés l'intégrer dans leur pratique.

Afin de dégager les enjeux ou les difficultés en lien à la prescription médicale, nos questions de recherche sont :

- 1) Quels sont les enjeux liés à la prescription des médecins généralistes concernant l'antibiothérapie pour les infections respiratoires basses ?

Plus en particulier, nous nous demandons quels sont les facteurs qui ont un impact sur la sur-prescription ou sur la sous-prescription d'antibiotiques. Nous supposons que tout le dispositif de la consultation joue un impact dans la prise de décision du médecin. Plus en particulier, outre qu'aux motivations proprement médicales liées à la compétence du médecin, aussi la

## Problématique

relation entre un professionnel et son patient et les outils présents au cabinet sont des enjeux qu'il faut tenir en compte.

- 2) Quels sont les systèmes de valeurs qui orientent l'utilisation de l'algorithme UltraPro dans le comportement de prescription des médecins ?

En d'autres mots, notre but est celui d'analyser leurs interprétations, leurs vécus et de mettre en évidence leurs systèmes de valeurs et les repères qui déterminent et orientent leur utilisation d'un nouvel outil diagnostique. Plus en particulier on se questionne sur quels sont les facteurs pouvant influencer l'acceptation de l'algorithme UltraPro et de ses composantes en *point-of-care*. Quelles sont les barrières ? Quelles sont les ressources ? Quelles sont les propositions pour l'implémentation ? Nous faisons la supposition qu'il y a plusieurs facteurs qui peuvent influencer la décision de prescription des antibiotiques de la part du médecin et que la possible implémentation d'un nouvel outil sera possible que lorsque ce dernier pourra s'insérer dans la pratique quotidienne du médecin, en l'aidant dans la prise de décision

## 4 Méthodologie

### 4.1 Étapes et construction de la recherche

Tableau 1 Étapes de la recherche

Étape	Période / Date	Quoi	Observations
0	18.10.2018	Présentations Mémoires	
1	01.11.2018	Lettre de motivation	
2	08.11.2018	1 <sup>ère</sup> rencontre avec Mme Fasseur et prise de contact avec médecins étude UltraPro	
3	28.11.2018	Première rencontre avec médecins étude UltraPro	
4	12.2018 – 08.2019	1 <sup>ère</sup> partie de rédaction	Construction canevas / feuil de consentement / introduction / Problématique
	06.12.018	Rencontre avec Mme Fasseur	Étapes construction 1 <sup>ère</sup> version canevas et suggestion pour introduction / problématique
	24.01.2019	Rencontre équipe UltraPro	2 <sup>ème</sup> version canevas + introduction
	08.03.2019	Recontre Mme Fasseur	Présentation Introduction + canevas
	12.04.2019	Rencontre Mme Fasseur	3 <sup>ème</sup> version Canevas
	17.04.2019	Rencontre équipe UltraPro	Présentation Introduction + 3 <sup>ème</sup> version canevas
	21.08.2019	Rencontre équipe UltraPo	4 <sup>ème</sup> version canevas
5	12.07.2019	Envoie mail pour fixer rendez-vous avec participants de l'étude	
6	07.2019 - 02.2020	Prise de contact ultérieur + Entretiens + visite cabinet	12 entretiens au total 39 mail envoyé 79 appel téléphonique
	02.09.2019	Entretien avec MED5 – Procalcitonine	Nina Canova
	04.09.2019	Entretien avec MED1 – Usual-Care	Daniel Geis
	04.09.2019	Rencontre avec Mme Fasseur	Feed-back du première entretien
	05.09.2019	Visite Cabinet médical avec Loïc Lhopitalier	Nina Canova
	06.09.2019	Visite Cabinet médical avec Loïc Lhopitalier	Daniel Geis
	10.09.2019	Entretien avec MED12 _ UltraPro	Nina Canova
	12.09.2019	Visite Cabinet médical avec Loïc Lhopitalier	Nina Canova
	17.09.2019	Entretien avec MED7 – Procalcitonine	Nina Canova
	23.09.2019	Rencontre avec équipe UltraPro	Discussion premiers entretiens Daniel et Nina et commentaires sur les transcriptions
	26.09.2019	Entretien avec MED6 – Procalcitonine	Nina Canova
	03.10.2019	Entretien avec MED11 – UltraPro	Nina Canova
04.10.2019	Entretien avec MED3 – Usual-Care	Daniel Geis	

## Méthodologie

	10.10.2019	Entretien avec MED2 – Usual-Care	Nina Canova
	18.10.2019	Entretien avec MED9 – UltraPro	Daniel Geis
	01.11.2019	Entretien avec MED10 – UltraPro	Daniel Geis – Entretien annulé cause surcharge au cabinet
	04.12.2019	Entretien avec MED8 – Procalcitonine	Daniel Geis
	06.12.2019	Entretien avec MED10 – UltraPro	Daniel Geis
	06.02.2020	Entretien avec MED4 – Usual-Care	Daniel Geis
<b>7</b>	09.2019 – 02.2020	Transcriptions entretiens	
<b>8</b>	02.2020 – 03.2020	Analyse résultats	
<b>9</b>	10.03.2020	Rencontre avec équipe UltraPro	Discussion de l'analyse = rencontre annulée à cause du Covid-19
<b>10</b>	04.2020 – 09.2020	Accord inter-juge + rédaction introduction définitive	
<b>11</b>	14.09.2020	Rencontre avec Mme Fasseur	Préparation pour rencontre avec équipe UltraPro
<b>12</b>	15.09.2020	Rencontre avec équipe UltraPro	Présentation Analyse des résultats et tableau sociodémographique
<b>13</b>	09.2020 – 10.2020	Revue de la littérature + Problématique	
<b>14</b>	11.2020	Résultat + analyse + Discussion	
<b>15</b>	12.2020	Conclusions + envoi 1 <sup>ère</sup> version	

Notre mémoire s'est construit dans une période de 2 années. Entre octobre 2018 et Hiver 2020-2021. Tout a commencé par une proposition de sujet de Mémoire faite par Mme Fasseur ce qui a tout de suite suscité notre intérêt de futurs psychologues de la santé. Suite à la première rencontre avec l'équipe UltraPro nous avons jeté les bases pour construire et mener notre étude qualitative. Comme nous pouvons voir dans le tableau, le premier défi auquel on a dû faire face et qui nous a fait ralentir le travail a été la constitution de nos trois canevas de recherche. En effet, pour arriver aux versions finales, ça a fallu quatre versions, plusieurs rencontres avec l'équipe et Mme Fasseur et 7 mois de travail. Dans cette période nous avons aussi commencé à rédiger notre travail en partant de l'introduction de la revue de la littérature et de la problématique. Ensuite la partie plus longue a été celle de la prise de contact avec les médecins et le déroulement des entretiens. En effet, afin de mener 12 entretiens nous avons envoyé 39 mails et effectués 79 appels téléphoniques. Tout ce processus nous a pris 8 mois, de août 2019 à février 2020. Pendant cette période, nous avons aussi retranscrit nos entretiens. Ensuite, a été le tour de l'analyse des résultats obtenus qui a duré un mois (février-mars 2020). Après avoir fixé un rendez-vous pour présenter ces premiers résultats, nous nous sommes vus obligés de l'annuler en raison de l'épidémie de Covid-19. A partir de ce moment, notre travail a été mis en pause jusqu'à l'été 2020, quand on a pu finalement présenter les résultats et continuer notre

## Méthodologie

travail. Vu le confinement et les difficultés de travail à deux à distance, nous avons profité de cette période pour mener une étape importante de l'étude : l'accord inter-juge. Les dernières étapes, de septembre 2020 à février 2021, ont consisté dans la rédaction finale et la présentation de notre recherche qualitative.

### 4.2 Modèle théorique méthodologique : Grounded Theory

Pour mener cette étude, nous avons décidé d'utiliser la méthode de la *Grounded Theory* (GTM). Grâce à cette méthode, qui propose un ancrage théorique dans la perspective constructiviste, nous analyserons aussi nos données qualitatives (Fasseur, 2018). Elle s'inscrit dans la perspective post-moderne, dont l'objectif est celui de « comprendre les mécanismes qui gouvernent les actions, les motivations qui amènent à développer des comportements » (Fasseur, 2018, p. 578).

La GTM possède trois caractéristiques spécifiques. La première correspond à la « position prioritaire des données sur les cadres théoriques » : cela implique le fait qu'on ne doit pas avoir des théories à la base de la recherche et que par conséquent se seront nos données à faire émerger le cadre théorique. La deuxième caractéristique c'est l'« écriture systématique des réflexions du chercheurs » (*mémos*), c'est-à-dire le fait de lier ce que le chercheur connaît déjà sur les sujets et ce qu'il découvre à fur et à mesure de la recherche. Les mémos que le chercheur rédige pendant le processus de recherche, lui permettent d'avancer dans la construction du cadre théorique émergent et dans les hypothèses que lui sont associées. Ce processus permet d'affiner de plus en plus l'analyse de l'étude. En dernière on trouve le processus itératif limité par la « saturation théoriques » des données. Cette caractéristique c'est en lien avec le fait de répéter la récolte de données jusqu'au moment où les résultats deviennent répétitifs, ce qu'on appelle la « saturation des données ». Pour cette raisons le nombre nécessaire de participants pour obtenir une quantité suffisante de données pour l'analyse, ne peut pas être estimé au préalable, mais il dépend des résultats qu'on trouve pendant le processus de recherche. C'est donc ici que les mémos deviennent importants.

Par cette méthode particulière, les chercheurs arrivent à récolter des données qui « sont détaillées, complètes et centrées sur le phénomène. Elles montrent les représentations, les sentiments, les intentions et les motivations des personnes. Elles permettent aussi de situer le contexte, les actions et les structures dans lesquelles vivent les participants. » (Fasseur, 2018, p. 582-583).

### 4.3 Entretien semi-structuré

Pour investiguer les représentations des médecins concernant l'utilisation d'UltraPro, on a décidé d'utiliser la méthode des entretiens semi-structurés individuels. Maccoby et Maccoby (1954) décrivent l'entretien comme « un échange verbale face-à-face, dans lequel une personne, l'intervieweur, tente à obtenir une information ou l'expression d'une opinion ou croyance par une autre personne ou personnes. » (p. 449).

Selon Brinkmann (2013), les entretiens semi-structurés sont le type d'entretien de recherche le plus répandu dans les sciences humaines et sociales. Grâce à ce type d'entretien, on donne une plus grande liberté à l'interviewée de s'exprimer et en conséquence d'être un participant actif dans la production de connaissance. « Il s'agit d'un entretien ayant pour objectif d'obtenir des descriptions du monde de la vie de l'interviewé afin d'interpréter le sens des phénomènes décrits » (Kvale et Brinkmann, 2009). Dans cette étude on va utiliser des entretiens individuels. Comme le souligne Brinkmann (2013), ce dernière présente deux grandes avantages par rapport à ceux de groupes. Plus précisément pour l'intervieweur c'est plus simple de diriger la conversation vers ce que c'est utile pour les objectifs de la recherche. En outre, ce type d'entretien, permet de créer un espace de confiance et de discrétion. Grâce à ce type d'entretien face-à-face, les intervieweurs ont à leur disposition une grande quantité de données : ce que les personnes disent, leurs gestualités, leurs langages corporels et leurs expressions faciales. L'utilisation de l'entretien comme instrument de recherche suppose que les données récoltées reflètent la réalité de l'intervieweur, ce qui va de pair avec le modèle de la *Grounded Theory*.

### 4.4 Population

La population qu'on interviewera avec cette étude correspond à des médecins généralistes de langue française. Ils ont été choisis de manière aléatoire par les médecins chercheurs, à partir de l'échantillon de la première phase de recherche UltraPro. Plus précisément on sélectionne le même nombre de médecin parmi les trois conditions de recherche : le groupe contrôle, le groupe qui utilise que la Procalcitonine et le groupe qui utilise l'algorithme combinant la Procalcitonine et l'Ultrason(UltraPro). Un premier contact sera fait par mail pour connaître leur disponibilité et pour établir un rendez-vous pour mener l'entretien. En cas de besoin, des contacts téléphoniques seront faits.

Pour chaque groupe d'interviewés, un canevas a été élaboré pour comprendre quelles sont les représentations des médecins généraliste faisant partie de cette étude concernant l'utilisation d'UltraPro. Plus en particulier nous allons investiguer quelles sont les possibles barrières, ressources

## Méthodologie

et propositions qui peuvent aider l'implémentation d'UltraPro en *point-of-care* ou, au contraire, l'empêcher.

Sur le tableau 2 nous avons résumé toutes les données sociodémographiques des médecins interviewés.

**Tableau 2** Données sociodémographiques des médecins interviewés

	Bras	Sexe	Zone du travail	Date Entretien	Intervieweur
MED1	Usual-Care	Homme	Rurale	04.09.19	Daniel
MED2	Usual-Care	Femme	Rurale	10.10.19	Nina
MED3	Usual-Care	Homme	Ville	04.10.19	Daniel
MED4	Usual-Care	Femme	Ville	06.02.20	Daniel
MED5	Procalcitonine	Femme	Rurale	02.09.19	Nina
MED6	Procalcitonine	Homme	Rurale	26.09.19	Nina
MED7	Procalcitonine	Femme	Ville	17.09.19	Nina
MED8	Procalcitonine	Homme	Ville	04.12.19	Daniel
MED9	UltraPro	Homme	Ville	18.10.19	Daniel
MED10	UltraPro	Femme	Rurale	06.12.19	Daniel
MED11	UltraPro	Femme	Ville	03.10.19	Nina
MED12	UltraPro	Homme	Rurale	10.09.19	Nina

## 4.5 Éthique

La participation à cette étude est libre et volontaire. La décision de participer ou non au projet revient aux interviewés. Le fait de ne pas participer ne désavantagera personne. En tant que participant les interviewés ont le droit de se retirer du projet à tout moment, sans aucune conséquence.

Il n'y aura pas de bénéfice direct ou de risque en participant à cette étude, mais l'interviewé participe au développement de connaissances qui serviront en général à améliorer la prescription des antibiotiques dans le milieu médical.

Aucune rémunération ne sera proposée en échange de la participation à cette recherche.

Toutes les données récoltées et traitées dans le cadre de cette étude sont confidentielles, seront anonymisées et conservées de manière sécurisée, conformément à la Loi fédérale sur la protection des données (RS 235.1) et la Loi relative à la recherche sur l'être humain (RO 2013 3215).

Une déclaration de consentement sera consignée aux participants de l'étude avant le début de l'entretien. En signant la déclaration de consentement, l'interviewé accepte de participer à l'étude de manière volontaire.

### 4.6 Analyse des données : Grounded Theory

Pour analyser les données récoltées pour cette étude, on utilise l'analyse de type GTM (Fasseur, 2018). Ce type d'analyse comporte trois étapes de codage successives : Le codage ouvert (*Open coding*), axial (*Axial coding*) et sélectif (*Selective coding*).

Le codage ouvert se caractérise par une prise de distance par rapport aux données. Dans ce premier niveau d'analyse, le but du chercheur c'est de se répondre aux questions suivantes : « que se passe-t-il dans cet extrait ? Que font les personnes ? Que disent-elles ? Quelles sont les données implicites ? De quelle manière le contexte influence-t-il les actions ? » (p. 583). Pour le faire, on utilise un système de codage pour catégoriser les extraits provenant des entretiens. Afin de garantir la fidélité inter-juge et les critères de qualité de l'analyse, c'est important de réaliser un livre des codes (Gibbs, 2007). Ces critères sont : l'**enracinement** « qui montre que l'analyse correspond aux données » (Fasseur, 2018, p. 584) ; l'**exhaustivité** « soit la prise en compte des toutes les données » (p. 584) ; la **complétude** « soit la capacité de rapporter le plus complètement possible le jeu complexe de la pensée » (p. 584) ; la **justesse**, c'est-à-dire que « l'analyse est ajustée par des retours en arrière sur les données » (p. 584) ; la **communicabilité**, « soit la capacité de transmettre des information compréhensibles et utilisables par le lecteur » (Fasseur, 2018, p. 584).

Après la deuxième phase, qui c'est le codage axial et qui permet de trouver des liens entre les phénomènes décrits, on trouve le codage sélectif. Ce dernier va permettre la création de catégories, c'est-à-dire « un groupe de codes liés par la ou les significations qu'ils possèdent en commun » (p. 585).

#### 4.6.1 Processus de théorisation.

Le processus de théorisation comprend trois étapes : l'intégration des catégories, la modélisation et la théorisation (Fasseur, 2018).

La première étape, l'intégration des catégories, s'appuie sur le corpus et les questions de recherche pour dégager le thème unificateur entre les catégories, c'est-à-dire la « core category ». Dans l'étape successive, celle de la modélisation, le chercheur explore « les fonctions spécifiques, les conséquences et les répercussions dans l'environnement de la « core category » » (p. 588). Pour finir, on trouve la théorisation. Le but de cette étape est de « trouver un sens dans les données et nommer les phénomènes » (p. 588). Pour le faire, le chercheur doit ordonner les catégories dans un schéma explicatif « pour aboutir à un cadre théorique intégrateur ancré dans l'analyse des données » (p. 588).

### 4.7 Difficultés rencontrées dans les récoltes de données/positions de chercheurs

Dans ce petit chapitre, nous allons aborder les difficultés rencontrées pendant l'élaboration de notre mémoire de Master. En règle générale, le travail s'est bien passé, mais il y a eu quand-même quelques obstacles qui ont fait retarder le développement de certaines étapes.

En premier, lors de la quatrième étape de ce mémoire, selon le tableau « Étapes et construction de la recherche », nous avons dû nous rencontrer plusieurs fois avec les médecins de l'étude UltraPro avant de finaliser nos canevas pour les entretiens. En étant en contact continu avec les médecins faisant partie de la recherche, ils recevaient souvent des feed-back utiles et importants à explorer pendant les entretiens qualitatifs. Cependant, toutes ces modifications nécessaires pour améliorer les rencontres avec les participants de l'étude, nous ont fait retarder les débuts des entretiens.

Une fois rédigé la dernière version des trois canevas (un pour chaque bras de la recherche), nous avons essayé de contacter les médecins pour leur demander s'ils étaient toujours intéressés à participer à la partie qualitative de l'étude UltraPro et fixer ensemble un moment pour mener l'entretien. En raison du retard accumulé par les modifications des canevas, cette étape est arrivée que pendant l'été. Cette période de l'année combinée à la faible disponibilité des médecins (surcharge de consultations médicales), nous a fait rencontrer des difficultés pour trouver des plages horaires qui leur convenait. Pour ces raisons, afin de mener 12 entretiens semi-structuré avec les médecins faisant partie de l'étude, nous avons consacré 7 mois, écrits 39 mails et appelé les cabinets 79 fois. De plus, 2 des médecins contactés ont refusé de participer aux interviews et donc nous avons dû demander à M. Lhopitalier les contacts téléphoniques d'autres médecins. Il y a aussi une situation où après avoir accordé un moment pour mener l'entretien et avoir attendu 1 heure dans la salle d'attente du cabinet, le médecin a demandé de repousser la rencontre lors d'un autre moment en raison de la surcharge de travail.

Après les premiers 2 entretiens (un pour chaque chercheur), nous avons organisé une rencontre avec l'équipe d'UltraPro afin de donner un premier feed-back sur la mise en pratique des canevas. Nous avons apporté quelques modifications aux questions qui n'étaient pas assez claires ou qui étaient trop fermées. Cela nous a permis finalement d'avoir nos dernières versions des canevas et de mener nos entretiens avec ces dernières. Une autre difficulté que nous avons rencontré pendant les entretiens, ça été que même s'ils ont nous accordé en général une heure de leur temps, il y a quand même des interruptions (des appels téléphoniques ou des questions par les assistantes médicales). Enfin, la particularité du période pandémique qui a touché la santé mondiale et plus spécifiquement la Suisse depuis mars 2020 et la conséquente restructuration des soins pour faire face à cette situation particulière, nous a fait retarder encore une fois le calendrier qu'on s'était posé. En effet, nous aurions

## Méthodologie

dû faire une rencontre avec l'équipe d'UltraPro en mars 2020 pour discuter de nos résultats obtenus à partir de nos entretiens. Malheureusement, cela n'a pas été possible en raison du fait que le CHUV a interdit les réunions non essentielles. Nous avons pu finalement en discuter que 6 mois après, c'est-à-dire en septembre 2020. En outre, toujours en lien de l'épidémie du Covid-19, les semi-confinements et les quarantaines préventives associés, pouvoir se rencontrer pour continuer l'élaboration de ce mémoire a été encore plus compliqué.

## 5 Résultats

À partir des entretiens semi-structurés menés auprès de 12 médecins faisant partie de la recherche UltraPro, nous avons analysé les discours des participants en les divisant par bras de recherche. Cela nous permet dans un premier temps de dégager les thématiques, les catégories et les sous-catégories représentatifs de chaque groupe pour ensuite les mettre à confrontation et pouvoir tirer des conclusions générales. Ci-dessous, nous allons commenter pour chaque groupe tous les thématiques ressortis.

### 5.1 Tableau Brut – Usual Care

Le premier bras analysé a été Usual Care. Ce premier groupe de 4 médecins, pendant la période de recherche, a eu la consigne de continuer à mener leurs consultations comme d’habitude. Dans le cas où ces médecins utilisaient déjà avant la Procalcitonine ou l’Ultrason comme outils diagnostics, ils ont dû arrêter cette pratique pour les patients inclus dans l’étude.

#### 5.1.1 Perception de la Procalcitonine et vision de l’algorithme

Tableau 3 Tableau récapitulatif du thème « Perception de la Procalcitonine et vision de l’algorithme » du groupe Usual Care

Thèmes	Catégorie	Sous-catégories	Unité de sens
Perception de la Procalcitonine et vision de l’algorithme	Procalcitonine	Favorable – Procalcitonine	Pour 3 médecins, même s’ils n’ont jamais utilisé la Procalcitonine, ils pensent qu’elle aiderait beaucoup la pratique en cabinet. 1 médecin avait déjà l’habitude de l’utiliser dans sa pratique et la trouve utile. Cet outil c’est plus facile à interpréter que l’Ultrason et est disponible directement au cabinet ( <i>point-of-care</i> ).
		Contre – Procalcitonine	Pour 2 médecins il y a un problème de coût en lien avec l’utilisation de la Procalcitonine. Pour 1 médecin il y a des doutes en lien avec la fiabilité de son utilisation. Pour 1 médecin la Procalcitonine prend trop de temps. 1 médecin a des doutes sur sa majeure capacité discriminatoire par rapport à la CRP
	Ultrason	Favorable – Ultrason	Pour certaines médecins l’Ultrason c’est plus sécurisant que la radio. Ils pensent que ça serait un outil intéressant. C’est une image qui parle aux patients. Le fait que la consultation peut être faite par une seule personne qui prend le temps de faire des examens, augmente la satisfaction des patients ( <i>point-of-care</i> ).

## Résultats

	Contre - Ultrason	L'Ultrason prend beaucoup de temps et c'est un outil plutôt subjectif. Il faudrait quelqu'un de formé ou que les médecins font beaucoup de pratique pour l'utiliser. 1 médecin se demande quelle serait le prix de cet examen dans une consultation. Ça serait compliqué de changer sa propre pratique et de se fier plus à l'Ultrason qu'à la Radio du thorax dans le cas de résultats discordants.
Algorithme UltraPro	Favorable – Algorithme UltraPro	Certains médecins sont d'accord que la décision de prescrire un antibiotique soit prise par un algorithme. Cet outil permet de se rassurer par rapport à la prise de décision et de changer la pratique en matière de prise en charge des infections respiratoires. En outre, il pourrait être un argument en plus à utiliser avec les patients pour expliquer la décision. L'algorithme donne un point de vue objectif à la décision et en plus c'est fait au cabinet ( <i>point-of-care</i> ).
	Contre – Algorithme UltraPro	Il y a des cas limites où il y a des critères qui ne sont pas prise en compte par l'algorithme (sur-infections, immuno-déprimé, ...). Pour cette raison dans ces cas certaines médecins ne feraient pas confiance au résultat. En outre il y a la question des coûts et du temps: 1 médecin se demande quelle serait le prix de cet examen dans une consultation.
	Observations générales	Les algorithmes ne sont pas à suivre à la lettre. C'est un statistique qui ne prend pas en compte une minorité du 5%. Il n'intègre pas l'importance du côté subjectif de la visite médicale.
	Proposition pour l'implémentation	1 médecin pense qu'il serait utile de proposer des visites de suivi pour les situations qui valent la peine d'être surveillées. Cela en raison de la zone grise de l'algorithme qui n'est pas sûr au 100%. 1 médecin propose de se focaliser sur les nouveaux médecins qui ont déjà l'Ultrason dans leur formation. 1 médecin propose d'utiliser cet outil que pour des situations de sévérité.

Le premier thème ressorti concerne la perception de la Procalcitonine et la vision des médecins participants au bras Usual-Care de l'algorithme.

Tout d'abord, pour ce qui concerne l'utilisation de la **Procalcitonine**, les participants mettent en lumière à la fois des aspects *positifs* et à la fois *négatifs*. Cela permet de mettre en lumière les caractéristiques qui favorisent l'utilisation de cet outil mais aussi celles qui représentent une barrière à sa mise en pratique.

Parmi les aspects *Favorables à la Procalcitonine*, les médecins soulèvent le fait que cet outil pourrait se révéler utile dans le travail au cabinet. Cela en raison de sa facile interprétation et de sa disponibilité au cabinet (*point-of-care*).

## Résultats

MED2.60 : Exactement, alors Procalcitonine ça m'aurait surtout arrangé parce qu'en fait je l'aurais eu justement à côté de moi donc je pense que fin ce bras la Procalcitonine je pense qu'il est très utile et et ça change peu la pratique donc je pense que c'est très facile à l'inclure [...]

MED4.96 : Si on arrive à ... à avoir un cut off plus ... voilà clair. Où on dit « en dessous de ça vous êtes tranquilles ... c'est viral. En dessus de ça c'est sûr il faut prescrire ». Bah oui. Parce que la CRP c'est quand-même un spectre. Si on a 1 c'est facile... si on 350 c'est facile mais si on a 55 ... va nous embêter quoi. Donc si on arrive à avoir quelque chose de plus noir ou blanc avec la Procalcitonie ... ça serait ... ça serait peut-être utile.

Parmi les *contres*, les coûts liés à l'utilisation de la Procalcitonine sont le problème qui a été soulevé le plus souvent par les médecins. Les autres possibles barrières soulevées par les médecins, sont sa fiabilité, le temps et les doutes concernant son majeur pouvoir discriminatoire par rapport à la CRP.

MED3.140 : [...] Pour moi l'échographie à priori comme ça ... paraît presque plus intéressant que la Procalcitonine ... Dans le sens où je ne sais pas si la Procalcitonine va être vraiment discriminatoire par rapport à la CRP pour prendre un autre examen ... sanguin. [...]

Ensuite, les participants arrivent à différencier des *pro* et des *contres* pour ce qui concerne l'utilisation de l'**Ultrason**. Parmi les points *favorables* qui ont émergé par les discours des médecins, on retrouve le fait que cet outil présent sur place comme *point-of-care*, semble intéressant et paraît plus sécuritaire que la radiographie. Cela permet aux patients d'avoir une image qui leur parle et qui les aide à accepter la décision des médecins, ce qui augmente aussi leur satisfaction.

MED1.69 : Oui oui ... ouais ouais ... cela aussi oui ... déjà si on peut faire un examen non irradiant même si sont peu les radiations aux ... des poumons ... mais si on a un examen qui c'est complètement safe je pense que ouais ... et puis plus ... plus performantes

MED2.86 : [...] des fois on fait des examens cliniques où on prend le temps ... même un peu plus, on sait bien qu'on est pas si sensibles mais les patients ça les rassure hein on a écouté, on est on est allés ... vérifier + donc je pense que .. ou- moi je pense que ça sera intéressant mais je suis assez convaincue que ça va plutôt ... donner de la satisfaction [...]

MED3.142 : C'est une image. Donc ça me serve beaucoup dans des lésions musculaires ou des choses comme ça et je peux lui montrer « regarde il y a ça ... ou il y a pas ». Et montrer des autres images pour comparer ou des choses comme ça. Donc c'est ... l'image c'est quand-même très forte pour ... dans notre arsenal argumentaire

Par contre, les médecins expriment aussi des *contres* par rapport à cet outil. Tout en premier, l'Ultrason c'est un examen qui prend beaucoup de temps et dont le résultat est considéré subjectif, ce qui rend plus compliqué le changement de pratique et le fait de se fier plus à ce nouvel outil que à la

## Résultats

radio, surtout dans le cas de résultat discordante. Son utilisation requiert beaucoup de pratique ou une formation spécifique.

MED2.60 : [...] après alors l'échographie bien parce qu'on s'intéresse à se former un peu, on se rend compte qu'on est PAS formés dans notre cursus, c'est quelque chose qui va prendre beaucoup de temps et ça je pense que ACTUELLEMENT c'est difficile et je pense qu'il y a beaucoup de ... moi je sais pas hein mais de médecins qui sont dans le bras échographie, ils vont cocher ... patient qui pourrait avoir les critères d'inclusion mais pas le temps, c'est difficile à ... à mettre en place ça dans la consultation ouais

MED4.97 : [...] Parce que c'est aussi subjectif un Ultrason. C'est moins objectif qu'un autre examen de radiologie. Ça dépend beaucoup de l'opérateur. Donc si ... je pense plus on fait meilleur on est. Comme un peu tout.

Même lorsque les médecins parlent de **l'algorithme UltraPro**, ils arrivent à distinguer des *pro* et des *contres*. Pour ce qui concerne le premier cas (*favorables*), certains médecins sont d'accord que la décision de prescrire un antibiotique soit prise par un algorithme. Cet outil permet de se rassurer par rapport à la prise de décision et de changer la pratique en matière de prise en charge des infections respiratoires. En outre, il pourrait être un argument en plus à utiliser avec les patients pour expliquer la décision. L'algorithme donne un point de vue objectif à la décision et en plus c'est fait au cabinet (*point-of-care*).

MED1.60 : [...] on pourra dire au patient voilà on peut exclure la nécessité d'un antibiotique à ... je sais pas quelles sont les performance d'UltraPro mais à plus du 95% ... bah là on est quand-même ... on est quand-même bien ... ouais

MED2.100 : [...] je pense quand-même que ... les les les ... les outils de laboratoire point-of care hein les les les ... les choses qu'on peut faire au lit du patient, c'est vraiment quelque chose qu'a de l'avenir, le fait de pouvoir trancher tout de suite hein [...]

MED3.108 : [...] Mais encore une fois plus on a d'arguments ... des chances qu'ils acceptent ces informations-là sont de tout façon là donc ... il y a pas des raisons de s'en priver. Non non je pense que ... tout argument de plus sera utile même dans un cas relativement ((inaudible))

Certains médecins se disent hésitants (*contre*) par rapport à l'utilisation de cet algorithme dans des cas limites (sur-infections, immuno-déprimé, ...), c'est dans ces situations où leur confiance dans le résultat diminue. Des autres points négatifs soulevés ont été les coûts et le temps nécessaire pour l'usage de cet outil diagnostic.

MED1.71 : Ouais des critères de sévérité et le ... la majorité du temps ça serait pour ça. Après c'est clair que si des ... il y a aussi une question de coût ... donc il faut ... il faut éviter de faire ça ces examens ... il ne faut pas qu'une consultation pour

## Résultats

une infection urinaire ... une infection respiratoire pardon ... devient une consultation qui dépasse certaines sommes

MED3.101 : Ouais ouais. C'est une aide. Mais ça peut pas être ... fin au moins qu'il soit vraiment fantastique et ... mais c'est pas une ... disons il donne pas une certitude absolue pour moi. Parce que c'est quand-même de la statistique vous voyez ? Tous ce qu'on fait dans ce métier c'est ... maintenant de plus en plus fondé sur des chiffres statistiques. Mais la statistique c'est ... si vous avez 99% d'avoir ... chance de pas avoir de cancer dans une situation il y a une ... 1 sur 100 qu'il va l'avoir. Ça peut être l'inverse. Donc on peut pas ... dans une statistique on peut pas oublier la minorité quoi. Et c'est ... c'est différent de la politique (rires)

En outre, en faisant des *observations générales* sur l'algorithme, tous les médecins ont souligné l'importance de la prise en considération du côté subjectif dans la visite médicale. Les algorithmes sont des instruments utiles mais il ne faut pas les suivre à la lettre dans toutes les situations. Ils peuvent ne prendre pas en considération des cas particuliers.

MED1.43 : Oui ... alors on sait que les algorithmes de toute façon ne sont pas 100% ehn. Mais ça fait partie de la pratique de tout ce qu'on fait. Donc on fait ... on fait confiance à l'algorithme autant qu'on fait confiance à tous examens médicaux en sachant que rien est parfait. Donc ... oui moi je suis ... oui oui moi je suis ... mais nous on est grandis avec des algorithmes mais pas tous les médecins ont grandi avec des algorithmes

Enfin, les médecins dans leurs discours avancent aussi des *propositions pour l'implémentation* de cet algorithme. Ces dernières sont : se focaliser sur la nouvelle génération qui a déjà l'Ultrason dans sa formation académique, utiliser cet outil que pour des situations de sévérité et proposer au patient des visites de suivi pour les situations particulières qui valent la peine d'être surveillées. Cette dernière proposition est en raison de la zone grise de l'algorithme qui n'est pas sûre au 100%.

MED1.72 : [...] Et puis peut-être gérer un peu cette zone grise ... peut-être proposer de revoir le patient à telle délai ou faire cette examen dans ... dans quelques jours ou ... fin juste des fois se laisser un peu une porte de sortie et puis des fois pas juste ... pas d'antibiotique mais peut-être de fois peut-être qu'il y a des situation qui valent la peine d'être ... d'être un peu surveillés ... en sachant que finalement un algorithme ne sera jamais 100% ... peut-être juste d'avoir une gestion particulière de ces patient qui peuvent ... qui auront quand-même pu bénéficier de l'antibiotique ... peut-être sous certaines conditions

MED2.75 : [...] Après je me rends bien compte que d'arriver à cette expertise en étant installés ça va être difficile hein ça fait beaucoup de supervisions et tout ça + peut-être que MA génération ça va être difficile mais les jeunes médecins qui vont commencer les cours directement et faire directement ... des formations là je pense qu'il y aura aucun problème et je pense que ... et j'espère que ça va prendre la place de la radio

### 5.1.2 Étude

**Tableau 4** Tableau récapitulatif du thème « Étude » du groupe Usual Care

Thèmes	Catégorie	Sous-catégories	Unité de sens
Étude	Vision de l'étude	Temps	C'est difficile d'inclure les patients à cause du temps qu'on doit consacrer à la compilation des documents.
		Attentes	En générales ils ont des attentes positives. Pour 2 médecins c'est en tout cas important d'attendre les résultats de l'étude pour avoir des pistes d'amélioration pour le futur.

Ensuite, certaines fois, les médecins dans leurs discours exprimaient des opinions qui ne concernaient pas leur vision d'UltraPro mais de cette étude en générale, ce qui correspond à notre deuxième thématique d'analyse.

Par rapport à leur **vision de l'étude**, ils mettent en avant des considérations par rapport au *temps* et aux *attentes* qu'ils ont par rapport aux résultats. Tout en premier, les documents à remplir pour l'étude, prennent beaucoup de temps, ce qui rend difficile d'inclure des patients.

MED3.32 : Et peut-être pas inclure 3 mais mentionner dans le dépistage ... fin dans le screening parce que j'avais pas le temps. J'arrivai pas le faire dans la pratique du cabinet quoi

**DA33 : Mhm**

MED3.33 : [...] Et puis je m'aperçois aussi que ... disons la ... alors ça se tient au déroulement de l'étude proprement dit ... la documentation en tant que telle prenne pas mal de temps et c'est très difficile à l'intégrer dans une consultation où par définition c'est des problèmes qui surviennent un peu en séries

En outre, les médecins expriment des *attentes* positives en lien aux résultats de l'étude et à cette recherche en général. Ils pensent en tout cas qu'il faut les attendre pour avoir des pistes d'améliorations pour le futur.

MED2.97 : [...] vraiment c'est l'avantage de cet étude ... c'est vraiment ce côté très pratique de répondre à des questions qu'on a et puis qui ont potentiellement ... un impact important sur la pratique générale don ... ça pour moi de toute façon c'est ce qui me motive

MED4.110 : Bah actuellement j'en vois pas parce que on l'utilise pas. Mais s'il était ... si on arrivait à la ... alors si on ... si l'étude pouvait nous montrer que dans les infections pulmonaires on ... ça pouvait être un bon marqueur ... bah l'avantage c'est que ça serait peut-être plus fiable que la CRP ou d'autres examens de laboratoire qu'on utilise maintenant.

### 5.1.3 Raisons pouvant influencer la décision de prescription

Tableau 5 Tableau récapitulatif du thème « Raisons pouvant influencer la décision de prescription » du groupe Usual Care

Thèmes	Catégorie	Sous-catégories	Unité de sens
Raisons pouvant influencer la décision de prescription	Relation Médecin - Patient	Impression clinique	L'impression clinique que les médecins se font des patients et la discussion qu'ils ont, sont essentiels pour la prise en charge. Elles permettent de comprendre l'état de santé du patient et de prendre une décision par rapport à la prescription. Cette phase est plus importante que les examens.
		Histoire du patient	Connaître le patient, son histoire médicale, ses croyances etc. est au centre de la consultation.
		Rôle éducatif du médecin	Le médecin a le rôle d'éduquer ses patients. Il faut prendre le temps avec les patients pour leur faire comprendre que les antibiotiques ne sont pas toujours nécessaires. Il faut adapter le niveau de la discussion aux niveaux des croyances des patients. Les patients aiment avoir des explications. Le fait de faire participer de manière active le patient, le responsabilise par rapport à sa prise en charge et la consultation devienne un travail en équipe.
		Confiance	Dans certaines situations, la non-prescriptions des antibiotiques peut casser la relation de confiance, par exemple lorsque on ne prend pas le temps d'expliquer les raisons de la décision. Dans d'autres, la confiance envers le médecin peut aider le patient dans la décision de ne pas prendre un antibiotique.
		Fausse croyance des patients	Parfois les patients ont des fausses croyances, aussi en lien avec leur culture, sur l'origine de certaines maladies et sur la prise des médicaments. 1 médecin pense que comprendre leur point de vue permettrait de proposer des sensibilisations plus performantes.
	Comportement de prescription	Réflexivité sur sa propre pratique	Ils pensent ne prescrire pas trop des antibiotiques surtout en raison d'une certaine sensibilité à la thématique des antibiorésistances.
		Impact de la formation	La sensibilité à la thématique de l'antibiorésistance, arrive aussi par les formations qui jouent un rôle important dans la prise de conscience.
		Faire partie des cercles	Le fait de faire partie des cercles de qualité, permet à 1 médecin de se rendre compte de son propre niveau de prescription.
	Stratégies et motivations de non-prescription	Visite de suivie	Une stratégie pour non-prescrire des antibiotiques est celle de proposer des visites de suivi. Par contre, il est alors plus difficile de ne pas prescrire un antibiotique. Il faut avoir des arguments pour convaincre les patients.
		Examens complémentaires	Les examens complémentaires sont des outils qui permettent de rassurer les gens et qui permettent de confirmer le diagnostic en raison

## Résultats

		aussi de leur objectivité. Sont surtout utiles avec les populations plus fragiles (personnes âgées par ex.).
	Ordonnance de réserve	Parfois ils donnent des ordonnances de réserve pour rassurer les patients. Même si les médecins pensent que les patients se fient de leur décision, ils ne savent jamais ce que les patients font réellement avec ça après la consultation.
	Les comportements des patients ont changé	Les patients ont changé dans les dernières années. La majorité est au courant de la problématique de la prescription et en conséquence accepte la non-prescription. Parfois il y a aussi des patients qui ont peur d'en prendre. Il y a une pression de la part des médias et des campagnes de préventions.
Motivations à la sur-prescription	Résistance des patients à la non-prescription	Il existe une minorité de patients qui veut absolument un antibiotique. S'ils partent sans en avoir eu, ils ont le sentiment de n'avoir pas été soignés. Ils ont toujours eu d'antibiotique et ils le veulent toujours. En fonction du type de formation on peut avoir une méconnaissance de l'utilité de l'antibiotique. Selon les médecins il y a par exemple une différence entre les Suisses et les Françaises. Ces derniers ont des idées et croyances magiques selon lesquelles sans un antibiotique on ne peut pas guérir.
Outils	Diagnostic clinique	En général les médecins privilégient le diagnostic clinique aux examens complémentaires. Ils font donc d'abord une anamnèse et une auscultation. A partir de là ils décident si faire des examens et de leur prescription.
	Examens complémentaires	Pour 1 médecin les examens complémentaires sont utiles aussi lorsqu'on n'a pas trop de temps pour discuter avec les patients. On les fait que pour les patients borderline. La radio thorax est surtout utilisée lorsqu'on a une suspicion d'une pneumonie et lorsque on veut comprendre s'il s'agit d'un foyer central ou périphérique. Sauf 1 médecin, les autres ne se fient pas trop de la radio. Au contraire ils sont tous inquiets par rapport aux radiations de cet outil. Pour 1 médecin, la crp n'est pas un examen complètement fiable.

La troisième thématique ressortie depuis notre analyse, c'est les raisons pouvant influencer la décision de prescription. Tout en premier, certaines des raisons explicitées, relèvent de la **relation entre le médecin et son patient**. Tout d'abord, l'*impression clinique* que les médecins se font des patients et la discussion qu'ils ont, sont essentiels pour la prise en charge. Elles permettent de comprendre l'état de santé du patient et de prendre une décision par rapport à la prescription. Cette phase est plus importante que les examens.

MED3.25 : Un type qui arrive pas en transpirant c'est pas la même chose que quelqu'un qui arrive en toussant et qu'on la entendu peut-être dans la salle d'attente à tousser.

## Résultats

Mais j'entends c'est un ... oui je pense que l'impression clinique pour moi elle joue un grand rôle

Après ça, aussi l'histoire du patient, c'est-à-dire le fait de le connaître, son *histoire médicale*, ses croyances etcetera est important et recouvre une grande partie de la consultation du médecin.

MED3.23 : C'est important ... disons la connaissance du patient. Si je le connais depuis assez longtemps ça me donne déjà une information par rapport à ... au différentiel ... par rapport à son état quand il arrive

Selon les participants, les médecins ont un *rôle éducateur* envers les patients. Ils pensent qu'il faut prendre le temps pour leur faire comprendre que les antibiotiques ne sont pas toujours nécessaires. Pour ce faire il est nécessaire d'adapter le niveau de la discussion aux niveaux des croyances des patients, qui à leur tour apprécient ce moment d'explication. Le fait de faire participer de manière active le patient, le responsabilise par rapport à sa prise en charge et la consultation devienne un travail en équipe.

MED1.80 : Des fois on parle des virus des bactéries ... certaines ne sont pas encore au courant. Et dire que finalement tout n'est pas soigné avec un antibiotique ... et puis d'autres fois peut-être il y a d'autres choses qu'ils s'attendent des antibiotiques ou de fois on leur parle des effets secondaires des antibiotiques ... des fois ils sont pas vraiment au courant que des fois ils peuvent faire des effets secondaires sévères avec un antibiotique donc ... emh ... juste savoir quelle bouton appuyer pour sensibiliser les gens par rapport aux croyances et aux ... je pense que ça vas au-delà du respiratoire ... ouais ... voilà

La *confiance* est-elle aussi au centre des discours des médecins. Ils pensent que dans certaines situations, la non-prescriptions des antibiotiques peut casser la relation de confiance, par exemple lorsque on ne prend pas le temps d'expliquer les raisons de la décision. Dans d'autres, la confiance envers le médecin peut aider le patient dans la décision de ne pas prendre un antibiotique.

MED1.58 : [...] et puis des fois on peut perdre le patient et puis après c'est un peu bête pour une histoire d'antibiotique une fois emh ... de perdre la confiance qu'on a avec le patient ... et puis emh ... l'autre ... donc ouais c'est surtout ça ... le fait de ... ouais ... donc que le patient se sent pas écouté ou bien nous de bah d'avoir passé à côté de quelque chose

MED4.28 : Bah ils se situent ... moi je trouve qu'ils nous font assez confiance en fait. Si on leur dit « il faut prendre » ils prennent volontiers. Et puis si on leur dit « c'est pas nécessaire » ils sont souvent assez ... assez content qui soit pas indispensable. Je trouve que dans la plus parts des cas ils suivent quand-même assez bien nos prescriptions.

## Résultats

Enfin, certains patients peuvent avoir des *fausses croyances* : en lien avec leur culture, par rapport à certaines maladies et sur la prise de médicaments. Pour les médecins, la prise en considération de leur point de vue permettrait de proposer des sensibilisations plus performantes.

MED2.30 : Absolument, alors c'est c'est exactement ça, on est dans un phénomène des [croyances] et c'est c'est difficile d'amener un discours rationnel quand on est dans un phénomène de croyances, il faut vraiment essayer de- de- de questionner la personne sur ses croyances, voir d'où elles viennent ... quand on est pas forcément d'accord en tout cas ce qui est important même si on est pas d'accord c'est de ... de valider hein et puis de laisser la personne croire ce qu'il croit, mais après faut être aussi assez cadrant dans le sens qu'on a aussi une responsabilité en tant que professionnels, puis de dire pourquoi on fait pas les [choses] [...]

Il y a différents aspects qui ont un impact sur le **comportement de prescription** des médecins. D'abord, la *réflexivité sur sa propre pratique*, leur permet d'avoir une certaine sensibilité à la thématique de l'antibiorésistance et en conséquence de prescrire moins d'antibiotiques.

MED3.30 : J'en utilise assez peu il me semble-t-il. Maintenant il y a toujours des situations empiriques. On finit par donner un antibiotique pour des raisons ... probablement pas trop scientifiques en réalité ... mais c'est assez rare. Si je prends le nombre des patients à qui j'ai ... j'ai donné des antibiotiques sur la période de l'étude et ... il n'y a pas pratiquement pas qui sont ... je crois qu'il n'y a pas qui n'ont pas été documentés

La sensibilité à la thématique de l'antibiorésistance, arrive aussi par les *formations* qui jouent un rôle important dans la prise de conscience.

MED4.15 : Alors je pense que oui. Parce qu'on est quand-même sensibilisé en formation ... les formations d'infectio et tout ça. Nous sensibilisent quand-même beaucoup justement aux pourcentages d'infections bact- fin ... d'infections bactériennes par rapport aux infections virales qui est quand-même assez minime. Donc je pense que oui. À la base j'ai essayé déjà de prescrire assez peu d'antibiotiques.

La *participation des médecins à des cercles* de qualité, leur permet d'avoir une confrontation directe avec leur propre taux de prescription et de s'y ajuster si nécessaire.

MED2.14 : Alors absolument en discutant avec mes collègues c- avec mes collègues au cabinet on a un peu la même vision mais je le vois bien que dans des cercles de qualité hein on est dans des groupes ... soit on a des réseaux de soin et puis on voit qu'il y a d'autres médecins qui sont probablement moins attentifs hein

Dans leur pratique les médecins ont développé des **stratégies et des motivations** qui les aident à ne pas prescrire des antibiotiques. Une de ces stratégies consiste dans la proposition d'une *visite de suivi*. Si dans un premier temps celle-ci permet de diminuer le taux de prescription, les médecins disent que

## Résultats

c'est difficile de ne pas prescrire lors de cette deuxième rencontre. Pour cette raison ça serait utile d'avoir des arguments supplémentaires pour convaincre les patients.

MED4.81 : Oui. Ça serait peut-être bien aussi. Parce que c'est vrai que c'est souvent ces situations-là qui sont le plus embêtants. Quand ça évolue pas comme on a imaginé que ça devait évoluer au départ. Donc si à ce moment-là on pouvait faire un score ou utiliser un outil pour se réorienter ... parce que là c'est vrai que c'est difficile à la deuxième consultation quand ça vas pas bien de pas le donner. C'est plus difficile que de pas le donner à la premier quand les gens reviennent. Donc peut-être qu'on pourrait encore diminuer ce pourcentage de prescription tardive. Mais ... ouais. Donc oui.

Les *examens complémentaires* sont des outils qui permettent de rassurer les gens et de confirmer le diagnostic en raison de leur objectivité. Sont surtout utiles avec les populations plus fragiles (personnes âgées par exemple).

MED2.46 : [Quelque part oui] ça les rassure ... dans le sens que + parfois quand on on probablement quand on essaie de les rassurer par rapport à ce qu'on a entendu et tout ça, pour eux c'est pas le même impact quelque part c'est comme si c'était- on faisaient les choses moins sérieusement + en tout cas faut bien expliquer que oui on peut entendre que oui avec tous ces différents éléments objectifs qu'on a, à la synthèse on est rassurés + mais ils ont quand-même une espèce de ... croyance-là que plus on fait des examens, plus on saura en fait + donc ... quelque part ils se disent ah oui mais si j'ai une radio et une prise de sang qui est normale, là je peux vraiment me détendre, j'ai rien de grave + ouais, probablement que l'impact ... le fait d'organiser des examens ça les rassure plus que si on fait qu'un examen clinique ouais

Parfois ils donnent des *ordonnances de réserve* pour rassurer les patients. Cependant, même si les médecins pensent que les patients se fient de leur décision et n'utilisent pas tout de suite cette ordonnance, ils ne savent jamais ce qu'ils font réellement avec ça après la consultation.

MED2.55 : Alors ++ c- ce qui arrive plus souvent, c'est plutôt de faire une ordonnance AU CAS OU et ça ... après j- évidemment au patient de savoir qu'il va pas la prendre tout de suite, on espère mais c'est souvent comme ça que ça finit, quand les gens font trop de pression ou qu'on sent qu'ils sont angoissés voilà je leur dis vous l'avez faut pas la prendre mais s'il arrive ceci cela- moi je sais pas dans quel pourcentage les gens vont la prendre après mais ça m'arrive [...]

Les *comportements des patients ont changé* dans les dernières années. La majorité des personnes est au courant de la problématique de la prescription et, en conséquence, accepte la non-prescription. Parfois il y a aussi des patients qui ont peur d'en prendre, cela par exemple en raison de la pression de la part des médias et des campagnes de préventions.

MED2.23 : Alors en tout cas la littérature médicale je pense quand-même assez des gens ils ont quand-même une ... une bonne formation ... médicale ou ils s'intéressent oui ... donc on sent aussi que les gens plus fragiles, moins éduqués ils ont plus de peine hein,

## Résultats

ils ont moins accès à cette connaissance + mais les gens qui ... qui suivent un peu plus l'actualité je pense qu'ils sont ... il y a quand-même ... un travail que les médias, l'information a fait ... et la population se rend un peu compte hein + j'ai pas la télévision mais je crois qu'avec ces pub hein sur les antibiotiques c'est ... c'est quand il faut ... comme il faut ... [ils parlent] n'importe quand donc je pense que les médias ont aussi joué un rôle ... ouais

En opposition à ces derniers aspects de non-prescription d'antibiotiques de la part des médecins, il y a aussi des **motivations à les sur-prescrire**.

Une minorité de patients manifeste une *résistance à la non-prescription d'antibiotiques*. S'ils partent sans en avoir eu, ils ont le sentiment de n'avoir pas été soignés. Ce type d'attitude s'explique par le fait qu'ils ont été habitués à recevoir l'antibiotique et donc ils le veulent. Le niveau de formation des patients peut avoir aussi un impact sur la méconnaissance de l'utilité de l'antibiotique. Les médecins se rendent compte qu'il y a des différences culturelles, par exemple entre les Suisses et les Françaises. Ces derniers ont des idées et des croyances magiques selon lesquelles sans un antibiotique on ne peut pas guérir.

MED4.19 : [...] Il y a des gens qui ont eu l'habitude d'en recevoir et qui ont eu toujours l'impression que ça fonctionnait très bien ... chez ceux-là c'est difficile.

**DA20 : Mhm**

MED4.20 : Alors chez ceux-là c'est très difficile de les convaincre qu'il y a pas besoin de le prendre. Et c'est vrai que s'arrive des fois du coup de les donner ... (rires) si le patient insiste beaucoup ... ça c'est vrai que c'est des fois compliquées. Mais généralement ... c'est une minorité je dirais. Et c'est peut-être un peu culturel. [...]

**DA21 : Donc il y a aussi un facteur culturel vous avez dit**

MED4.21 : J'ai l'impression.

**DA22 : Mhm**

MED4.22 : (rires) Je pensais au pa- je pensais aux patients français. Parce qu'on en a pas mal des patients français ... alors moi en tout cas au cabinet j'ai l'impression. Et eux je pense qu'ils ont eu l'habitude d'en recevoir vraiment beaucoup. Et ils ont de la peine à repartir sans une ... sans une ordonnance.

**DA23 : Mhm**

MED4.23 : Il faut vraiment beaucoup négocier avec eux. Donc je pense que c'est quand-même un petit peu culturel en fonction aussi peut-être de certains pays. Où ils prescrivent plus d'antibiotiques qu'ailleurs. Et les gens sont habitué à en recevoir beaucoup. Mais on a le même problème avec les angines à streptocoques maintenant.

Ce qu'influence aussi la prescription des médecins, ce sont les **outils** qu'ils utilisent au sein de la consultation médicale. En général les médecins privilégient le *diagnostic clinique* aux examens complémentaires. Ils font donc d'abord une anamnèse et une auscultation. A partir de là ils décident si faire des examens et de leur prescription.

## Résultats

MED1.2 : D'accord. Emh ... alors bah déjà ... déjà par rapport au diagnostic ... ouais tout la la ... la prise d'anamnèse ... Bah la recherche de ... l'anamnèse la recherche de voilà des points particuliers comme les ... ce qu'on appelle les drapeaux rouges

**DA3 : Mhm**

MED1.3 : Les points qui sont importantes emh ... Et puis aussi voilà la prise des antécédentes fin une anamnèse un peu ... plus ou moins complète selon le ... si on connaît le patient ou pas. Emh ensuite il y a l'examen clinique ... recherche de voilà un examen clinique ciblé par rapport aux questions ou le ... le diagnostic différentiel. Et puis emh ... voilà puis après là on a une idée plus ou moins ... plus ou moins avancé de diagnostic. [...]

Parfois les médecins utilisent aussi des *examens complémentaires* pour s'aider dans leur décision. Ces derniers, sont utile lorsqu'on n'a pas trop de temps pour discuter avec les patients et pour de cas borderline. En ce qui concerne la radiographie du thorax, c'est un examen qui est surtout utilisée lorsqu'on a la suspicion d'une pneumonie et lorsque on veut comprendre s'il s'agit d'un foyer central ou périphérique. Par contre, en général, les médecins ne la considèrent pas un outil fiable et ils se disent inquiets par rapport aux radiations qu'il émane. Même les autres examens présents comme la CRP, ne sont pas considéré comme complètement discriminatoire.

MED3.77 : Mh ... je pense que c'est surtout dans les cas incertains. J'utiliserais ça chez quelqu'un qui tousse depuis 10 jours ... qui a de petits poussé fébriles sans avoir des ... des signes vraiment très très marqués ou ... non c'est intéressant oui ... c'est plutôt dans des cas borderline

**DA78 : Borderline dans quel sens ?**

MED3.78 : Qui ... ouais pas dans le sens psy (rires) ... emh ... non mais j'entends le gar qui est ... justement qui a des fébricules mais pas vraiment des ... de fièvre élevée. Qui a ... qui en sorte pas au bout de 10 jours ... qui tousse mais qui a encore ... qui est tout productif par exemple. Ou j'ausculte encore toujours de rhume qui ... donc des reals bronchites qui disparaissent. Ou qui changent avec la toux ... donc par opposition à des ... à des signes plutôt de pneumonie si vous voulez ... dans ces cas-là oui ça peut être intéressant

## 5.2 Tableau Brut – Procalcitonine

Le deuxième bras d'analyse, c'est la Procalcitonine. Dans ce groupe, composé toujours de 4 médecins, avait la tâche d'intégrer le test de la Procalcitonine dans leur pratique diagnostic habituelle. À partir de leur discours, nous avons trouvé 3 thématiques principales : la perception de la Procalcitonine et vision de l'algorithme, l'étude et pour finir les raisons pouvant influencer la décision de prescription.

### 5.2.1 Perception de la Procalcitonine et vision de l'algorithme

Tableau 6 Tableau récapitulatif du thème « Perception de la Procalcitonine et vision de l'algorithme » du groupe Procalcitonine

Thèmes	Catégorie	Sous-catégories	Unités de sens
Perception de la Procalcitonine et vision de l'algorithme	Procalcitonine	Favorables – Procalcitonine	La Procalcitonine est un argument qu'on peut utiliser pour les patients résistants et permet de les rassurer. C'est un outil simple qui améliore la prise en charge et la sécurité des patients. En outre, c'est un test auquel on porte confiance. 1 médecin fait confiance parce que le résultat c'est en lien avec son feeling.
		Contre – Procalcitonine	Les coûts et le temps de la Procalcitonine sont une entrave à son utilisation. En tout cas l'impression clinique est prioritaire. 1 médecin pense que la peur d'être piqués e d'imposer une décision de certains patients (une minorité) pourrait être une barrière à l'implémentation de ce test. 1 médecin pense continuer à utiliser la radio même avec la Procalcitonine.
	Ultrason	Contre – Ultrason	1 médecin : L'Ultrason prend trop du temps à la consultation et à son apprentissage. On n'est pas sûr de ce qu'on peut voir grâce à l'Ultrason.
	Algorithme UltraPro	Favorables – Algorithme UltraPro	Il y a un intérêt et une curiosité générale à connaître cet outil et voir ses potentiels. 1 médecin : UltraPro donne résultat qu'on voit et qui peut être utilisé comme argument pour les patients. 2 médecins voient son utilité comme <i>point-of-care</i> . 1 médecin dit que cet algorithme permet de sélectionner les justes patients.
		Contre – Algorithme UltraPro	C'est difficile de comprendre comment fonctionne cet outil et en conséquence d'expliquer les bénéfices aux patients. De plus c'est difficile de comprendre et avec qui il faudrait l'utiliser. En outre il y a un questionnement par rapport aux coûts et bénéfices de l'outil.
		Algorithme UltraPro	Les tests sont des ajoutés à la clinique et il y a une possibilité de combinaison des deux. C'est toujours la subjectivité du médecin qui prime sur la prise de décision et qui permet de ne pas perdre le pouvoir décisionnel.

## Résultats

Le premier thème ressorti c'est la perception de la Procalcitonine et la vision de l'algorithme par les médecins.

En premier, en discutant de la **Procalcitonine**, les médecins ont exprimé des avis *favorables* et des avis *contre* l'utilisation de cet outil diagnostique. Parmi les arguments *positifs*, on retrouve le fait que la Procalcitonine c'est un examen rapide, simple, qui améliore la prise en charge et la sécurité des patients et qui peut être utilisé comme argument pour rassurer les patients plus résistants. De plus, les médecins se fient de plus en plus envers cet outil, même si quelqu'un souligne le fait que cette confiance est majeure si le résultat ne discord pas de leur impression clinique.

MED6.70 : [...] ça c'est l'utilité d'avoir justement des outils ... même si la clinique voilà, mais la clinique ça marche quand les gens font confiance + et puis d'avoir justement un outil comme ça qui permet de ... de donner un chiffre + eh ... c'est hyper rassurant pour tout le monde [...]

Les médecins privilégient l'impression clinique aux examens complémentaires et voient les coûts et le temps comme une entrave (*contre*) à son utilisation. En outre, le fait que ce test nécessite un piqueur et que certains patients peuvent vivre de manière négative cette pratique, pourrait être une barrière à l'implémentation de la Procalcitonine. Des médecins pensent aussi que certains patients pourraient vivre ce test comme un prétexte pour ne pas lui prescrire l'antibiotique et pourraient donc rester insatisfaites. Pour ces raisons, certaines préfèrent continuer à utiliser la radiographie du thorax même avec la Procalcitonine.

MED5.52 : + Ehm la barrière que je vois c'est que c'est un examen qui met quand-même un petit moment à sortir

**NC53 : C'est vingt minutes, c'est juste ?**

MED5.53 : Quelque chose comme ça ouais + lors là + l'étude en elle-même on doit faire pas mal de prélèvement ... ça retarde beaucoup les patients et nous donc dans le cours de nos consultations mais disons que si on faisait QUE la Procalcitonine ... bon la barrière principale c'est qu'il faut piquer le patient ... bon moi souvent le pique aussi quand même de toute façon + ehm puis qu'il faut avoir vingt minutes d'attente ça veut dire qu'on doit voir le patient + peut-être en voir un autre entre deux et puis le REvoir après ou leur téléphoner après

MED7.54 : [...] je pense une question que c'est combien il coûte et puis l'autre question c'est si on peut le facturer au cabinet parce que si je peux pas le facturer et que je dois l'envoyer au laboratoire externe c'est un test qui vaut rien, c'est un test qui vaudra que quelque chose quand je vais pouvoir le faire en *point-of-care* et qui est- et que je peux le facturer en *point-of-care*

## Résultats

Lorsque les médecins verbalisent leur vision de l'**Ultrason**, ils voient que des aspects qui vont *contre* son utilisation. Pour certain, l'utilisation de cet outil prend trop de temps à la consultation, comme aussi à son apprentissage. Ils se disent hésitants par rapport aux images qui ressortent de cet examen.

MED5.130 : Je crois que l'Ultrason se fait de plus en plus au cabinet médical ... mais c'est vrai qu'en même temps l'Ultrason encore une fois à mon avis va pas permettre de différencier une pneumonie bactérienne de virale +

MED7.106 : Je pense que ça dépend beaucoup de l'examineur pour les pour les résultats de l'Ultrason alors ça je sais pas comment c'est

**NC107 : Vous pensez que c'est un inconvénient le fait que c'est beaucoup lié à l'examineur ?**

MED7.107 : Parce que c'est vraiment quelque chose de subjectif oui

MED8.104 : Ouais que ça prend un temps de fou. Alors c'est vrai que ... avec les patients au quart d'heures ... avec un Ultrason à chercher où il y a des ... où il y a un peu d'œdème qui puis correspondent à un foyer pulmonaire. [...]

En ce qui concerne **l'algorithme UltraPro**, outre qu'à des commentaires généraux, les participants ont exprimé des attentes à la fois positives et à la fois négatives.

Par rapport aux aspects *favorables* à l'algorithme, les médecins expriment une curiosité et un intérêt général à connaître cet outil ainsi qu'à voir ses potentiels. Pour certaines, le fait que le résultat est sous-forme d'image, ça pourrait être utilisé comme argument supplémentaire pour convaincre les patients. De plus, cet outil serait présent sur place comme *point-of-care*. Enfin, pour quelques médecins, il arrive à sélectionner les patients qui ont vraiment besoin d'un antibiotique.

MED7.100 : Il est très petit il a pas de charge c- c'est probablement quand on a un peu d'habitude il faut pas beaucoup de temps, je dois pas envoyer le patient ... à l'institut de radiologie bon + oui serait été ... encore plus intéressant MAIS je sais- je sais pas si serait changé quelque chose enfin à la fin de l'histoire

MED8.8 : Le ... mais là l'algorithme UltraPro là où il était pratique c'est qu'il identifiait bien les cas pour lesquelles il fallait s'inquiéter. Emh ... mais en fait c'est des drapeaux rouges qu'on utilise déjà. Et puis dès qu'il y a un drapeau rouge donc ... un patient bon aussi ... un patient qui a de la peine à souffler qui a une auscultation anormale et qui a de la fièvre ... fin que ... si c'est tout frais selon quoi on attend un peu ... ça ne fait même pas 24 heures [...] Puis l'avantage d'UltraPro c'est que ... ça ... ça rend la procédure au moins hyper claire. Donc ça simplifie tout ça. Emh ... ça prend ... voilà l'algorithme qui permet de décider si oui ou non il est éligible. C'est très clair. Et puis ... honnêtement je pense que ça a un peu entaché ma manière de faire maintenant. Par rapport à ce que je faisais avant. [...]

Les médecins ont aussi soulevé des avis *contre* l'algorithme UltraPro. Plus en particulier ils pensent que c'est compliqué de comprendre la manière dans laquelle fonctionne cet outil et en conséquence ils voient une difficulté dans l'explication de ses bénéfices aux patients. Les participants, outre à se

## Résultats

questionner par rapport aux coûts et aux bénéfiques qui peut apporter cet outil, ils se disent douteux par rapport à qui pourrait être soumis le test.

MED5.120 : Ah oui alors je pense que oui ... + après il faut voir la question de de coûts bénéfiques ... est-ce que ça coûte cher ? Alors ça coûte cher en termes de TEMPS qu'on y passe ça je pense ((inaudible)) grève un petit peu dans nos consultations

**NC121 : Mhm**

MED5.121 : Maintenant est-ce que ça coûte cher financièrement ehm ... est-ce que c'est moins cher de donner des antibiotiques dans le doute ? Financièrement toujours hein

MED8.107 : [...] bah c'est vrai que ça fait un peu ... abracadabra. Ça va être peut-être un peu magique

**DA108 : Mhm**

MED8.108 : Une sorte de boîte noire et puis on comprend pas comment elle réfléchit et puis nous donne un ... elle nous donne une attitude. J'aurais très mal vécu. (rires)

**DA109 : Okey ... donc si dans une future vous auriez l'occasion ... fin si c'est obligatoire entre guillemets d'utiliser un outil comme ça vous auriez un peu de la peine**

MED8.109 : [...] il y a un algorithme qui dit en fonction de qui vont trouver à l'Ultrason et puis du résultat de la Procalcitonine est-ce qu'il faut donner des antibiotiques ou pas. Ouais là ... je trouve que quand on ... on est dans la situation où on perd complètement la maîtrise ... j'aime pas trop

De manière générale, à propos de l'*algorithme UltraPro*, les médecins pensent que Les tests sont des ajoutés à la clinique et qu'il peut y avoir une combinaison des deux. Néanmoins, c'est toujours la subjectivité du médecin qui prime sur la prise de décision. Cela permet de ne pas perdre le pouvoir décisionnel dans la consultation médicale.

MED7.122 : [...] Et puis, pour finir si j'ai VRAIMENT l'impression qu'il faut un antibiotique je vais ... je sors des conseils de l'étude ++ mais ouais c'est difficile je pense que ça dépend aussi beaucoup de ... du patient etcetera et puis ... et puis souvent on réagit un peu comme ça par peur ou c'est juste chez les gens qui ont beaucoup de comorbidités on se dit bon okey dans ce cas-là je vais pas ... je vais pas RISQUER de louper [une infection] bactérienne

### 5.2.2 Étude

Tableau 7 Tableau récapitulatif du thème « Étude » du groupe Procalcitonine

Thèmes	Catégorie	Sous-catégories	Unités de sens
Étude	Vison de l'étude	Temps	C'est difficile d'inclure des patients à l'étude parce qu'il prend beaucoup de temps.
		Attentes	Il faut attendre la fin de l'étude pour comprendre exactement les améliorations que l'algorithme ou la Procalcitonine peuvent apporter à la pratique du cabinet.

La deuxième thématique soulevée par les participants, concerne l'étude en soi et pas sur les outils diagnostics que lui sont liés. Dans leur **vision de l'étude**, le *temps* joue un rôle important. En fait ils ont avoué que c'est difficile d'inclure des patients à l'étude parce que ce processus prend beaucoup de temps.

MED8.42 : D'autres freins à part ça ... parce que l'outil en soi il est hyper clair. Un frein ... ce qui complique beaucoup c'est que ça prend du temps. Énormément de temps. Et puis quand on a une consultation chargée ... puis qu'on a voilà beaucoup de pain sur la planche ... c'est ... c'est pas évident de se dire qu'on va se rajouter 10 minutes ou une quarte d'heure de retard. À un retard qu'on a peut-être déjà. Donc ça c'est un gros frein. Quand on participe à ces études c'est une des grandes difficultés. Parce que sur le papier c'est facile. On a la ... la tablette ... le natel là ... alors inclure le patient c'est 10 secondes ... fin voir s'il a les critères d'inclusion ou pas ... mais ensuite faire tout le travail ... expliquer l'étude faire signer le papier ... lui faire la prise de sang le frottis ... le pneumo de crachat ... tout ça prend un temps énorme

Les médecins ont aussi des *attentes* en lien avec l'étude. Selon eux, il faut attendre la fin de ce dernier pour comprendre exactement les améliorations que l'algorithme ou la Procalcitonine peuvent apporter à la pratique du cabinet.

MED7.127 : Je dirais plutôt oui + j- je sais pas encore justement parce que si on se rend compte que + en fin de compte ça change pas grande chose, ça vaut pas la peine de faire un test qui coûte ... je sais pas combien mais en fait qui ... qui prend du temps, si on se rends compte qui OUI il aide à discriminer + alors oui

### 5.2.3 Raisons pouvant influencer la décision de prescription

Tableau 8 Tableau récapitulatif du thème « Raisons pouvant influencer la décision de prescription » du groupe Procalcitonine

Thèmes	Catégorie	Sous-catégories	Unités de sens
<b>Raisons pouvant influencer la décision de prescription</b>	Relation Médecin - Patient	Impression clinique	L'impression qu'on se fait du patient joue un rôle important dans la décision de prescription. C'est l'aspect plus important dans la décision de prescription.
		Histoire du patient	Le fait de connaître un patient, permet de savoir où on doit mettre le curseur. Le fait que les patients ont certaines fragilités joue un rôle dans la décision de prescrire des antibiotiques. Ce type de prescription a le potentiel de rassurer les médecins. La culture joue un rôle dans la volonté de vouloir ou pas des médicaments.
		Rôle éducatif du médecin	Au cabinet il faut prendre le temps pour éduquer les patients et leur faire comprendre quand serait mieux éviter de prendre des médicaments (et surtout des antibiotiques).
		Confiance	Le niveau de confiance influence l'ouverture du patient aux explications et à la discussion avec le médecin par rapport à la prescription des antibiotiques.
	Comportement de prescription	Réflexivité sur sa propre pratique	Ils sont restrictifs en matière de prescription d'antibiotiques. Il y a plusieurs raisons pour éviter de prescrire des antibiotiques. Par exemple la résistance aux antibiotiques et les effets secondaires qu'ils peuvent avoir. On veut bien faire, donc on prescrit que lorsque on en a besoin.
		Expérience du médecin	C'est au travers de l'expérience qu'on comprend si on doit faire des examens complémentaires ou si on doit ou non prescrire des antibiotiques. Même si on fait des examens, il y a toujours une interprétation de la part du médecin, même sur les examens complémentaires.
		Faire partie des cercles	Le fait de faire partie des cercles de qualité, permet à 1 médecin de se rendre compte de son propre niveau de prescription.
	Stratégie de non-prescription	Visite de suivie	On fixe des visites de suivi pour éviter de prescrire des antibiotiques. Par contre cela rend plus difficile la non-prescription à ce moment.
		Examens complémentaires	Les examens complémentaires aident les patients à accepter la décision de prescription des médecins.
		Ordonnance de réserve	Parfois ils donnent des ordonnances de réserve pour rassurer les patients. Mais en tout cas les patients se fient de la décision du médecin et ne prennent pas l'antibiotique.

## Résultats

		Les comportements des patients ont changé	Les patients plus jeunes sont plus résistants à la prise des médicaments. (Les patients ont changé dans les dernières années. La majorité est au courant de la problématique de la prescription et en conséquence accepte la non-prescription. Parfois il y a aussi des patients qui ont peur d'en prendre. Il y a une pression de la part des médias et des campagnes de préventions.)
Motivations à la sur-prescription		Doutes	Le fait de travailler en cabinet, de n'avoir pas toujours la possibilité de faire des examens complémentaires et de n'avoir pas accès à l'évolution de la maladie du patient, pousse les médecins à prescrire des antibiotiques pour se rassurer, même si un test dit le contraire.
		Résistance des patients	Il y a des patients qui sont résistants à la non-prescription parce qu'ils en ont toujours eu. Mais on parle que d'une minorité. En fonction de la génération et du milieu socio-économique, il y a une idée magique de l'antibiotique comme d'un médicament qui a une capacité de soigner indiscutable et qu'il faut mériter. Pour 2 médecins, il y a des patients qui consultent que pour avoir un antibiotique. Le médecin peut décider d'en prescrire dans ces cas pour ne pas casser la relation de confiance.
		Temps	Pour certains médecins le fait de n'avoir pas beaucoup du temps pendant la consultation pour mener des examens complémentaires ou pour expliquer la décision aux patients, les pousse à prescrire des antibiotiques.
Outils		Diagnostic clinique	2 médecins : L'anamnèse et les examens cliniques aident à décider pour la prescription.
		Examens complémentaires	Les médecins pensent que les examens complémentaires sont faits que s'il y a un doute. Par contre la Radio c'est un instrument essentiel. 1 médecin a une préférence pour la radio du thorax. La prise de sang n'est pas utile pour poser un diagnostic différentiel. Les examens sont faits surtout quand on a peu du temps comme lors de la fin de semaine. 1 médecin dit ne pas faire beaucoup parce que les outils ne sont pas présents en cabinet.

Le troisième thème traité par les participants, concerne les raisons pouvant influencer la décision de prescription. Ceux-ci sont liées en premier lieu à la relation qui s'instaure entre un **médecin** et son **patient**. Les médecins ont parlé de *l'impression clinique* qu'ils se font des patients. Cette dernière, joue un rôle important et primordial dans la décision de prescription.

MED8.78 : [...] Mais l'histoire c'est que ça sert rien à faire des examens s'ils vont pas modifier notre décision. [...] si cliniquement c'est évident qu'il faut des antibiotiques ... et que les examens complémentaires sont ... si les examens

## Résultats

complémentaires vont pas modifier la prise en- la décision de donner des antibiotiques je pense qu'il faut pas les faire. [...]

Ensuite, un autre aspect ayant une influence sur la décision de prescription, est *l'histoire du patient*. Le fait de le connaître, permet au médecin de savoir où il doit mettre le curseur. Par exemple, le fait que les patients aient certaines fragilités joue un rôle dans la décision de prescrire des antibiotiques. En les prescrivant, le médecin se rassure sur des possibles évolutions défavorables de la maladie. Autre à cet aspect, la culture du patient a aussi un impact sur la volonté de vouloir ou pas des médicaments.

MED8.24 : [...] Un patient qui je connais très bien on pourrait avoir une présentation typique que je connais dans laquelle à priori il y aura besoin d'un antibiotique. Emh ... ouais. On peut avoir des schémas qui se répètent et puis qui font qu'on gagne du temps. On va beaucoup plus vite ... ces consultations vont plus vites. Mais qui nous laissent plus temps aussi pour la discussion. On connaît les gens ... on connaît leur état intérieur. On voit la dégradation. Voilà c'est ... c'est beaucoup plus simple que quand on a des patients qui on connaît pas. Mais bon au cabinet on peut aussi avoir des patients qui on connaît pas enfin

Dans la relation médecin-patient, le professionnel recouvre aussi un *rôle d'éducateur*. Cela implique le fait qu'il faut se prendre le temps au sein de la consultation médicale pour éduquer les patients et leur faire comprendre quand serait mieux d'éviter de prendre des médicaments et surtout des antibiotiques.

MED8.23 : Emh ... et alors il y a un peu des situations qui sont à la marge. Si on est fatigué on a peut-être moins envie de se battre contre ces patients qui au final ont peut-être raison. Emh ... et puis ... par contre pour les situations où clairement il y a pas besoin bah c'est bon ... pour moi s'est pas compliqué. Je continue de défendre l'abstention à traiter par antibiotique. Mais ... ouais il faut voir qu'il y a quand-même une pression qui peut être très forte de la part de certains patients. Bon au cabinet aussi en fait. Mais au cabinet on arrive ... on a peut-être plus de temps qu'aux urgences quoi. Pour discuter avec les patients ... on a plus envie disons de les éduquer entre guillemets. Quand ils vont venir et puis savoir comment il s'est ... ou pas qu'ils sont mal habitués

La *confiance* qui se construit tout au long des consultations médicales, c'est un des principes fondamentaux de la relation médecin-patient. En effet, le niveau de confiance a une influence sur l'ouverture du patient aux explications et à la discussion avec le médecin par rapport à la prescription des antibiotiques.

MED6.26 [Non] Le le le niveau de confiance qu'un patient révèle en nous, va ... aider ou pas à prescrire ou pas des antibiotiques, à prendre des risques ou pas

NC27 : Okey

## Résultats

MED6.27 : Si les gens ont bien confiance, on peut leur expliquer + on va dire voilà on va- peut-être qu'il faut des antibiotiques [...]

Une deuxième raison pouvant influencer la décision du médecin, est liée à son **comportement de prescription**. Tout d'abord, les médecins interviewés, ont montré une certaine *réflexivité sur leur propre pratique*. Ils se disent sensibles à la problématique de l'antibiorésistance et aux effets secondaires indésirables de ce médicament. Pour cette raison ils essayent d'éviter d'en prescrire et, pour bien faire, ils essayent de l'administrer que lorsqu'il y a une vraie nécessité.

MED8.18 : Bah ... je suis assez restrictif honnêtement. Je pense que je prescris plus d'antibiotiques quand ... quand je suis des patients pénibles ou je suis fatigué. Mais je suis vraiment assez restrictif. Donc ... j'ai très peu tendance à prescrire des antibiotiques entre guillemets pour rien. Je crois que ça m'arrive un peu prêt jamais

De plus, l'*expérience des médecins* acquise pendant les consultations, aident les professionnels dans la compréhension de la situation, de la nécessité d'éventuelles examens complémentaires et du besoin ou non de prescription d'antibiotique. Même s'ils font des examens, il y a toujours une interprétation de la part du médecin, même sur les examens complémentaires.

MED6.15 : [...] c'est c'est le problème de la clinique c'est que de de d'expliquer ce qu'on fait avec des mots là-dessus c'est pas toujours évident=

**NC16 : =C'est plus automatique**

MED6.16 : C'est une perception globale

**NC17 : Ouais**

MED6.17 : C'est ... c'est l'intuition ... je crois ... avec l'expérience vous sentez que ça va pas

Certains médecins soulèvent le fait que *faire partie des cercles de qualité*, permet de se rendre compte de son propre niveau de prescription.

MED6.22 : [Ouais] Et j'ai la preuve ... c'est que je fais partie d'un centre de qualité médecins-pharmaciens

**NC23 : Ah okey=**

MED6.23 : =Et puis que je suis dans ceux qui prescrivent le moins

Un autre mécanisme qui peut influencer le niveau de prescription d'antibiotique, consiste dans les **stratégies de ne pas les prescrire** développé par les médecins. La première soulevée par les participants, c'est de fixer une *visite de suivi* afin d'éviter d'en donner de la première rencontre.

MED7.18 : [...] mais souvent ceux qui qui sont un peu comme ça pas sûrs je lui propose de les revoir

**NC19 : Mhm**

## Résultats

MED7.19 : Hein ... je les revois aussi si je suis pas sûre moi MAIS surtout au cabinet il y a il y a pas de soucis vous revenez dans trois jours et puis on verra à ce moment-là et puis souvent ça allait

Ensuite, les médecins pensent parfois de donner une *ordonnance de réserve* pour rassurer les patients et éviter une administration immédiate du médicament. De manière générale, les patients se fient de la décision du médecin et ne prennent pas l'antibiotique.

MED5.41 [...] soit on leur dit bah si on les sentent vraiment très fâchés par exemple ça arrive il y en a qu'ils sont fâchés ehm ... je leur dit bah écoutez je vous donne l'ordonnance ... vous y réfléchissiez ... mais cela les deux ou trois fois qui étaient hésitants les ont pas pris quand même les antibiotiques- et ils ont été CONTENTS parce qu'il ont guéri sans

De plus, autre aux aspects directement liés aux stratégies des médecins, les participants pensent que de manière générale *les comportements des patients ont changé*. Plus particulièrement, les patients plus jeunes semblent être plus résistants à la prise des médicaments. La majorité de la population est au courant de la problématique de la sur-prescription et de conséquence elle accepte volontiers la décision de non-prescription. Les médias et les campagnes de prévention, ont joué un rôle crucial dans ce changement de mentalité. Les participants pensent aussi qu'il y a des patients qui ont peur de prendre des antibiotiques.

MED7.15 : Il y en a- il y a beaucoup de patients je pense que c'est la majorité, qui sont très contents si on leur dit vous avez pas besoin d'antibiotiques [...]

MED8.29 : [...] Et puis ces patients bah ... je pense que quand-même il y a un petit peu de ... de battage médiatique. Ils ont lu quelque campagne ... fin ... emh ... l'opinion publique il est en train de changer quand-même avec les patients. Pas que par rapport à ... moi j'ai commencé en ... le stage c'est quand en 2005 ... je trouve ça a déjà pas mal changé. Emh ... et les patients sont prêts à entendre nos arguments en général

Au contraire aux aspects décrit ci-dessus, les interviewés illustrent aussi quelles sont les **motivations à sur-prescrire des antibiotiques**. Tout en premier le *doute* du médecin sur la possible évolution défavorable que la maladie peut avoir sur l'état du patient, les poussent à prescrire un antibiotique pour se rassurer. Le fait de travailler en cabinet, de n'avoir pas toujours la possibilité de faire des examens complémentaires et de n'avoir pas accès à l'évolution de la maladie du patient, sont les raisons principales qui poussent à cette décision.

MED8.68 : [...] Je pense que quand-même que je traiterais le pire que mon ((inaudible)). Les patients rentrent à la maison quand-même. Ils sont pas à l'hôpital dans une lit. On va pas les suivre tous les deux heures. Suivant quoi je préfère être prudent quand-même. Mais ça ne m'est pas arrivé. Sauf erreur

## Résultats

En outre, il y a une minorité des *patients qui sont résistants* à la non-prescription. Cela parce qu'ils ont toujours eu l'habitude d'en recevoir facilement lors d'une consultation médicale. Plus en particulier, en fonction de la génération et du milieu socio-économique, il y a une idée magique de l'antibiotique comme d'un médicament qui a une capacité de soigner indiscutable et qu'il faut mériter. Il y a certains patients qui décident de consulter que pour recevoir un antibiotique. Dans ces cas, le médecin peut décider d'en prescrire motivé par le fait de ne pas casser la relation de confiance.

MED5.42 : [...] des fois il y a un peu de méfiance

**NC43 : Un p'tit peu de méfiance ...**

MED5.43 : Comme si l'antibiotique était un peu un ... la panacée qu'on donnaient aux gens qui le méritaient uniquement XXX =

**NC44 : Ah ... donc c'est le fait qu'ils pensent de ne pas le mériter**

MED5.44 : Un peu ... qu'on veut pas leur faire bénéficier

MED7.17 : [...] et puis il y en a quelques-uns qui viennent en disant maintenant .... JE VIENS PARCE QUE JE VEUX un antibiotique, je veux pas que ça devienne pire ou ça dure déjà depuis des ... des- mais ça c'est plutôt la minorité de ceux qu'on doit CONVAINCRE [...]

Enfin, une autre raison qui pousse les médecins à prescrire des antibiotiques, c'est la question du *temps*. Pendant les consultations, ils admettent ne pas avoir toujours le temps nécessaire pour mener des examens complémentaires ou pour expliquer la décision de non-prescription aux patients, ce qui les pousse à donner des antibiotiques même s'ils ne sont pas sûrs que ça soit vraiment nécessaire.

MED8.20 : Mais souvent ... c'est vrai que c'est plus compliqué de ... d'argumenter. Bah c'est bateau-là mais ça prend du temps d'argumenter au près d'un patient qui tient absolument à son antibiotique. D'argumenter que c'est inutile. Surtout quand on est fatigué on peut imaginer qu'on a moins envie d'argumenter et on a plus facilement envie de retenir ... parce qu'il faut dire aussi qu'il y a une part d'interprétation quoi. [...]

La dernière raison pouvant influencer la décision de prescription, sont les **outils** à disposition du médecin. Pour commencer, les médecins soulignent l'importance primordiale de l'anamnèse et des examens cliniques pendant la prise de décision (*diagnostic clinique*).

MED8.2 : Avec les patients on fait l'anamnèse et voilà. On voit le patient on l'examine. À la fin souvent on se fait une idée si ... si le diagnostic qui a ... si l'absence d'infection bactérienne donne ... l'absence de donner des antibiotiques est claire à la fin de l'anamnèse et de l'examen clinique ... emh ... on s'arrête-là. Puis si c'est nécessaire on fait des examens complémentaires

Ensuite, s'ils ont un doute, les médecins font des *examens complémentaires*. Leur utilisation dépend de leur présence au cabinet et jour de la semaine : en fin de semaine, quand il y a peu de temps, les

## Résultats

médecins avouent d'en faire un peu plus. Ils considèrent la radiographie du thorax un instrument essentiel et disent que la prise de sang n'aide pas à poser un diagnostic différentiel.

MED6.6 : [...] et puis le cas où moi je suis en doute ... mais pour ça il faut que les gens soient complètement ... ouais il faut que l'état général soit déjà bien abaissé ... la fièvre en principe relativement élevée ... OU des gens ou je sais que l'auscultation ça va pas être très fiable- bah s'ils ont ... de l'asthme et puis ... voilà la radio nous aide quand-même ++ puis alors la prise de sang je l'utilise QUASIMENT PAS ouais

### 5.3 Tableau Brut – UltraPro

En troisième nous avons analysé les 4 participants faisant partie du bras UltraPro. Ceux-ci avaient la tâche de diagnostiquer les patients consultant pour une maladie respiratoire basse à l'aide d'algorithme, c'est-à-dire le test de la Procalcitonine en premier, et si le résultat c'était haut, de l'Ultrason pulmonaire. Nous avons identifié 3 thématiques principales : la perception de la Procalcitonine et la vision de l'algorithme, l'étude et les raisons pouvant influencer la décision de prescription.

#### 5.3.1 Perception de la Procalcitonine et vision de l'algorithme

**Tableau 9** Tableau récapitulatif du thème « Perception de la Procalcitonine et vision de l'algorithme » du groupe UltraPro

Thèmes	Catégorie	Sous-catégories	Unités de sens
Perception de la Procalcitonine et vision de l'algorithme	Procalcitonine	Favorable – Procalcitonine	Pour la majorité des médecins la Procalcitonine pourrait aider dans des situations avec des personnes fragiles. C'est quelque chose d'objectif qui peut être utilisé comme argument supplémentaire soit pour le patient que pour le médecin.
		Contre – Procalcitonine	En général les médecins ne sont pas trop convaincus à propos du résultat du test. Il y a la partie subjective du médecin qui prime sur l'objectivité du résultat. Pour 2 médecins il y a une contrainte du temps et de coûts pour faire cet examen. Pour 1 médecin la radio du thorax est plus importante que le résultat de la Procalcitonine dans la prise de décision.
	Ultrason	Favorable – Ultrason	Pour 1 médecin le fait que l'outil c'est d'une dimension petite, le rendre très pratique et polyvalent. Il est aussi apprécié par les patients. 1 médecin pense que le fait qu'il coût moins chère qu'un radio peut être un avantage.
		Contre - Ultrason	Il prend beaucoup de temps de faire un Ultrason. L'interprétation n'est pas facile, pour cette raison c'est difficile avoir une confiance dans le résultat. Pour améliorer la confiance et maîtriser mieux l'outil, il faudrait l'utiliser tous les jours, ce que pour certaines n'est pas possible dans un cabinet de premier recours. C'est un résultat subjectif et opérateur-dépendent. En outre, il y a une question de coût-bénéfices par rapport à cet examen. 1 médecin pense que c'est nécessaire d'avoir une connaissance de l'informatique pour pouvoir utiliser cet outil. Pour la majorité des médecins la formation eue pour l'utilisation de cet outil, n'a pas été suffisante. 1 médecin dit n'avoir pas le temps pour bien se former à Ultrason.

Algorithme UltraPro	Favorable – Algorithme UltraPro	Outre aux points déjà abordés avant, les médecins soulignent l'aspect objectif qui permet d'avoir des arguments supplémentaires, de rassurer les patients et de diminuer la prescription. C'est une aide dans le processus de décision
	Contre – Algorithme UltraPro	Outre aux points déjà abordés avant, les médecins soulignent l'importance de comprendre les coûts liée à son implémentation.
	Proposition pour l'implémentation	Il faudrait former des personnes qui deviennent des experts de l'Ultrason et ne pas le donner à tout le monde. Une autre proposition, ça serait de former les radiologues à l'Ultrason, mais il y a une hésitation par rapport à leur disponibilité à changer de pratique et d'outil diagnostic. Pour 1 médecin il faudrait définir la population avec laquelle on devrait utiliser cet outil. Pour 1 médecins il faudrait que la pratique des cabinets et des urgences soit uniformisée. Pour un médecin ça suffirait que la Procalcitonine pour l'implémentation

Tout en premier, l'analyse a relevé comme thème la Perception de la Procalcitonine et la vision de l'algorithme des médecins interviewés. A partir de ce thème, nous avons pu dégager trois catégories principales. La première a été la vision des participants concernant la **Procalcitonine**. Ils ont exprimé des avis en faveur et des avis contre cet outil. Les médecins identifient parmi les aspect *favorable-Procalcitonine* son côté rapide et objectif, capable de les aider dans la prise de décision avec des patients fragiles. C'est utile comme argument supplémentaires à la fois pour eux-mêmes mais aussi pour rassurer les patients.

MED9.74 : Mais ça pourrait éventuellement nous ... moi j'imagine que chez quelqu'un ... chez qui on a envie de mettre des antibiotiques c'est chez ces personnes qui on doit faire de la Procalcitonine. Et puis si elle ... elle nous dit non ... bah il faut écouter la Procalcitonine. Au moins qu'on a vraiment quelque chose ... de très profond qui dit ça il faut donner des antibiotiques. Mais ça fait appel à notre jugement clinique. [...] Est-ce qu'il faut que ... il y a peut-être des gens qui ont une sensibilité qu'il faut plus et... c'est là où la technique nous aiderait. Donc il faut définir chez qui il faut l'utiliser. Mais là il y a pas de barrière ... c'est assez simple. C'est une prise de sang. Ça prend 10 minutes ... un quart d'heure ... c'est très facile. Donc Procalcitonine oui pour autant qu'on l'utilise juste. Dans les bonnes ... les bons ... les bons patients et puis ... les bonnes indications

Pour ce qui concerne les possibles barrières (*contre*) à l'implémentation du test de la Procalcitonine, les médecins ne sont généralement pas trop convaincus par rapport à son résultat. En effet, il y a toujours la partie subjective du médecin qui prime sur l'objectivité du résultat et qui a un rôle plus important. Pour certains, il y a une contrainte de temps et de coûts par rapport à l'utilisation

## Résultats

systematique de cet examen pendant la consultation. Pour d'autres, la radiographie du thorax maintient un poids majeur dans la prise de décision par rapport au résultat de la Procalcitonine.

MED9.84 : Il y a des fois où moi j'ai très très envie de donner des antibiotiques j'ai peut-être tort ehn. Mais je me vois pas traiter cette personne sans un antibiotique. Pour des raisons chez les gens que j'ai cité tout à l'heure. Emh ... chez ces gens-là ... je transige pas. Je fais peut-être à tort ... peut-être à raison. J'espère en raison. Mais là j'écoute pas la Procalcitonine. Là je me dis bah ... c'est peut-être la marge d'erreur ... c'est peut-être que c'est pas assez développé mais vas se développer demain ou après-demain. Moi je fais confiance à mon nez

Même pour l'**Ultrason**, les participants ont exprimé des avis en *faveur* et *contre* son utilisation et son implémentation. Pour ce qui concerne les premiers, certains médecins ont souligné la praticité de cet outil : il a une dimension petite et il est polyvalent. En outre, il semblerait être plus économique que la radiographie du thorax. Ce test semble être aussi apprécié par les patients.

MED11.57 : Ouais je pense, c'est nouveau ... et puis ouais oui je pense vraiment c'est quelque chose de ... ils apprécient beaucoup le ... l'aspect que c'est un truc assez technique, et puis qu'ils peuvent le faire tout de suite au cabinet, ça oui je trouve qu'ils sont toujours très très intéressés + il y a en a pas mal qui regardent les images ...

Les médecins soulèvent aussi des aspects négatifs (*contre*) en lien à l'utilisation de cet instrument diagnostic. Selon certains, outre au fait qu'il prend beaucoup de temps à la consultation, l'interprétation de ce qu'on voit n'est pas facile. Pour cette raison c'est difficile d'avoir une complète confiance dans le résultat. Pour améliorer la confiance et maîtriser mieux l'outil, il faudrait l'utiliser tous les jours, ce que pour certains n'est pas possible dans un cabinet de premier recours. Tout cela rend le résultat du test subjectif et opérateur-dépendant. En outre, il y a une question de coût-bénéfices par rapport à cet examen. La formation est un aspect qui a été soulevé plusieurs fois par les médecins : si certains pensent que celle proposée par l'étude UltraPro n'était pas suffisante, d'autres ajoutent n'avoir pas le temps pour bien se former à cet outil. Enfin il y a qui pense qu'il faudrait avoir une connaissance de l'informatique pour pouvoir en bénéficier.

MED12.93 : L'Ultrason c'est quand-même lié à la personne qui le fait, donc il y a des gens qui pourront mettre en cause le fait que c'est pas fiable parce que la personne n'est pas bien formée, ou sait pas bien interpréter les images ou al- (soupir) donc ... c'est c'est .... OUI (soupir) ça pourrait ... pour cet outil là en tout cas poser des problèmes donc à mon avis il serait utilisé par des gens qui ont une grande confiance, qu'ils sont prêts à passer du temps à apprendre à se former à ... l'utiliser ... au quotidien quoi

## Résultats

À propos de l'**algorithme UltraPro**, c'est-à-dire la Procalcitonine combinée avec l'Ultrason, les médecins ont soulevé des avis en faveur et contre ce dernier. Outre aux points déjà abordés avant dans les catégories Procalcitonine et Ultrason, comme aspects positifs (*favorables*) les participants soulignent l'aspect objectif qu'il permet d'avoir des arguments supplémentaires pour rassurer les patients et de diminuer la prescription. Ils le considèrent une aide dans le processus de décision.

MED10.8 : [...] c'est extrêmement je trouve pour ma part compliqué de résister à la pression des patients qui parfois réclament absolument un antibiotique. Alors qu'à mon sens c'est complètement injustifié pour une infection respiratoire mais même quel soit haute ou basse. [...]. Donc j'avais un argument béton. Fin pour moi (rires).

MED12.87 : [...] le doute penchait plutôt du côté de l'infection bactérienne et puis en fait bah ... ce doute c'est levé avec le résultat de la prise de sang + donc oui ça ça (rire) même chez les gens comme moi qui sont assez + disons ... obsessionnels avec la prescription d'antibiotiques, ça peut encore diminuer la ... la quantité de traitement qu'on peut donner donc ... OUI il y a un potentiel énorme je pense

Outre aux points *contraires* qu'on a déjà précisé dans la sous-catégorie contre-Ultrason, les médecins soulignent aussi l'importance de comprendre les coûts liés à l'implémentation de cet algorithme.

MED11.127 : [...] Après bah il y a la question quand-même du coût hein c'est vrai que du coup si est pas prêté ... c'est quand-même un coût assez ... assez important pour un cabinet, faudrait être je pense plusieurs médecins pour pouvoir se le partager + donc ça vaille la peine, et ... ouais ouais, faudrait voir si ... si vraiment c'est rentable ou ... ou pas je suis pas sûre en fait soit rentable [...]

Enfin les participants ont avancé des propositions par rapport à l'*implémentation de l'algorithme UltraPro*. Tout en premier, selon eux, ça serait intéressant de former des personnes qui deviennent des experts de l'Ultrason et de ne pas le donner à tout le monde. Une autre proposition, ça serait de former les radiologues à l'Ultrason, mais il y a une hésitation par rapport à leur disponibilité à changer de pratique et d'outil diagnostique. Pour certains il faudrait définir la population avec laquelle on devrait utiliser cet outil. Pour d'autres, il faudrait que les pratiques des cabinets et des urgences soient uniformisées. Pour finir, des médecins pensent que ça suffirait l'implémentation de la Procalcitonine.

MED10.97 : Alors je sais pas si ça serait ... ça serait bien que ce soit implémenté à tous les cabinets. Qu'un médecin soit plutôt expérimenté dans l'Ultrason et est une sorte de référent dans des cabinets de groupe pourquoi pas. [...] Par contre implémenter une Procalcitonine seule ... plus ou moins Ultrason ... on a parlé de l'Ultrason ... mais déjà une Procalcitonine probablement que oui. Fin ça me paraît. Alors là si les cabinets ... si tous les cabinets de médecins de premier recours avec laboratoire ont la possibilité de faire ce dosage-là ... oui. Je pense que tout le monde y adhère à condition que les résultats de l'études prouvent que c'est super fiable.

### 5.3.2 Étude

Tableau 10 Tableau récapitulatif du thème « Étude » du groupe UltraPro

Thèmes	Catégorie	Sous-catégories	Unités de sens
Étude	Vison de l'étude	Temps	Pour 1 médecin l'étude demande beaucoup de temps. Pour cette raison c'est difficile d'inclure des patients.
		Attentes	Il faut attendre la fin de l'étude pour comprendre exactement les améliorations que l'algorithme ou la Procalcitonine peuvent apporter à la pratique du cabinet. Surtout pour ce qui concerne les bénéfices qu'il peut porter au niveau de temps et du prix.

Le deuxième thème ressorti par notre analyse est à propos de l'étude et de la **vision** qui ont eu les participants du bras UltraPro. En premier, selon les médecins, la *temps* pour inclure les personnes dans la recherche est assez long et pour cette raison c'est difficile d'inclure des patients.

MED9.70 : [...] Mais il faut passer du temps de nouveau à leur expliquer. Ça prend à nouveau un peu de temps dire bah voilà l'étude à quoi il sert etcetera. Donc pour nous c'est ... je crois qu'ils ont de la peine à recruter les patients dans l'étude ... c'est pas facile. Parce que ... bah de nouveau. Je pense que cette difficulté au recrutement c'est tout cet aspect temps qui fait que dans la consultation c'est difficile de mettre les gens en cahier et puis de ... on prend sur notre ... notre temps à nous

Les participants soulignent certaines *attentes* en lien avec l'étude. Selon eux, il faut attendre la fin de l'étude pour comprendre exactement les améliorations que l'algorithme ou la Procalcitonine peuvent apporter à la pratique du cabinet. Surtout pour ce qui concerne les bénéfices qu'il peut porter au niveau de temps et du prix.

**DA87 : Mhm ... et Pensez-vous qu'UltraPro a le potentiel de changer votre manière de prendre en charge les infections respiratoires en médecine générale ?**

MED10.87 : Oui. Oui. Moi je pense que si l'étude est menée jusqu'au bout et qu'il y a assez des patients recrutés et ... et qu'ils peuvent faire vraiment toute leurs statistiques etcetera oui. Moi je pense qu'on pourra ... voilà.

MED12.100 : [...] après ... si on arrive à démontrer que il y a un vrai impact économique et un vrai impact ECOLOGIQUE ... je pense que là ça pourrait justifier que ça soit pris en charge et qu'on puisse enfin démarrer [...]

### 5.3.3 Raisons pouvant influencer la décision de prescription

Tableau 11 Tableau récapitulatif du thème « Raisons pouvant influencer la décision de prescription » du groupe UltraPro

Thèmes	Catégorie	Sous-catégories	Unités de sens
Raisons pouvant influencer la décision de prescription	Relation Médecin - Patient	Impression clinique	L'impression clinique du patient et la discussion avec ce dernier, jouent un rôle plus important que les examens dans la prise de décision de prescription. Les examens sont faits que s'il y a un doute. Mais pour ce faire il faut avoir du temps.
		Histoire du patient	Pour les médecins c'est important connaître l'histoire médicale du patient pour décider aussi de leur prise en charge.
		Rôle éducatif du médecin	La majorité des médecins ressentent d'avoir un rôle d'éducateur envers leurs patients. Pour avoir une plus grande compliance, il faut avant tout développer une certaine alliance. Pour ce faire il faut se prendre le temps d'expliquer les choses et de se mettre sur la même longueur d'onde. Tout cela c'est une question de responsabilité envers le bien-être du patient.
		Fausse croyance des patients	Pour certains médecins, dans certaines cultures et selon la région dans laquelle on vit, il y a l'idée qu'on a été soigné que si le médecin a fait des examens et a donné des médicaments. Les antibiotiques sont vus comme des médicaments avec une capacité de guérir absolue et indiscutable.
		Confiance	Le niveau de confiance influence l'ouverture du patient aux explications et à la discussion avec le médecin par rapport à la prescription des antibiotiques.
	Comportement de prescription	Réflexivité sur sa propre pratique	La moitié des médecins, pense ne pas prescrire trop d'antibiotiques. L'autre moitié est consciente de sa sur-prescription. La population avec laquelle sont confrontés est une des raisons. Un d'entre eux, pense avoir diminué la prescription dans les dernières années, l'autre pense au contraire de l'avoir augmenté. En tous cas, tous déclarent d'être sensible à la problématique de l'antibiorésistance.
		Impact des formations	Pour tous les médecins, la formation en Suisse permet de rendre conscients les professionnels sur la problématique de la sur-prescription des antibiotiques.
		Faire partie des études et des cercles	Le fait de faire partie des études et des cercles de qualité, permet aux médecins de se rendre compte de son propre niveau de prescription.
		Expérience du médecin	L'expérience a un grand impact sur la décision de prescription. Elle est plus importante que tous les examens.

Stratégies et motivations de non-prescription	Visite de suivie	Pour 1 médecin les visites de suivi sont un argument à utiliser pour éviter de prescrire des antibiotiques lors de la première visite.
	Examens complémentaires	Les examens complémentaires sont des outils qu'on utilise comme argument supplémentaire pour convaincre et rassurer les patients.
	Les patients sont changés	Pour 2 médecins les patients sont conscients de la problématique de l'antibiorésistance. Pour 1 médecin il s'agit seulement d'une minorité. Cela à cause de la plus grande information à ce sujet pendant ces dernières années, grâce aussi aux médias
Motivations à la sur-prescription	Résistance des patients	Pour 1 médecin il y a une différence entre ville et zone rurale pour ce qui concerne la demande des patients en termes d'antibiotique. En ville la pression du travail amène les personnes à vouloir guérir rapidement. En outre il pense qu'il y a une nouvelle génération de patients qui est demandeuse d'antibiotiques. Pour 1 médecin c'est difficile de résister aux pressions des patients. Surtout avec les patients agressifs. Mais on parle que d'une minorité.
	Temps	1 médecin dit de prescrire plus d'antibiotiques s'il n'a pas le temps d'examiner le patient et on ne peut pas proposer des examens, par exemple en fin journée ou le vendredi.
Outils	Diagnostic clinique	L'anamnèse et les examens cliniques sont à la base de la consultation. S'il ne s'agit pas de patients fragiles, souvent les médecins se limitent à ceux-ci pour poser le diagnostic.
	Examens complémentaires	La majorité des médecins fait des examens complémentaires que lorsqu'il y a un doute. 1 médecin pense qu'utiliser ce type d'outils engendre des coûts non nécessaires. 1 médecin utilise au contraire la CRP quasiment de manière systématique.

Le troisième thème qui a été abordé par les médecins, inclut toutes les raisons pouvant influencer la décision de prescription. La première catégorie c'est la **relation médecin-patient** et à ce propos c'est important de prendre en considération l'*impression clinique* du professionnel sur la personne qui le vient consulter. En effet, la discussion entre le médecin et son patient est plus importante que les examens dans le processus de prise de décision et de prescription. Les tests diagnostiques sont au contraire utilisés qu'en cas de doute et s'il y a suffisamment du temps à disposition.

MED9.13 : Donc au niveau laboratoire si je fais un peu de labo c'est éventuellement une CRP et éventuellement une formule sanguine quand vraiment je trouve que ça va pas. Mais parfois on donne les antibiotiques avant de faire tout ça. C'est le ... l'aide de laboratoire pour la bronchite c'est souvent peu important. C'est plutôt le feeling qui fait qu'on décide antibiotique ou pas

## Résultats

En deuxième lieu, les médecins pensent que c'est important de connaître *l'histoire médicale du patient* pour décider de leur prise en charge.

MED9.88 : L'expérience du patient ... l'expérience du médecin ... l'histoire du patient ... tout ça c'est important. Je pense que c'est ça qui a plus de force.

**DA89 : Donc aussi l'histoire des autres rencontres qui vous avez eu avec le patient**

MED9.89 : Oui oui ... l'historique. Le passé de la personne

En outre, la majorité des médecins ressentent d'avoir un *rôle d'éducateur* envers leurs patients. Pour avoir une plus grande compliance, il faut avant tout développer une certaine alliance. Pour ce faire il faut se prendre le temps d'expliquer les choses et de se mettre sur la même longueur d'onde. Tout cela c'est une question de responsabilité envers le bien-être du patient.

MED9.39 : Oui ... alors moi ça m'intéresse plus déjà. Parce que de nouveau ... prescrire une radio ... okey ... on lit la radio ... voilà. Mais ... ce qui est important c'est d'avoir un contact avec les gens qui montrent qu'on arrive d'abord à les éduquer vis-à-vis de leur santé. Et puis ... bah c'est notre rôle d'éducation de la santé. Et puis après bah de voir qu'ils vont mieux. C'est ça qui est important

MED12.15 : Donc j'ai toujours dit que je préférais passer une demi-heure avec un patient pour que je lui donne pas d'antibiotique plutôt que passer cinq minutes et puis lui faire une ordonnance quoi (soupir) c'est- c'est ... une question de responsabilité aussi

**NC16 : Et il y a des fois des difficultés à parler au patient ... à propos des antibiotiques et expliquer vraiment pourquoi on préfère ne pas lui donner ?=**

MED12.16 : Oui alors il faut pouvoir justifier [...] sinon si on a suffisamment d'éléments pour leur dire que ... bah qu'on PENSE que c'est une infection virale, qui ... va évoluer favorablement spontanément ehm [...]

Les médecins peuvent aussi être influencés dans leur décision de prescription par les possibles *fausses croyances* de certains patients. Pour quelques participants, dans certaines cultures et selon la région dans laquelle on vit, domine l'idée selon laquelle on a été soigné que si le médecin nous a fait des examens et nous a donné un traitement. Les antibiotiques sont vus comme des médicaments avec une capacité de guérir absolue et indiscutable.

MED9.22 : Mais j'ai l'impression que c'est plus en plus que les gens ils ont anti-médicaments en règle générale. J'ai quelque patient du sud ... pas du Tessin mais plus au sud encore. Je pense à une patiente kosovare maintenant qui a des représentations un peu magiques. Et puis les antibiotiques ça fait partie de cette magie. L'antibiotique ... quand on donne pas d'antibiotique on a pas soigné les gens

MED11.26 : ((Rires)) Il y en a qui est vraiment je veux un antibiotique ((rires)) pour moi c'est ... c'est compliqué il faut tout construire si on veut pour essayer de lui faire comprendre c'est pas ça qui est nécessaire [...] je dirais de l'antibiotique ce qui est particulier c'est que ça clive beaucoup les ... les réactions, les gens sont soit

## Résultats

très très pour soit très contre hein + je trouve que c'est difficile de trouver des justes milieux ... avec les ... les patients

**NC27 : Et pourquoi vous pensez que l'antibiotique donne ces réactions opposées ? Quelle est sa particularité ?**

MED11.27 : Il est comme une sorte de ... d'oracle comme ça une sorte de ... il est vraiment MIS sur un [piédestal ...] ouais les gens ont vraiment acquis des ... amalgames infection égal antibiotique

Le niveau de *confiance* c'est un autre facteur qui influence l'ouverture du patient aux explications et à la discussion avec le médecin par rapport à la prescription d'antibiotiques.

MED11.122 : [...] Parce que je pense ceux qui sont vraiment intimement convaincus je suis pas persuadée que l'Ultrason et la Procalcitonine va les rassurer donc ...

**NC123 : Vous pensez que ça va pas aider qu'il y a un test en plus qui dit qu'il faut pas d'antibiotique ...**

MED11.123 : Non ça ouais je suis pas convaincue

**NC124 : Okey**

MED11.124 : Parce que c'est plutôt relationnel c'est ça

**NC125 : Ah ouais c'est plutôt relationnel**

MED11.125 : Oui exactement et l'émotionnel

Un autre groupe de raisons pouvant influencer la décision du médecin, est en lien avec son **comportement de prescription**. Tout en premier, il faut prendre en considération la *réflexivité sur sa propre pratique*. Si une moitié des médecins, pense ne pas prescrire trop d'antibiotiques, l'autre moitié est consciente de sa sur-prescription. Ce comportement de prescription est explicable par la population avec laquelle sont confrontés habituellement. Certains voient une diminution de leur prescription dans les dernières années, d'autres pensent au contraire de l'avoir augmenté. De toute façon, tous les participants déclarent être sensible à la problématique de l'antibiorésistance.

MED10.12 : Oui. Oui. J'espère ... j'espère avoir baissé ma prescription d'antibiotiques. Je pense que j'avais fait le maximum pour la réduire. Alors pas seulement pour ... sur le plan respiratoire. Donc de manière générale. [...]

**NC14 : Donc oui c'est plutôt chez les personnes âgées que vous prescrivez**

MED11.14 : Là il y aura beaucoup plus de prescriptions d'antibiotiques et beaucoup plus je dirais ... hors des recommandations formelles ((rires)) oui

Pour tous les médecins, la *formation* en Suisse permet de rendre conscients les professionnels sur la problématique de la sur-prescription des antibiotiques.

MED9.21 : Ouais non je pense que l'aspect formation c'est vraiment très important. [...] Puis on le sait qu'ici en Suisse on prescrit moins qu'ailleurs heureusement. Les italiens les allemandes et les français prescrivent beaucoup plus que nous. Emh ... Probablement parce qu'on a des formations au niveau de la médecine générale meilleur en Suisse

## Résultats

qu'ailleurs. Fin ça c'est ... des spéculations de beaucoup des choses mais des impressions en tout cas oui

Un autre point soulevé par les médecins, c'est le fait de *faire partie des études et des cercles de qualité*, qui leur permet de se rendre compte de leur propre niveau de prescription.

MED12.9 : [...] on- on fait partie ici d'un cercle de garde ... d'un cercle de qualité pardon + ehm qui sont organisés par des pharmaciens ehm par ... par secteur

**NC10 : Ah okey**

MED12.10 : Ehm ... c'est une formation en fait qui nous permet d'évoluer notre pratique par rapport à nos prescriptions + en fait les pharmaciens RÉCUPÈRENT dans toutes les pharmacies où nos ordonnances arrivent ehm quel type de ... de prescription on fait par classe thérapeutique + donc ehm bah par exemple je sais pas les antidouleurs, les antiinflammatoires et puis entre autres aussi LES ANTIBIOTIQUES alors ... tout type d'antibiotique puis ensuite on peut voire en fonction du type d'infection ce qu'on donne + puis moi je sais que ... depuis que je participe au cercle de qualité j'étais à ehm ... en tout cas ehm vingt à trente pourcent moins de prescriptions d'antibiotiques en moyenne que mes collègues

Enfin, pour les médecins, l'*expérience* a un grand impact sur la décision de prescription. Elle est plus importante que les examens complémentaires.

MED9.84 : Il y a des fois où moi j'ai très très envie de donner des antibiotiques j'ai peut-être tort ehn. Mais je me vois pas traiter cette personne sans un antibiotique. Pour des raisons chez les gens que j'ai cité tout à l'heure. Emh ... chez ces gens là ... je transige pas. Je fais peut-être à tort ... peut-être à raison. J'espère en raison. Mais là j'écoute pas la Procalcitonine. Là je me dis bah ... c'est peut-être la marge d'erreur ... c'est peut-être que c'est pas assez développé mais vas se développer demain ou après-demain. Moi je fais confiance à mon nez

**DA85 : Mhm**

MED9.85 : Et puis ... puis voilà. J'ai quand même ... pas mal d'expérience. Et puis ... puis j'espère de pas me tromper ... mais je pas ... je suis pas sûr de moi mais j'espère

La troisième catégorie abordée par les participants, contient les **stratégies et les motivations de non-prescription des médecins**. Pour certains médecins, les *visites de suivi* sont un des arguments à utiliser pour éviter de prescrire des antibiotiques lors de la première visite.

MED10.21 : Alors je pense que si on leur dit « oui ... vous pouvez » fin ... si je peux les voir ... puis que je ré-conviens un rendez-vous avec eux deux trois jours après mais en mettant un traitement symptomatique et pas d'antibiotique. Je pense qu'ils sont tout à fait aptes à l'entendre ... à le comprendre ... à l'accepter ... avec ou sans arrêt au travail. Et je pense qu'ils se sentent suivi et ça dépend de la relation de confiance établie entre nous entre eux voilà. [...]

## Résultats

En outre, les *examens complémentaires* peuvent être des outils que les médecins utilisent comme argument supplémentaire pour convaincre et rassurer les patients.

MED12.83 : ++ Bon après après de convaincre les gens c'est toujours ... c'est toujours un problème mais si vous avez des ... des choses qui leur montrent par a plus b que ... que c'est pas justifié ... on avait déjà pour des des tests tout simples comme pour l'angine hein strepto-test ... [qui] est vraiment un test pratiqué de routine et puis voilà ça permet de justifier puis de rassurer les gens en disant vous avez pas un streptocoque donc votre angine nécessite pas d'un traitement antibiotique

Selon certains participants, un autre aspect jouant un rôle dans la prescription de médicaments, c'est le fait que les *patients ont changé* aux cours des années. En effet, ils disent que les patients ont développé une certaine conscience de la problématique de l'antibiorésistance, même si pour certains il s'agit que d'une minorité. Cela est explicable par la plus grande information qui est présente à ce sujet, grâce par exemple aux médias.

MED9.21 : [...] Et puis la pression aussi des gens. Parce que je pense que dans les journaux il y a beaucoup des choses qui se disent dans ce côté-là et puis les gens ils ... quand on leur dit antibiotiques ils n'aiment pas trop. Donc c'est aussi la pression populaire qui fait qu'on distribue moins et puis on essaye d'être plus conscient. [...]

MED10.10 : Oui. Clairement. Il y a des publicités pour ... pour ralentir on va dire cette consommation cette surconsommation. Je pense que les patients ... certains en tout cas ... sont de plus en plus sensibilisés. Mais ... il me semble que c'est une minorité. J'ai aucun chiffre ... je n'ai aucune étude. Voilà. Mais je me dis que c'est qu'une minorité que commence à se dire « ah il faut pas abuser des antibiotiques ». Alors ...

Après, les médecins ont aussi parlé des **motivations** qui les amènent à **sur-prescrire les antibiotiques**. Tout en premier, les participants ont expliqué que la *résistance de certains patients* et leur désir de recevoir ce type de médicament peut les influencer dans leur décision de prescription. Selon des médecins, il y a une différence entre ville et zone rurale pour ce qui concerne la demande des patients en termes d'antibiotiques. En ville la pression du travail amène les personnes à vouloir guérir rapidement. En outre, ils pensent qu'il y a une nouvelle génération de patients qui est demandeuse d'antibiotiques. C'est des fois difficile de résister aux pressions des patients, surtout avec ceux qui se manifestent agressifs. Cependant, les participants disent qu'il s'agit que d'une minorité.

MED12.85 : Ça c'est toujours pareil, il y a des gens avec lesquels vous avez feeling et puis d'autres avec qui vous avez pas feeling donc (soupir) les gens qui sont très demandeurs, qui veulent diriger un peu et puis qui disent bah moi je veux ça et puis c'est comme ça + bon moi j'en ai pas beaucoup (rire) j'imagine qu'ils vont chez quelqu'un d'autre + bon ici ce que je disais hein on est pas beaucoup dans une- alors ça devient une grande ville mais ... c'est ... c-c'est pas encore le type de comportement ... qu'on peut voir dans les grands agglomérations je pense ... où les gens sont pressés, c'est

## Résultats

maintenant ou tout de suite ... (soupir) et ouais je tousse depuis deux jours il me faut des antibiotiques quoi

Une autre raison qui amène les médecins à sur-prescrire des antibiotiques, est la pression du *temps*. Certains disent de prescrire plus d'antibiotiques s'ils n'ont pas le temps d'examiner le patient et s'ils ne peuvent pas proposer des examens, par exemple en fin journée ou le vendredi.

MED10.6 : Ouais ça m'est arrivé de pas faire des examens et de donner des antibiotiques. Fin pas d'examens de laboratoire. Parce que plus de personnel est à disposition ... plus d'échantillon pouvait pas être traité. J'allais pas voir ... dans l'admin le résultat. Et puis je disais « bah mais tant pie je tente le tout pour le tout et puis je mets en route... » notamment quand j'étais de ... quand on est de garde ... qu'on fait des gardes dans un autre endroit qu'au cabinet on n'a pas ... on est tous seules et on a rien à disposition. Donc là je mettais ... je prescrivais et puis je mettais pas en route ... fin je mets en route des antibiotiques et je faisais pas d'analyse complémentaires.

Enfin ce qui guide les médecins dans leur prise de décision sont les **outils**. Les participants soulignent que l'anamnèse et les examens cliniques (*diagnostic clinique*) sont à la base de la consultation. Souvent les médecins s'arrêtent à cette étape pour poser le diagnostic, sauf quand il s'agit de patients fragiles ou quand ils ont des doutes.

MED9.1 : Alors je ... je fais une anamnèse dirigée en fonction de ce qu'ils me racontent. S'il y a de la toux je regarde s'il y a des expectorations dorsales ... les volumes des expectorations ou dyspnées associées ... de la fièvre ... depuis quand ça dur ... le caractère de la toux ... s'il fait mal ou pas mal ... des répercussions sur l'état général ... emh ... voilà en gros c'est ça. Puis après je l'examine ... j'écoute ses poumons ... je regarde sa fin gorge ... sa coule ... fin ... parfois le nez pas toujours. Je regard des sinus si c'est ... comment je regarde les sinus en générale ... je fais une percussion. Si c'est douloureux c'est difficile d'examiner mieux les sinus

En conclusion, comme déjà dit, la majorité des médecins mènent des *examens complémentaires* que lorsqu'il y a un doute. Certaines pensent que l'utilisation de ce type d'outils engendre des coûts souvent non nécessaire. Une minorité, utilise au contraire la CRP quasiment de manière systématique.

MED10.3 : Si j'avais une auscultation avec ... de crépitant un état fébrile associé puis une dégradation de l'état général et puis bien sûr après la durée ... depuis quand ça durait ... généralement je faisais faire une prise de sang avec formule sanguine complète et une CRP. Et pas toujours de radio thoracique puisque l'image est ... décalée dans le temps par rapport aux symptômes. Donc souvent je faisais pas de radio du thorax.

## 6 Analyse comparative des résultats

---

Pour analyser les entretiens menés avec les médecins des cabinets faisant partie de l'étude UltraPro, nous avons décidé de nous concentrer sur un bras à la fois. Pour cette raison, nous avons trouvé des thèmes, des catégories et des sous-catégories faisant partie des groupes Usual-Care, Procalcitonine et UltraPro pris individuellement.

Nous avons analysé en premier le bras Procalcitonine, en second UltraPro et en dernier Usual-Care. De manière générale en comparant les trois analyses faites, nous observons que les médecins Usual-Care ont plus développé les catégories et les sous-catégories, qui sont ainsi plus riches.

La première observation des résultats trouvés montre que nous avons dégagé des catégories et des sous-catégories qui sont assez semblables, voire identiques, entre les trois groupes. Notre hypothèse est que cette similarité est due à l'utilisation d'un canevas très similaire pour mener les entretiens entre les trois bras de recherche. Cette analogie entre les résultats nous a permis d'obtenir une saturation des données et en conséquence, la validité des données est adéquate. Nous allons donc approfondir nos analyses sur les récits récoltés auprès de ces 12 médecins en faisant une comparaison entre les trois groupes (4 Usual-Care, 4 Procalcitonine, 4 UltraPro).

### 6.1 Perception de la Procalcitonine, de l'algorithme et de l'étude

#### 6.1.1 Procalcitonine

Tout d'abord, on peut souligner comme de manière générale dans les trois groupes il y a une préférence pour l'implémentation de la Procalcitonine plutôt que de l'Ultrason.

Au contraire des participants faisant partie du groupe Usual-Care, qui n'ont pas utilisé cet examen pendant la période de recherche et qui ont exprimé des doutes sur sa fiabilité et sur son pouvoir discriminatoire, les autres médecins pensent que la Procalcitonine apporte un résultat objectif. C'est un outil simple à utiliser, auquel ils font confiance et qui permet de faire une distinction entre une infection virale et une infection bactérienne de manière plus sûre qu'avec les examens qui sont à disposition actuellement. Toutefois, pour une raison de coûts et de temps, les médecins pensent que cet outil ne devrait pas être utilisé systématiquement dans le cadre des consultations. Ils pensent qu'on doit l'utiliser surtout avec des groupes de populations particuliers : les personnes fragiles, comme les personnes âgées, immunodéprimées ou avec des complications, ou encore les personnes plus

## Analyse comparative des résultats

résistantes qui ont besoin d'arguments supplémentaires pour être rassurées sur la décision de non-prescription du médecin.

### 6.1.2 Ultrason

Pour sa part, l'Ultrason semble être un outil assez subjectif et opérateur-dépendant pour lequel on a besoin d'une formation importante et d'entraînement afin de pouvoir obtenir des images interprétables. Même si les médecins ne considèrent pas suffisante la formation qu'ils ont eue sur l'utilisation et l'interprétation de cet outil, ils ont l'impression que même avec une formation plus longue ce serait difficile de se fier entièrement à ce test. En outre, l'utilisation de cet outil au lieu de la radiographie du thorax ne rend pas complètement confiants les participants. Dans un cabinet privé, à cause surtout du temps limité qu'il y a entre une consultation et l'autre, ce serait assez compliqué d'utiliser systématiquement l'Ultrason. Même si les médecins voient généralement plus de côtés négatifs dans cet outil, ils ont aussi exprimé des points positifs en sa faveur. Tout d'abord, celui-ci est privilégié par rapport à la radiographie du thorax pour ce qui concerne la sécurité du patient. Comme la radiographie, l'Ultrason est aussi considéré intéressant en raison du fait que le résultat de ce test peut être présenté au patient sous forme d'image, ce qui pourrait le rassurer sur la décision de prescription ou non du médecin.

### 6.1.3 Outils diagnostics et étude UltraPro

Par rapport aux points positifs associés à l'algorithme UltraPro les médecins disent avoir confiance en ses résultats. En outre ils voient un bénéfice dans la possibilité de disposer d'un ensemble d'outils diagnostics en *point-of-care* les aidant dans leur prise de décision. Cet outil pourrait leur permettre de changer d'avis dans certaines situations, de se rassurer eux-mêmes en cas de doute diagnostic et de rassurer aussi leurs patients.

Bien que les médecins disent avoir en général confiance en les résultats des tests, leur point de vue subjectif sur la prise en charge a un poids plus important et peut porter à ne pas tenir compte du résultat. Cela à cause du fait qu'aucun outil, même un algorithme, n'est jamais sûr à 100%. Il y aura donc toujours des personnes qui font partie d'une zone grise difficilement identifiable par un algorithme. Pour ces raisons, certains médecins pensent qu'il serait nécessaire d'établir des guidelines à suivre qui permettraient de diminuer le risque d'erreur. Par exemple ils proposent de l'utiliser surtout dans des situations de sévérité ou/et de fixer des visites de suivi pour les personnes pour lesquelles on a plus de doutes, dans le but d'évaluer dans le temps l'évolution de la maladie et d'éviter d'avoir des complications négatives. En effet, les visites de suivi, les examens complémentaires et

## Analyse comparative des résultats

l'ordonnance de réserve sont déjà des stratégies que les médecins utilisent pour éviter de prescrire des antibiotiques lors de la première consultation.

En tout cas, même s'il faut sacrifier beaucoup de temps pour participer à cette étude, la majorité des médecins des trois groupes se dit favorable à cette expérience. Ils pensent quand-même qu'il est nécessaire d'attendre la fin de l'étude pour pouvoir comprendre les bénéfices que l'algorithme UltraPro pourrait apporter dans leur prise en charge des patients atteints de maladies respiratoires basses. En plus l'étude permettrait peut-être de créer des guidelines nécessaires pour une meilleure efficacité de la consultation médicale.

### 6.2 Raisons pouvant influencer la décision de prescription

D'autres points importants ressortis dans nos résultats, ce sont tous les éléments pouvant influencer les comportements de prescription des médecins. A propos de ces derniers, tous les médecins interviewés se disent attentifs et vigilants à leurs niveaux de prescription. La formation de base et post-grade, le fait de faire partie des cercles de qualité et des études et l'expérience acquise par le médecin, sont les aspects qui jouent un rôle sur leur sensibilité au thème de l'antibiorésistance.

Un autre point central dans les discours de la plupart des participants de tous les groupes est l'importance du côté subjectif dans la prise de décision de la prescription ou non des antibiotiques. En effet, lors de la consultation, les médecins mettent en premier plan l'impression clinique qu'ils se font du patient, la discussion qu'ils ont avec lui et l'histoire du patient. Les examens complémentaires sont donc mis en deuxième plan. Ces derniers peuvent être faits lorsqu'il y a peu de temps dans la consultation, quand il y a des doutes par rapport au diagnostic différentiel et avec des patients fragiles.

Même si les facteurs principaux influençant la décision du médecin restent l'impression clinique, l'histoire du patient et le possible résultat à des tests paracliniques, d'autres enjeux sont présents dans ce processus de décision. En premier lieu, le niveau de confiance présent dans la relation influence l'ouverture du patient aux explications et à la discussion avec le médecin par rapport à la prescription des antibiotiques. D'autre part, celle-ci pourrait aussi motiver une décision de prescription par peur du médecin de casser cette relation. En effet, sur ce dernier point, il faut souligner que les patients peuvent avoir plusieurs attitudes face à la décision de prescription d'antibiotiques. Il y a une minorité qui se montre résistante vis-à-vis d'une décision de non-prescription et cela pour plusieurs raisons. Si d'une part cela est dû à l'expérience et à l'habitude des patients de l'avoir toujours reçu, d'autre part il y a aussi des fausses croyances qui alimentent l'idée de l'antibiotique comme d'un médicament

## Analyse comparative des résultats

magique avec une capacité de soigner indiscutable. Ces croyances semblent être en lien avec la culture des patients, leur génération, leur milieu socio-économique et la région dans laquelle ils vivent. En tout cas pour tous les médecins, les patients avec ce type de croyances représentent qu'une minorité de la population. En effet, ils pensent que la mentalité des patients est en train de changer et qu'ils deviennent de plus en plus conscients de la problématique de l'antibiorésistance et à l'écoute des avis des médecins. Cela semble être en lien avec une plus grande circulation de l'information à ce sujet, surtout grâce aux médias.

Dans les discussions avec les médecins, le rôle central d'éducation que le médecin a envers ses patients est souvent ressorti. En effet la majorité d'entre eux pense qu'il faut prendre le temps pour éduquer les personnes qui consultent dans le but de leur faire comprendre par exemple que les antibiotiques ne soignent pas toutes les maladies. Cela permet de renforcer la relation de confiance entre médecin et patient et fait de la consultation un travail d'équipe. Un algorithme, comme déjà dit, sous forme d'argument objectif supplémentaire, pourrait renforcer cette relation et cette discussion.

### 6.3 ConfianceS

Pour conclure, on peut résumer l'analyse comparative des résultats comme un ensemble de confianceS. Cela signifie que l'on observe trois types de confiance : une confiance envers sa propre subjectivité pour le médecin, qu'on peut appeler « confiance en soi » ; une confiance envers les données objectives des tests, qu'on peut appeler « confiance dans les résultats » ; et une confiance au sein de la relation entre le consultant et le consulté, qu'on peut appeler « confiance dans la relation médecin-patient ».

Ces trois types de confiances sont pour la majorité des médecins des constituants essentiels de la consultation médicale. Elles induisent des comportements professionnels adaptés à la situation de chaque patient. Arriver à intégrer ces trois éléments dans la consultation, permettrait d'avoir un impact sur la diminution de prescriptions d'antibiotiques. C'est donc à ce niveau que l'algorithme UltraPro devrait s'inscrire. De manière générale les médecins sont d'accord d'utiliser un nouvel outil dans leur cabinet pour diminuer leurs prescriptions en matière de maladies infectieuses basses. Mais pour que cet outil puisse s'insérer au sein des trois confiances, il y a différents facteurs qui doivent être pris en considération. Comme déjà mentionné, il faudrait définir les coûts de l'utilisation de cet outil. En outre, il serait aussi important de comprendre comment traiter les patients qui peuvent se retrouver dans la zone grise de l'algorithme, en particulier les personnes auxquelles une impression subjective suggère de donner un antibiotique alors que le résultat d'UltraPro conseille le contraire.

## Analyse comparative des résultats

En outre, il serait aussi nécessaire de mieux définir la population à laquelle on doit « soumettre » l'algorithme.

Enfin, vues les difficultés rencontrées par certains médecins avec l'utilisation de l'Ultrason, il faudrait comprendre et définir qui, quand, comment utiliser cet outil : serait-il mieux de former des médecins de cabinet à l'aide de formations continues ou plutôt de former des experts comme des radiologues ?

## 7 Discussion

---

Dans ce chapitre, nous allons contextualiser et tisser des liens entre les résultats de notre analyse comparative et la littérature déjà existante afin de répondre à nos deux questions de recherche principales. Premièrement nous allons déceler quels sont les enjeux liés à la prescription d'antibiothérapie pour les infections respiratoires basses de la part des médecins généralistes. Pour ce faire, nous nous baserons sur un thème ressorti de notre analyse, c'est-à-dire les raisons pouvant influencer la décision de prescription. Sur cette base, nous allons organiser tous les enjeux présents dans le comportement de prescription du médecin autour du concept des « trois confianceS » apparu dans l'analyse comparative des trois bras. Deuxièmement, nous chercherons à comprendre quels sont les systèmes de valeurs qui orientent l'utilisation de l'algorithme UltraPro dans le comportement de prescription des médecins. Plus en particulier, nous essayerons de mettre en lumière les barrières, les ressources et les propositions pour son implémentation. Afin d'y répondre, nous nous appuierons surtout sur les thèmes abordés par les médecins concernant la perception de la Procalcitonine et de l'algorithme, ainsi que leur vision de l'étude.

### 7.1 Quels sont les enjeux liés à la prescription des médecins généralistes concernant l'antibiothérapie pour les infections respiratoires basses ?

Afin de répondre à cette première question de recherche, un dialogue entre les résultats obtenus et la littérature concernant ce thème sera établi. Ensuite les résultats seront résumés et articulés autour du concept de confianceS.

#### 7.1.1 Raisons pouvant influencer la décision de prescription

##### 7.1.1.1 *Comportement de prescription et sensibilité à la problématique de l'antibiorésistance*

En premier lieu, les médecins se disent attentifs et vigilants concernant leur niveau de prescriptions. Leur comportement de prescription et leur sensibilité à la problématique de l'antibiorésistance peuvent être modulés par quatre facteurs principaux. Le premier est leur formation de base et post-grade. Selon Belongia et Schwartz (1998) et Rodrigues et al. (2013), ces dernières permettent de combler l'ignorance et la non-connaissance des aspects caractérisant les maladies bactériennes et virales. En outre, ils soulignent qu'un manque de formation à ce sujet peut amener les médecins à sur-prescrire. À cet égard, l'étude de Onteniente et al. (2018) semble suggérer que les nouveaux médecins montrent une plus grande sensibilité à la question de l'antibiorésistance. Ceci peut être

## Discussion

imputé à un changement dans la formation des nouveaux médecins par rapport à ceux de plus ancienne génération. Conformément à Faure et al. (2009) la participation du médecin à des formations continues et la lecture des journaux spécialisés permettraient également à ce dernier d'augmenter sa sensibilité par rapport à la thématique de l'antibiorésistance. L'étude de Légaré et al. (2013) a pu démontrer comme une formation sur le processus de décision partagée médecin-patient permet de changer la pratique du médecin et de diminuer la prescription d'antibiotiques.

Le deuxième facteur sur le comportement de prescription du médecin, est sa participation à des études. Plusieurs recherches démontrent que la participation des médecins à ces dernières leur permet d'acquérir une plus grande conscience de leur pratique, et par conséquent, de mieux ajuster la quantité de prescriptions. Par exemple, Dekker et al. (2018) ont proposé une étude dont l'objectif était de sensibiliser davantage les médecins sur leurs prescriptions grâce à des interventions à différents niveaux. Ses conclusions permettent de confirmer qu'un tel résultat peut être atteint grâce à la participation des soignants à une étude. Little et al. (2019) arrivent à des résultats semblables ; grâce à son intervention sur la CRP les participants aboutissent à une diminution de 20% du nombre de prescriptions. De manière similaire, la participation à des cercles de qualité permet aux professionnels d'avoir un retour sur leurs prescriptions de la part des pharmaciens, et de comparer ainsi leur pratique avec celle de leurs collègues (Bugnon et al., 2004). La prise de conscience qui en découle garantit ainsi un ajustement de leur pratique de prescription par rapport aux recommandations.

En dernier lieu, un autre facteur influençant le comportement de prescription du médecin sont ses expériences passées (Faure et al., 2009 ; Onteniente et al., 2018). Ces dernières peuvent affecter à la fois le niveau de confiance dans ses propres décisions (Rodrigues et al., 2013) et les pratiques habituelles de sur-prescription (Belongia et Schwartz, 1998).

De manière générale, il y a une connaissance des recommandations actuelles par rapport aux prescriptions et une sensibilité à la problématique de l'antibiorésistance de la part des médecins. Cependant, dans la pratique médicale de tous les jours il y a d'autres facteurs impactant les professionnels qui peuvent faire altérer la qualité des prescriptions (Faure et al., 2009 ; Onteniente et al., 2018)

### *7.1.1.2 Importance de la subjectivité*

Le côté subjectif dans la prise de décision concernant la prescription ou non d'antibiotiques est central pour les médecins. Ces derniers ont exposé différentes facettes de la subjectivité, en soulignant toujours son importance primordiale. Effectivement, ils affirment que celle-ci leur permet d'avoir une certaine liberté dans leur pratique.

## Discussion

La subjectivité est en premier lieu importante en raison du rôle que les médecins donnent à l'impression clinique pendant leur prise de décision. Comme souligné par De Alencastro et al. (2017) cette étape caractérisée par l'examen clinique est suffisante dans la majorité des cas pour poser un diagnostic. Les études de Attali et al. (2008), Faure et al. (2009) et Rodrigues et al. (2013) arrivent aussi à la même conclusion ; l'examen clinique est au centre de la prescription. Cette étape se compose de l'anamnèse et de l'examen du patient à la recherche de signes cliniques (De Alencastro et al., 2017). Elle est en outre caractérisée par un raisonnement intuitif de la part du médecin, imprégné de ses connaissances et de ses expériences passées. C'est à partir de ces éléments, que le médecin s'il sera nécessaire de faire des examens complémentaires ou pas. La présente analyse a montré que les médecins évoquent souvent le fait que les outils diagnostiques sont mis en deuxième plan par rapport à la subjectivité. Si Cals et al. (2009) dans leur étude affirment que les patients préfèrent les compétences cliniques et communicatives du médecin par rapport à l'utilisation de tests diagnostiques, Little et al. (2019) montrent que cette préférence est aussi présente chez les médecins. Le développement de certaines compétences communicatives a un effet plus durable par rapport à la formation à l'utilisation d'un outil diagnostique. Dans certaines situations particulières les médecins utilisent davantage les tests diagnostiques : lorsqu'ils ont peu de temps (Rodrigues et al., 2013) ou des doutes concernant le diagnostic (Cals et al., 2009 ; Anthierens et al., 2015 ; Onteniente et al., 2018), ou bien avec des patients particulièrement fragiles comme par exemple des personnes âgées (De Alencastro et al., 2017).

Ensuite, la deuxième caractéristique qui rend importante la subjectivité pendant la consultation médicale, est la valeur donnée à la communication. Selon Rodrigues et al. (2013) et Fletcher-Lartey et al. (2016) un manque de communication est en lien avec une plus grande prescription d'antibiotiques. De plus, Attali et al. (2008) et Dekker et al. (2018) montrent que de meilleures compétences communicatives sont corrélées à une moindre possibilité de prescription d'antibiotiques et pour Anthierens et al. (2015) à une meilleure prise en charge des patients. Grâce à la communication, une relation intersubjective entre les deux partenaires de soins peut être construite (Bouckenaere, 2007). Cette dernière permet au médecin d'établir un vrai échange avec son patient et de le rejoindre dans son vécu subjectif. C'est grâce à au dialogue, que le patient peut participer au processus décisionnel en négociant le sens de son état (Famy, 2017).

Le dernier élément concernant la subjectivité soulevé par les participants a été l'importance de la prise en considération des caractéristiques du patient et de son histoire. Concernant cet aspect Coenen et al. (2000), Faure et al. (2009), Pasque (2012) et Onteniente et al., (2018) pensent que pour le médecin connaître le patient (son âge, les possibles comorbidités, combien de fois il a déjà consulté, etc.) peut l'amener à décider d'excéder dans leurs prescriptions.

## Discussion

### 7.1.1.3 Facteurs non-médicaux influençant la décision de prescription

Les données recueillies par cette recherche révèlent que les médecins accordent beaucoup d'importance aussi à des facteurs non-médicaux lors de leur décision de prescription. Tout d'abord, ils ont expliqué l'importance du développement d'une relation de confiance avec leurs patients et de sa préservation. Onteniente et al. (2018) soulignent que le patient détient le pouvoir de quitter son médecin au cas où il serait insatisfait de sa pratique de prescription. À ce propos, Guicheney (1974) décrit la relation médecin-malade comme asymétrique en raison du pouvoir du patient de choisir le médecin et de le quitter au cas où le service ou la relation créée seraient insatisfaisants. Selon la définition du mot *confiance* de Larousse (Larousse en ligne, 2020) utilisée par Guicheney (1974) : « sentiment de celui qui se fie, s'en remet à quelqu'un ou quelque chose », ce cas relationnel particulier avec son médecin, serait caractérisé par un sentiment de sécurité. La rupture de ce lien de confiance et sécurité, peut entraîner une séparation des deux acteurs. C'est pourquoi, afin d'éviter cette éventualité, souvent les médecins préfèrent prescrire des antibiotiques qu'ils ne réputent pas nécessaires au niveau médical, mais qui sont bénéfiques dans une optique relationnelle (Stevenson et al., 1999 ; Rosman, 2010 ; Rodrigues et al., 2013) ou qui respectent les attentes des patients (Fletcher-Lartey et al., 2016). Selon les médecins, une bonne relation a une influence positive sur l'ouverture à la discussion et aux explications sur la décision de prescription. De manière générale, depuis une enquête de 2016 menée par l'OFSP, la moitié des consultants se dit preneuse par rapport à des informations supplémentaires sur les antibiotiques proposées par le corps médical. A propos de l'importance de la création d'un espace de discussion entre le médecin et le patient, Rodrigues et al. (2013) soutiennent que ce dernier permet de diminuer la quantité de prescriptions en réduisant les attentes des patients en matière de traitements pharmacologiques. Légaré et al. (2013) précisent que l'inclusion du patient dans le processus de prise de décision diminue sa demande d'antibiotiques. Cependant, Onteniente et al. (2018) soulignent comme cet espace de discussion et négociation est longue et difficile à mettre en place, raison pour laquelle en situation de manque de temps ou d'énergie, les médecins optent souvent pour une prescription médicamenteuse.

Afin de pouvoir se confronter aux patients plus résistants qui demandent explicitement de recevoir un antibiotique, investir dans les capacités communicationnelles est très important pour le médecin (Rodrigues et al., 2013 ; Onteniente et al., 2018). Une première raison de résistance de la part des consultants sont leurs expériences passées et l'habitude de toujours recevoir des antibiotiques. Les patients perçoivent comme efficace ce traitement (Belongia et Schwartz, 1998) et cette croyance est particulièrement présente chez les personnes âgées, puisqu'elles ont toujours reçu des antibiotiques suite à une demande explicite (Onteniente et al., 2018). Un autre facteur portant souvent à une résistance de la part des patients consiste en des fausses croyances au sujet des antibiotiques

## Discussion

(Stevenson et al., 1999). Certains patients ont des connaissances insuffisantes des infections virales et bactériennes et ne savent pas reconnaître les situations où les antibiotiques sont nécessaires ou pas (Belongia et Schwartz, 1998), d'autres pensent que ces médicaments permettent de guérir très rapidement, de justifier le fait d'être allé en consultation (Onteniente et al., 2018) ou de recouvrir le rôle de malade (Parsons, 1951). Le désir de recevoir des antibiotiques est aussi en lien avec une vision erronée de ces médicaments considérés « magiques » et capables n'importe quel problème de santé (Cals et al., 2007). Concernant la vision du grand public de l'antibiorésistance, certaines personnes pensent qu'elle est liée aux individus plutôt qu'aux bactéries et que le problème de la résistance touche/atteint uniquement qui prend beaucoup d'antibiotiques (Norris et al., 2013). Les fausses croyances parmi la population à propos des antibiotiques dépendent de plusieurs facteurs. Par exemple, elles peuvent varier selon la culture et la région. Pechère (2001) grâce à une comparaison interculturelle a pu constater que la demande d'antibiotiques de la part des mères pour leurs enfants varie dans la qualité et la quantité en fonction de leur pays. En comparant des études menés sur une population française avec d'autre avec des personnes allemandes, Harbarth et al. (2002) concluent que si les français optent plus pour une demande immédiate de prescription d'antibiotiques, les allemands préfèrent au contraire recourir avant tout à des solutions alternatives. La tendance à recourir plus ou moins facilement aux antibiotiques, peut être retrouvée aussi chez les médecins, pour lesquels sont en vigueur différentes logiques de prescription ; plus restrictives ou plus de réparation qui consiste dans une prescription presque immédiate des médicaments (Rosman, 2010 ; Onteniente et al., 2018). Certains auteurs ont pu montrer également une différence entre les générations, c'est-à-dire à excéder avec une population plus âgée (Onteniente et al., 2018) et entre milieux socio-économique avec une propension à plus prescrire aux personnes ayant un revenu modeste (Stevenson et al., 1999 ; Gaarslev et al., 2016).

Gaarslev et al. (2016) soulignent que la demande explicite d'antibiotiques de la part des patients devait être conçue comme une simple requête de prise en charge. Le patient pourrait ainsi être redirigé vers d'autres médicaments après une explication de la part du médecin à propos du caractère inapproprié de l'antibiotique dans certaines situations.

En tout cas, les médecins interviewés pensent que les patients résistants ne représentent qu'une minorité vue que la majorité de la population est de plus en plus informée sur l'argument « antibiotiques ». Effectivement, l'enquête de l'OFSP de 2016 a mis en lumière que 75% de la population a une bonne connaissance concernant les antibiotiques. De plus, les médias ont un grand impact dans ce changement de mentalité des personnes, comme le soulignent Davey et al. (2002).

## Discussion

### 7.1.1.4 *Le rôle éducateur du médecin*

Notre analyse indique que les médecins interviewés accordent beaucoup d'importance à leur rôle d'éducateur envers les patients. Ce dernier est central dans leur travail et consiste à :

« expliquer les prescriptions et les posologies des médicaments, les risques d'effets secondaires de même que les avantages, observables ou non, que le patient retirera de son traitement, à promouvoir le bon usage des médicaments et produits pharmaceutiques, à expliquer et informer sur la maladie et les traitements, soutenir et accompagner humainement le patient, intervenir dans la gestion des crises, et plus largement informer, promouvoir le dépistage, les vaccinations, et orienter vers des comportements plus favorables à la santé. » (Deccache, 2005, p.10).

Selon l'auteur, ce rôle est plus caractéristique des médecins généralistes travaillant en cabinet que des spécialistes et des médecins exerçant dans les hôpitaux. La fonction éducative n'est pas présente dans toutes la culture médicale des tous les différents pays. À ce propos, Rosman (2010) dans son étude comparative sur la pratique des médecins néerlandais et français, conclut que les premiers sont plus attentifs à éduquer et responsabiliser leurs patients.

Le processus éducatif qui se réalise entre médecins et patients permet à la consultation de devenir un travail d'équipe. Selon Dedienne (2001) ce partenariat est l'une des attentes des patients à propos d'une prise en charge de qualité. Cela permet le passage d'un modèle paternaliste de médecine où le professionnel est vu comme le seul expert, à un modèle de prise de décision partagée où les deux acteurs sont considérés des experts, chacun de son propre domaine (Butler et Prout, 2000) et avec des savoirs hétérogènes (Vannotti, 2002). Le changement de paradigme et l'investissement mutuel des deux participants à la consultation, permettrait de diminuer la quantité des prescriptions (Butler et Prout, 2000 ; Légaré et al., 2013 ; Rodrigues et al., 2013). Pour Bouckenaere (2007) cette relation qui se crée entre soignant et soigné permet au « patient d'accepter de modifier certaines de ses conceptions et de ses comportements, et au médecin de se rapprocher du vécu subjectif du patient » (p. 172). Le travail de coopération permet d'atteindre un équilibre de consensus entre les deux participants (Mercier, 2002). Le renforcement de la relation de confiance qui en découle permet au médecin : de mieux comprendre les préoccupations des patients (Norris et al., 2013), grâce à ses compétences communicatives de les éduquer, de mieux les soigner (Anthierens et al., 2015) et de diminuer la prescription d'antibiotiques (Attali et al., 2008). Le rapprochement au système de valeur et de croyance du patient peut aider le médecin à comprendre que derrière une demande explicite d'antibiotiques peut se celer une requête de prise en charge plus générale, qui peut être nuancée grâce à la confiance instaurée et aux compétences communicatives du professionnel (Gaarslev et al., 2016).

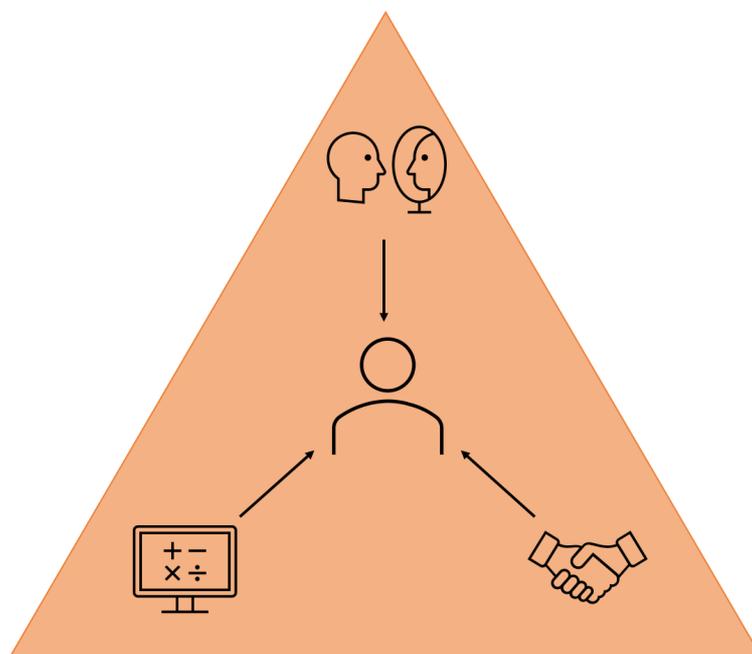
## Discussion

Cependant, selon les médecins interviewés, mettre en place ce dispositif éducatif exige un temps considérable et des bonnes compétences communicatives (Onteniente et al., 2018). Dès lors, les médecins sont souvent amenés à sur-prescrire des médicaments lorsqu'ils ont peu de temps (Belongia et Schwartz, 1998 ; Rodrigues et al., 2013 ; Fletcher-Lartey et al., 2016 ; Onteniente et al., 2018).

Dans cette discussion soignant-soigné, les tests diagnostiques peuvent être utilisés comme des arguments supplémentaires aidant à convaincre les consultants de la décision de prescription et à les rassurer (Butler et al., 2008 ; Anthierens et al., 2012). À ce propos, Tonkin-Crine et al. (2014) trouvent que les patients plus résistants se disent plus convaincus par le résultat d'un test objectif que par les compétences communicatives du médecin. Pour conclure, Cals et al. (2010b) démontrent que l'association d'une amélioration des compétences communicatives des médecins avec l'utilisation d'un test diagnostique semble être la solution optimale afin de diminuer la quantité de prescriptions des médecins.

### 7.1.2 Une question de confianceS

Comme supposé, le médecin dans sa décision de prescription doit tenir compte de tout le dispositif de la consultation. Grâce à notre analyse, nous avons résumé les composantes principales interagissant les unes avec les autres à l'intérieur du dispositif en trois niveaux de confiance : confiance en soi, confiance dans les résultats et confiance dans la relation médecin-patient (figure 1).



**Figure 1** Représentation schématique du concept de confianceS

Le médecin (au centre) dans sa décision de prescription d'antibiotique est influencé par trois types de confiances : la « confiance en soi » (image en haut), la « confiance dans les résultats » (image à gauche) et la « confiance dans la relation médecin-patient » (image à droite).

## Discussion

Premièrement, au sujet de la confiance en soi, nous avons pu mettre en lumière que les médecins ont un comportement de sur-prescription surtout lorsqu'ils ont des doutes (Coenen et al., 2000 ; Rosman, 2010 ; Fletcher-Lartey et al., 2016 ; Onteniente et al., 2018). En effet, l'étude menée par Pajot et al. (2010), montre comme le doute du médecin sur une éventuelle origine bactérienne d'une maladie respiratoire le porte plus souvent à ne pas respecter les recommandations données par un test de laboratoire. Ce résultat confirme et valorise davantage l'importance de l'impression clinique dans la prise de décision du médecin. Cette dernière, comme mentionné dans le sous-chapitre sur l'enjeu de la subjectivité, découle de la confiance que le professionnel a dans ses compétences médicales (De Alencastro et al., 2017) et de ses expériences passées (Belongia et Schwartz, 1998 ; Faure et al., 2009 ; Rodrigues et al., 2013 ; Onteniente et al., 2018). Ces deux derniers aspects sont aussi des critères importants pour la satisfaction du patient par rapport à la prise en charge (Dedienne, 2001), ce qu'en effet correspond avec le rôle d'expert du médecin (Parsons, 1951) et sa position élevée due à son savoir et son savoir-faire (Famy, 2017).

Deuxièmement, afin d'atteindre une décision sur la prescription, les médecins doivent faire confiance aux résultats des tests qu'ils peuvent utiliser pour le dépistage/diagnostic. Comme le trouvent Cals et al. (2009), Pajot et al. (2010) et Anthierens et al. (2015) les outils diagnostiques complémentaires peuvent être utilisés comme support lorsque la confiance en soi du médecin s'affaiblit en raison d'un doute quant au diagnostic à poser. Lorsqu'un médecin décide d'utiliser un test, comme démontré par Faure et al. (2009), dans le 90% des cas ce complément l'aide dans sa prise de décision concernant la prescription. Plus spécifiquement, Pasque (2012) en parlant de la radiographie thoracique, dit que c'est un examen dans lequel les médecins ont beaucoup de confiance et sur lequel se basent pour décider de leur diagnostic. Étant donné que le niveau de confiance des médecins dans les différents tests est cependant variable en fonction de leurs caractéristiques, il est important d'investiguer l'acceptation et la perception d'utilité de ces outils chez les soignants avant de les implémenter (Björnsdóttir et al., 2010 ; McNulty et Francis, 2010).

Dernièrement, le troisième niveau auquel les médecins doivent se confronter durant la décision de prescription est celui de la confiance dans la relation instaurée avec les patients. Des auteurs ont essayé de caractériser ce type de confiance :

« Parmi les critères adoptés pour définir la confiance, la compétence, la compassion, la confidentialité, la fiabilité, l'honnêteté, la fidélité, la capacité de communication sont les plus souvent cités. [...] La confiance interpersonnelle se réfère à la confiance construite à travers les interactions répétées entre les patients et les médecins. Dans ce contexte, l'expérience des patients joue un rôle capital. » (Bizouarn, 2008, p. 168).

## Discussion

Guicheney (1974) affirme également que cette confiance est primordiale puisqu'elle entraîne un sentiment de sécurité chez le patient. Guicheney (1974) et Bizouarn (2008) évoquent le fait que, selon les médecins, la confiance que les patients leur font se construit dans la relation duelle et est davantage attribuée à eux comme individus particuliers qu'à la science qu'ils représentent. A propos de la relation de confiance, plusieurs études montrent que les médecins peuvent décider de prescrire des antibiotiques par crainte de casser la confiance construite dans la relation (Belongia et Schwartz, 1998 ; Faure et al., 2009 ; Rosman, 2010 ; Rodrigues et al., 2013 ; Fletcher-Lartey et al., 2016 ; Onteniente et al., 2018). D'après Onteniente et al. (2018) l'antibiotique aurait la particularité de représenter un élément central dans la relation avec le patient, c'est pourquoi ce dernier aurait la possibilité de décider de quitter un médecin si pas satisfait de sa pratique de prescription. En général, si on regarde les critères de satisfaction de la prise en charge nommés par les consultants dans la recherche de Dedianne (2001), ceux-ci se réfèrent à d'autres éléments de la relation de confiance comme l'écoute du médecin, sa disponibilité et la relation de partenariat. L'importance de cette dernière est mise en évidence par Bouckenaere (2007), qui insiste sur combien la coopération ainsi que la prise en considération des désirs et des contraintes de l'autre, permet aux médecins et patients de trouver un équilibre dans la relation. D'où la nécessité de considérer les éventuelles demandes explicites de prescription d'antibiotiques de la part des patients comme des requêtes d'être soignés (Gaarslev et al., 2016 ; Glover et al., 2019).

En guise de conclusion, le médecin dans sa pratique de prescription est influencé par ces trois différents types de confiance qu'il doit apprendre à écouter et articuler à tout moment afin d'optimiser l'exercice de sa profession et le lien entretenu avec ses patients.

### 7.2 Quels sont les systèmes de valeurs qui orientent l'utilisation de l'algorithme UltraPro dans le comportement de prescription des médecins ?

Pour répondre à cette deuxième question, nous allons prendre associer les composantes de la thématique **Représentation de la Procalcitonine et de l'algorithme** à la littérature pour en tirer des conclusions partielles. Ensuite, nous allons les articuler afin de pouvoir effectivement répondre à cette question.

Par rapport à notre première supposition, à savoir que plusieurs facteurs peuvent influencer le médecin dans sa décision de prescription d'antibiotiques, nous avons trouvé qu'effectivement l'algorithme seul n'arrive pas guider les médecins dans leurs décisions. En effet, il y a d'autres facteurs comme la subjectivité, la relation avec le patient et la confiance envers les résultats qui recouvrent un rôle important. Pour ces raisons, en lien avec notre deuxième supposition, l'implémentation d'UltraPro sera possible que lorsque ce dernier pourra s'insérer dans la pratique

## Discussion

quotidienne du médecin, en l'aidant dans la prise de décision. Pour ce faire, comme nous l'avons révélé dans la réponse à la première question de recherche, l'algorithme devrait s'insérer au sein des trois confianceS : « confiance en soi », « confiance dans les résultats » et « confiance dans la relation médecin-patient ».

### 7.2.1 Procalcitonine

En particulier, pour ce qui concerne le premier test qui compose cet algorithme, les médecins qui ont utilisé la Procalcitonine dans l'étude voient cette dernière comme un outil simple à utiliser grâce à sa disponibilité en *point-of-care*. D'après Lhopitallier et al. (2019) et Brahier et al. (2020) ce type d'outils disponibles directement en consultation, comme aussi ce biomarqueur en particulier, permettent « d'optimiser la prescription d'antibiotiques chez les patients avec une infection respiratoire basse. » (p. 689). Beaucoup de participants font confiance au résultat de ce test, qu'ils considèrent comme un outil objectif capable de différencier une infection bactérienne d'une infection virale (Christensen et al., 2020 ; Schuetz et al., 2013) même mieux que le test de la CRP (Gendrel et Bohuon, 2000 ; Simon et al., 2004 ; Briel et al. 2006 ; Schuetz et al., 2012). Ils soulignent que ces composantes positives les aident durant les consultations avec les patients les plus résistants à les rassurer par rapport à la décision de prescription. L'utilisation d'un biomarqueur comme aide à la discussion avec ce genre de patients a été testée par plusieurs études (Butler et al., 2008 ; Anthierens et al., 2012 ; Tonkin-Crine et al., 2014). Cependant, les personnes interviewées pensent que ce type d'outil ne devrait pas être utilisé de façon systématique, surtout en raison de manque de temps et des coûts qui s'ensuivent. C'est important de considérer cette variable du coût-efficacité avant l'implémentation de ce test, comme suggéré aussi par Briel et al. (2008) et Schuetz et al. (2013). De plus, les médecins proposent de l'utiliser seulement dans des cas particuliers, par exemple avec les patients fragiles. C'est effectivement avec ce type de population qu'ils ont tendance à excéder avec les antibiotiques (Cals et al., 2009 ; Pasque, 2012 ; Onteniente, 2018). De toute façon, notre analyse, ainsi que les études déjà existantes à ce sujet, soulignent que ce test doit être conçu comme une aide complémentaire qui ne doit pas se substituer à la clinique (Picart, 2014 ; Christensen et al., 2020). Il semble que le résultat à ce test soit fiable aussi pour la population immunodéprimée en particulier (Bèle, 2008), et présentant des comorbidités en général (Kutz et al., 2014).

Pour conclure, il nous semble que la Procalcitonine s'insère dans le concept de confianceS que nous avons créés. Pour cette raison, une implémentation de cet outil semble possible et bien acceptée par les médecins.

## Discussion

### 7.2.2 Ultrason

Par rapport à l'outil diagnostique de l'Ultrason, les médecins interviewés se sont montrés sceptiques quant à son implémentation. Les principales barrières qu'ils voient, sont surtout la subjectivité nécessaire pour son interprétation et son caractère opérateur-dépendant, ce qui les amène à ne pas se sentir à l'aise avec son utilisation. Ce caractère subjectif de l'Ultrason a été aussi retrouvé dans la littérature : si Favre et Leuenberger (2006), Correas et Pol (2012), Skaarup et al. (2017) et Liu et al. (2019) mettent en lumière l'importance de l'expérience de l'examineur dans le résultat du test, Peultier et al. (2013) ajoutent que cela rend l'examen difficile à interpréter *a posteriori* par un autre individu. De plus, les personnes interviewées voient aussi un autre obstacle, notamment le temps nécessaire pour apprendre à utiliser correctement cet outil (Favre et Leuenberger, 2006). Cependant, certaines études arrivent à des résultats opposés sur ce point de la formation et l'apprentissage (Chavez et al., 2014 ; Bornemann et al., 2018 ; Liu et al. 2019). Cela serait dû au fait que la majorité des études prennent en considération des utilisateurs experts (Chavez et al., 2014). Outre le temps nécessaire pour se former, les interviewés ont aussi identifié comme une limite le temps nécessaire pour examiner le patient avec l'Ultrason. Ils ont avoué que c'est une démarche longue et par conséquent impossible à s'insérer dans leur pratique quotidienne. A ce propos, si Chavez et al. (2014) dans leur méta-analyse concluent que cet examen est rapide, Skaarup et al. (2017) affirment qu'il y a une différence significative entre le temps employé par des consultants experts et le temps employé par des consultants novices pour mener cet examen.

Bien que les points négatifs soulevés par les médecins concernant l'Ultrason soient importants et prédominants en comparaison avec les aspects positifs, ils pu également nommer quelques qualités de la machine. Par exemple un des avantages évoqués par les médecins, est le caractère plus sûr puisque non-radiant de l'Ultrason pulmonaire pour les patients par rapport à la radiographie du thorax (Peultier et al., 2013 ; Chavez et al., 2014 ; Gargani et Picano, 2015 ; Bornemann et al., 2018 ; Lhopitalier et al., 2019). Enfin, les médecins soulignent la réaction positive des patients à cet examen (Peultier et al., 2013) en disant que le fait de pouvoir avoir une image pourrait les rassurer par rapport à leur prise en charge (Claret et al., 2016).

En conclusion, les médecins ont de la peine à assurer les trois niveaux de confiance avec l'utilisation de l'Ultrason. Ceux qui semblent présenter le plus de criticités sont la « confiance en soi » liée au manque de sécurité dans la manipulation de cet outil et la « confiance dans les résultats » qui en découle, en étant un test opérateur-dépendant. Pour ces raisons, l'implémentation de l'Ultrason doit faire face à plusieurs barrières encore.

### 7.2.3 Outils diagnostics et étude UltraPro

Pour ce qui concerne les outils diagnostiques en général et l'algorithme UltraPro en particulier, les participants ont souligné l'importance de pouvoir disposer d'outils diagnostiques en *point-of-care*. C'est notamment l'indisponibilité au cabinet de ce type d'examen complémentaires peut amener le médecin à une sur-prescription (Rodrigues et al., 2013). C'est pour cette raison que la présence d'un test rapide devient nécessaire pendant la consultation. Les tests *point-of-care* ont l'avantage de permettre au consultant de prendre des décisions médicales rapidement (Gargani et Picano, 2015) et de faciliter le diagnostic et l'accompagnement du patient (Vashist, 2017). C'est pourquoi, la présence d'un examen complémentaire devient nécessaire dans la consultation en permettant d'affiner le diagnostic et d'optimiser la prescription d'antibiotiques (Trevino et Weissfeld, 2007 ; Faure et al., 2009 ; Pasque, 2012). Apparemment, cet effet semble être plus important avec les tests rapides (Prod'hom et Bille, 2008 ; Brahier et al., 2020). En outre, les médecins mettent en évidence le pouvoir rassurant de ces tests pour eux-mêmes, en diminuant l'incertitude diagnostique (Cals et al., 2009 ; Pasque, 2012 ; Rodrigues et al., 2013 et Anthierens et al., 2015), ainsi que pour leurs patients (Butler et al., 2008 ; Anthierens et al., 2012 ; Gerber et al., 2014 ; Tonkin-Crine et al., 2014 ; Claret et al., 2016). Comme déjà mentionné pour la Procalcitonine et dans les comportements de prescription en général, les médecins pensent que la subjectivité au sein de la consultation est très importante (Attali et al., 2008 ; Rodrigues et al., 2013), même plus que le résultat d'un test (Faure et al., 2009). Selon eux, décider de la nécessité d'antibiotiques seulement en se basant sur le résultat d'examen paraclinique est impensable (Picart, 2014 ; Christensen et al., 2020). Cela en raison du fait que s'ils ne sont pas complètement sûrs, ils n'arrivent pas à cibler une zone grise de patients et ne peuvent pas prendre en considération tous les facteurs. En effet, selon Trémolières, (2003) la prescription est une décision de probabilité ; à partir d'une donnée objective, des facteurs subjectifs d'incertitude interviennent. Pour faire face aux difficultés qu'on pourrait rencontrer dans le choix d'utiliser UltraPro au sein des consultations et à se fier à ses résultats, les médecins proposent de rédiger des *guidelines* afin de diminuer la possibilité d'erreur du professionnel. A ce sujet, Grimshaw et Russell (1993) remarquent que l'utilisation de recommandations permet d'améliorer la pratique au cabinet. Grol et al. (1998) soulignent que les recommandations doivent être précises afin d'être suivies par le médecin. Selon les participants, l'algorithme pourrait être utilisé que dans des cas particuliers, par exemple avec une population fragile ou dans des situations de sévérité. A ce propos, c'est surtout avec les patients âgées (De Alencastro et al., 2017) et avec ceux pour lesquels il y a des doutes, que l'utilisation de tests est recommandée (Cals et al., 2009). Une autre recommandation proposée pour l'algorithme UltraPro est d'utiliser davantage de stratégies de non-prescription. Par exemple, ils proposent pour faire face à la zone grise du résultat du test, de fixer des visites de suivi afin de

## Discussion

monitorer l'état du patient (Tremolières, 2003 ; Saliba-Gustafsson et al., 2019) ou de donner une ordonnance de réserve au cas de péjoration des symptômes (Gerrity et al., 1992 ; Mousquès et al., 2003 ; Brander et Perdrix, 2014 ; Little et al., 2014).

L'idée d'un algorithme en *point-of-care* semble avoir le potentiel de respecter les trois niveaux de confianceS, surtout si accompagné par des recommandations précises par rapport à son utilisation (Qui l'utilise ? Quand ? Comment ?). Cependant, la part de l'algorithme UltraPro qui pose problème aux médecins, est celle concernant l'Ultrason pulmonaire. Pour cette raison, une implémentation de la seule Procalcitonine semble être recommandé

## 8 Expérience vécue des chercheurs

---

### 8.1 Réflexivité Daniel Geis

Dans ce chapitre, je vais essayer d'exposer mes réflexions sur le sujet de ce travail de Master, de parler de l'expérience de mener une recherche qualitative en collaboration avec le Chuv et du travail avec ma collègue.

Le jour où Mme Fasseur nous a présenté la possibilité de faire ce travail de Master, j'étais très content et tout de suite très motivé. L'idée de pouvoir mener une recherche qualitative en collaboration avec une étude quantitative explorant l'implémentation d'un nouvel outil diagnostique mené par une équipe du Chuv, me semblait une grande opportunité. Pour cette raison, la décision de postuler pour ce mémoire n'a pas été difficile.

Après une première rencontre avec l'équipe UltraPro, nous avons pu mettre les bases pour notre recherche. Les médecins ont tout de suite montré leur enthousiasme à collaborer avec Nina et moi et nous ont expliqué leur volonté de publier un article avec les résultats de notre étude. L'ajout du point de vue qualitatif au quantitatif, permettra de mieux comprendre les représentations que les médecins ont de ce nouvel outil et, par conséquent, de mieux adapter son implémentation. Cette rencontre et la discussion avec les médecins, m'a encore plus motivé à m'investir dans ce travail.

À partir de ce moment, j'ai commencé, avec ma collègue, à rédiger le mémoire en commençant par l'introduction de la problématique ainsi qu'une première rédaction des trois canevas de recherche. J'ai été tout de suite confronté à une première difficulté : la taille du travail. En effet, pendant ma carrière académique, j'ai rédigé un grand nombre de dossiers et de rapports, mais pour la première fois, il s'agit d'un grand travail qui va se conclure par la publication d'un article. La pression de bien faire était donc plus grande que d'habitude. De plus, il s'agit d'une recherche très médicale et par conséquent, il est nécessaire de maîtriser certains concepts et un vocabulaire qui diffèrent de ceux psychologiques. Heureusement, nous sommes deux à faire ce travail, ce qui nous a permis de nous soutenir tout au long de la recherche dans les moments de difficulté.

Travailler avec l'équipe UltraPro n'a pas été toujours facile d'un point de vue organisationnel et de compréhension, cela pour deux raisons principales. La première raison est en lien avec le fait qu'on

## Expérience vécue des chercheurs

se situe sur deux niveaux différents en tant que psychologues et en tant que médecins, avec chacun son propre vocabulaire, ses méthodes et ses modèles de références. Passer d'un vocabulaire à l'autre n'est pas si facile, surtout lorsqu'on mène un travail impliquant une méthode qualitative. Malgré ces différences et grâce aux efforts mis en place de part et d'autre, nous sommes arrivés, chaque fois, à trouver un accord pour la suite du travail et surmonter avec succès, chaque étape de la recherche. Les différents rendez-vous eus, nous ont permis de discuter des différents points de vue et de trouver des solutions alternatives qui convenaient pour tous. Ce processus s'est passé par exemple, lors de la rédaction des canevas de recherche. En effet, avant d'avoir des versions définitives, nous avons dû rédiger 4 versions différentes. Tout ce long processus de co-construction nous a permis d'avoir des canevas répondant aux questionnements de tous.

La deuxième raison découle de la première et concerne la difficulté à fixer des rendez-vous avec l'équipe UltraPro. En effet, en tant que chercheurs étudiants, nous devions effectuer des doubles rencontres pour échanger sur notre travail : une première rencontre un avec la directrice du mémoire et une avec les médecins. Trouver des moments qui convenaient pour toutes les personnes impliquées, était quelques fois difficile. Cela en raison de la grande charge de travail des médecins et de nos disponibilités en tant qu'étudiants. Parfois, il fallait attendre plusieurs semaines avant de pouvoir se rencontrer et discuter. Cet aspect a ralenti le bon déroulement du mémoire. De plus, le Covid-19 a rendu encore plus compliquée cette démarche de prise de rendez-vous. La pandémie a donné des autres priorités aux médecins et nous avons donc dû mettre en pause durant une certaine période la rédaction de notre mémoire.

Faire une recherche qualitative avec une population de professionnels de la santé et spécifiquement des médecins, peut être parfois difficile au niveau de l'organisation des entretiens. En effet, personnellement, j'ai rencontré plusieurs difficultés à ce niveau. Quand nous avons commencé à fixer les rendez-vous avec les participants, je commençais au même moment mon stage dans un EMS. Pour cette raison, mon temps était limité en termes de jours et d'horaires. Avec ma collègue de mémoire, nous avons décidé de nous partager les entretiens, cela représentait donc 6 entretiens chacun. Malheureusement pour moi, les 6 premiers médecins qu'ont accepté de participer à notre recherche n'avaient pas de disponibilités aux horaires et aux jours qui me convenaient. C'est donc Nina qui les a interviewés. Pour la grande partie restante des médecins, il était difficile de trouver un jour libre pour mener les entretiens en raison de leurs consultations surchargées. Pour ces deux raisons, j'ai eu de la difficulté à fixer des rendez-vous. Cette étape a duré plus de temps que nous l'avions prévu, c'est-à-dire 8 mois. Il m'a fallu faire 79 appels téléphoniques et envoyer plus ou moins 25 mails pour y arriver.

## Expérience vécue des chercheurs

De plus, mener des entretiens avec des médecins peut cacher un grand nombre d'imprévus. Dans mon cas j'ai dû faire face à plusieurs médecins en retard dans leurs consultations et par conséquent, avec mon entretien. Une assistante médicale a également interrompu un entretien ce qui a cassé son bon déroulement. Pour finir, après avoir attendu une heure en salle d'attente, une doctoresse a annulé notre rencontre et l'a repoussée au mois suivant. Afin de dépasser ces difficultés, il est indispensable d'avoir une certaine flexibilité et une compréhension de la situation, chose que je pense avoir bien maîtrisé suite à ce mémoire.

Contrairement à mes attentes, les transcriptions des entretiens se sont bien passées. N'étant pas de langue maternelle française, il a parfois été difficile pour moi de toujours comprendre ce que disent les médecins, et ce, d'autant plus qu'ils employaient un vocabulaire médical bien précis. Au fur et à mesure des transcriptions, j'ai pu être plus à l'aise et par conséquent, consacrer moins de temps à ce travail. En relisant les transcriptions effectuées par Nina et moi lors de la phase « accord inter-juge », j'ai pu me rendre compte de certaines erreurs que je faisais, ce que m'a permis encore une fois de m'améliorer.

Lors de la phase d'analyse et de discussion, j'ai finalement pu regarder notre travail d'un point de vue différent. Trouver des éléments qui allaient à répondre à notre problématique m'a permis de me rassurer et de commencer à comprendre les apports positifs de notre pour UltraPro. Cette phase n'a pas été très facile en raison du fait qu'elle requiert une grande concentration et une bonne cohésion entre les personnes impliquées, dans ce cas particulier Nina et moi. Il y a eu de nombreuses discussions et parfois des divergences mais finalement, grâce à la collaboration nous sommes arrivés à un résultat satisfaisant. Nous avons réussi à trouver un équilibre qui nous a permis d'avancer dans le travail et de mieux comprendre ce que nous étions en train de faire. Cela a montré encore une fois l'importance de travailler en équipe et d'échanger les informations et les connaissances pour pouvoir avancer dans une recherche.

Le bon déroulement de ce travail a donc été possible grâce à la bonne relation et la bonne compréhension entre ma collègue et moi. Le fait d'avoir déjà effectué plusieurs travaux ensemble et d'être les seuls étudiants en psychologie de la santé dans notre volé, nous a permis de nous rapprocher tant au niveau académique qu'au niveau personnel. Cela a été très positif pour moi, surtout parce que je savais que je pouvais compter sur quelqu'un prêt à me soutenir dans les difficultés qui pouvaient se présenter pendant ce mémoire.

## Expérience vécue des chercheurs

De manière générale, je pense avoir beaucoup appris grâce à ce mémoire de Master en collaboration avec l'équipe UltraPro. Premièrement, j'ai appris à travailler avec d'autres professionnels ayant des points de vue différents. Cela m'a permis de mettre à l'épreuve ma flexibilité et mes capacités discursives et argumentatives. Deuxièmement, j'ai pu comprendre l'importance d'une bonne organisation du travail. En effet, nous étions plusieurs personnes impliquées dans ce projet : moi, ma collègue de mémoire, ma directrice et les médecins. S'organiser lorsqu'il y a plusieurs personnes impliquées n'est pas toujours évident, mais je pense que grâce à ce travail, j'ai eu la chance d'entraîner et d'améliorer cette capacité. De plus, le fait de devoir interviewer des autres professionnels rend l'organisation encore plus difficile. En effet, il n'est pas toujours possible de faire comme l'on voudrait, il faut donc être prêt à trouver des solutions alternatives. Un autre aspect que j'ai pu améliorer grâce à ce mémoire, concerne le travail de transcriptions et d'analyse. J'ai pu améliorer ma compréhension en français, mes connaissances du vocabulaire médical ainsi que mes capacités générales de transcriptions. L'analyse m'a permis de comprendre encore une fois l'importance du travail en équipe et l'importance d'être capable de discuter pour le bon déroulement d'un travail. Tous ces apprentissages ont été possibles surtout grâce au bon travail que j'ai pu faire avec Nina, ma collègue de mémoire. Je pense que ce travail m'a permis de mettre les bases pour m'améliorer encore plus dans le futur et d'appliquer tout ce que j'ai appris à des possibles recherches qualitatives que je devrai faire.

En outre, le mémoire de Master m'a permis de mieux maîtriser ce que « faire une recherche qualitative » veut dire. Jusqu'ici, même au niveau master, nous avons surtout vu cette méthode au niveau théorique ou appliqué à de petites recherches pour des cours universitaires. Le fait d'avoir pu mettre en pratique un grand nombre de concepts à une pratique plus importante, comme celle d'une recherche en lien avec un hôpital, m'a permis de maîtriser et d'appliquer toutes les compétences que j'ai apprises pendant ces années et qui caractérisent cette méthode. Dans une recherche comme celle-ci, plusieurs personnes sont impliquées. Cela a donc été l'occasion de me confronter à d'autres types de professionnels, de comprendre l'importance du travail interdisciplinaire et d'être prêt à la discussion avec des personnes qu'ont un point de vue différent.

En guise de conclusion, je pense que ce travail m'a également permis de comprendre l'importance de la psychologie de la santé dans le monde de la santé publique. Arriver à mettre en lumière des croyances, des représentations ou, en général, des aspects qui sont souvent négligés par les méthodes classiques de recherche en milieu sanitaire, c'est une chose d'importante permettant d'améliorer le système dans sa globalité. Tout cela m'a permis d'expérimenter, en tant que futur psychologue de la

## Expérience vécue des chercheurs

santé, un poste professionnel possible et quelles sont les améliorations positives que je pourrais apporter. Je suis pour toutes ces raisons très content d'avoir fait ce travail de Master avec l'aide de Nina. Cela m'a permis de mettre en lumière mes capacités en tant que psychologue de la santé, mais aussi en tant que personne.

### 8.2 Réflexivité Nina Canova

L'écriture de ce petit chapitre correspond à la terminaison d'un cycle. D'une part, elle signe la conclusion d'une expérience en tant que psychologue chercheuse d'une durée de deux ans, d'autre part je ressens qu'elle coïncide aussi avec la fin de mon Master en Psychologie de la Santé. Une fois mon Mémoire soutenu, une partie de ma vie dans laquelle mon travail était d'apprendre et de me former, se termine. Je vais ainsi pouvoir accéder à une nouvelle phase inédite et différente. Mes années d'étude en psychologie m'ont aidé à comprendre qu'il est rare, une fois le Master fini, de suivre un parcours linéaire avec une place de travail stable et pleinement satisfaisante. D'une part, le marché du travail actuel nous oblige à être flexibles et à adapter nos idéaux et d'une autre part, parce que nous sommes des êtres en constant devenir et nous ne cesserons jamais, tout au long de l'existence, d'apprendre, de développer nos intérêts et d'élargir nos ambitions. C'est pour cette raison que je n'arrive pas à répondre à des questions à propos de ma future vie professionnelle et que j'éprouve de l'incertitude.

En ce moment, afin de me préparer à m'approcher de l'inconnu, c'est essentiel et vital de regarder en arrière et de faire une réflexion à propos du bagage de connaissances avec lequel j'arrive et qui m'accompagnera dans les futurs défis. C'est à ce niveau que réfléchir sur l'expérience vécue pendant ce Mémoire est essentiel pour moi, du moment qu'elle constitue une partie importante de mon parcours d'étude et de mes apprentissages.

Ce travail qui s'est déroulé sur deux ans, n'a pas été toujours facile. Il est né à partir d'une discussion avec Mme Fasseur pendant le premier cours d'un séminaire que j'ai eu avec elle. Quand elle nous a parlé de cette étude en nous expliquant que les médecins chercheurs étaient à la recherche de deux étudiants en psychologie afin de mener des entretiens qualitatifs semi-structurés avec des médecins généralistes, je me suis subitement enthousiasmée à cette idée. Les liens entre le domaine médical et psychologique m'ont toujours intéressé, raison pour laquelle j'ai décidé de me spécialiser en psychologie de la santé. J'étais enchantée d'avoir l'opportunité de conduire un Mémoire de Master me permettant d'approfondir mes connaissances à propos des maladies, des professionnels de la santé et des personnes malades. Ma motivation venait également du fait que ce travail se composait d'une partie pratique qui m'a permis de m'exercer et d'améliorer mes qualités en tant qu'intervieweuse.

## Expérience vécue des chercheurs

Avant cette expérience, j'avais conduit quelques entretiens dans le cadre de certains travaux pratiques inclus dans mon cursus d'étude. Ces expériences s'étaient globalement bien passées mais elles ne me permettaient pas de me sentir complètement à l'aise dans mon rôle d'intervieweuse. L'occasion de mener un entretien semi-structuré s'est présentée de façon sporadique pendant les 5 ans d'Université, ce qui ne m'a pas permis d'énormément accroître mon savoir-faire pratique et la confiance en moi. En outre, cette expérience a été la première fois où les entretiens conduits n'avaient pas seulement un but académique, mais pratique car j'étais face à une équipe de médecins chercheurs qui nous avait commissionné à ce travail et qui avait des attentes particulières quant aux résultats. De plus, vu qu'avec Daniel nous nous étions partagé les 12 entretiens, j'avais aussi peur de décevoir mon collègue et je ressentais une responsabilité car mes entretiens influençaient son travail et sa note finale. Le fait de devoir mener les entretiens en français, qui n'est pas ma langue maternelle, a joué aussi un impact sur mon niveau d'agitation et sur le poids perçu des attentes des autres personnes.

Si j'analyse les six entretiens que j'ai conduit, je peux observer une progression quant à mon expérience dans le rôle d'intervieweuse. Je me suis sentie de plus en plus à l'aise, ce qui m'a permis une plus grande spontanéité et plus grande richesse des entretiens. Par exemple, si les premières fois mes relances étaient des interrogations du type questions référentielles, au fil des entretiens j'ai varié le type de mes interventions. Me réécouter après l'entretien a permis d'une part de repérer les aspects dans lesquels je pouvais m'améliorer et d'autre part d'augmenter la confiance en moi et dans mes capacités en tant qu'intervieweuse. Cela m'a rassuré, m'a permis de réguler mon stress avant les entretiens et de pouvoir les vivre d'une façon plus sereine. Ces raisons m'ont amené à changer ma perception de la phase de transcription. Si je la voyais plutôt comme un « devoir » nécessaire à l'analyse et à l'élaboration des résultats, le fait de transcrire mes entretiens m'a permis d'adapter mon comportement et de me sentir plus en confiance. J'ai ainsi commencé à concevoir cette phase comme centrale et très enrichissante en tant qu'aide à la progression et le développement des idées pour l'analyse des résultats. En outre, se réécouter après la conversation, permet aussi de donner une nouvelle signification à l'échange et à des parties que nous avons perçu sur le moment d'une façon erronée. Elle permet de prendre du recul, avoir un autre point de vue sur la discussion avec l'interviewé.e et percevoir des détails que nous n'avions pas saisi avant.

Mon savoir-faire en tant qu'intervieweuse doit s'améliorer davantage et cette expérience m'a permis de comprendre qu'il est nécessaire de m'exercer en faisant le plus d'entretiens possibles, en me mettant à l'épreuve, en me réécoutant et en améliorant comme ça interviews. En outre, j'ai pu voir qu'en diminuant le niveau d'anxiété et de stress face aux entretiens, leur déroulement devenait plus harmonieux et leur contenu plus enrichissant.

## Expérience vécue des chercheurs

De manière générale, comme nous l'avons expliqué dans la partie méthodologique de ce travail, il y a eu plusieurs inconvénients et défis à surmonter au fil du déroulement de ce Mémoire. Par exemple, travailler avec une équipe de médecins qui avait des idées très précises par rapport aux résultats escomptés de l'analyse de nos entretiens a été très cadrant et nous a permis de pouvoir suivre un fil rouge tout au long de cette expérience et de ne pas oublier les objectifs finaux, d'autre part ça a été des fois compliqué de faire correspondre notre travail qualitatif avec les exigences de médecins chercheurs habitués à travailler sur des données quantitatives. Cela a surtout compliqué et prolongé la phase de la rédaction du canevas de recherche. En effet, pour le réaliser, il a fallu plusieurs rencontres avec l'équipe médicale quelques mois pour le finaliser.

Une autre difficulté rencontrée a été la prise de contact avec les médecins à interviewer. Il a fallu leur téléphoner et leur écrire plusieurs fois afin de trouver une disponibilité pour mener l'entretien. Je me suis rendue compte que de travailler avec le corps médical était particulier. Leur profession prend énormément de temps et d'énergie et c'est pour cette raison qu'en tant que chercheurs il est important de s'adapter au maximum à leurs disponibilités. L'expérience avec les six médecins que j'ai interviewé a été positive car ils ont été très disponibles à mener l'entretien. Cependant, j'ai pu observer une différence entre les médecins qui avaient inséré l'entretien pendant une journée de consultations avec ceux qui l'avaient fixé pendant un jour de vacance. Si dans les entretiens avec les premiers il y a eu quelques interruptions par le téléphone ou l'assistante médicale qui ont accentué la pression du temps, les deuxièmes étaient plus relaxés et sont mieux arrivés à se dédier à la discussion sur UltraPro.

Un dernier problème rencontré est dû à la période particulière de la pandémie qui a retardé notre travail et a compliqué les rencontres avec mon collègue pour continuer l'élaboration de notre mémoire. Le Covid-19 nous a ralenti surtout pendant la période de semi-confinement entre mars 2020 et mai 2020, car j'étais au Tessin tandis que lui était à Lausanne. La collaboration était compliquée.

Ce Mémoire est le résultat d'un dialogue entre les méthodes qualitatives et quantitatives. En effet ce travail fait partie d'une recherche conduite par une équipe de médecins chercheurs qui a utilisé la méthodologie quantitative afin de comprendre l'acceptation générale de l'Algorithme UltraPro par les médecins généralistes. Cet échange entre les méthodologies n'a pas toujours été facile, comme déjà expliqué pour la phase de rédaction du canevas des entretiens. Cependant, faire dialoguer les grandes tendances et les règles générales avec la singularité de l'expérience vécue par chaque médecin interviewé, a été enrichissant et a permis d'arriver à des résultats plus complets, incluant les différentes réalités existantes. Comme dans chaque relation, aussi entre deux méthodologies

## Expérience vécue des chercheurs

différentes, il est important de comprendre les particularités des deux parties et de les reconnaître dans leur unicité.

Un autre enseignement lié à ce Mémoire, est l'importance d'avoir un suivi régulier par son responsable. Mme Fasseur nous a suivi de près pendant toute cette expérience, en nous accompagnant aux rencontres avec l'équipe médicale d'UltraPro, en corrigeant régulièrement les parties écrites de notre travail, en nous conseillant des articles à inclure et en répondant toujours rapidement à nos e-mails. Étant ma première expérience en tant que psychologue chercheuse, ce soutien constant a été essentiel afin de ne pas me sentir perdue.

Outre l'importance d'un responsable présent, je tiens à souligner la chance que j'ai eu de travailler avec Daniel. Ce Mémoire a été l'énième preuve de notre capacité de collaboration, outre que de notre amitié. Ce n'est pas le premier travail que nous faisons ensemble et nous avons réussi à créer une harmonie de travail et un climat propice à la productivité. Pouvoir être accompagnée par lui pendant l'élaboration de ce Mémoire a été essentiel et grâce à ce travail d'équipe, j'ai appris l'importance de comparer les idées, de se soutenir et de s'écouter.

J'arrive enfin à la fin de ces deux années avec plusieurs enseignements à retenir pour mon futur. D'une part j'ai appris la beauté de la recherche en psychologie, de l'autre je suis plus consciente de mes compétences en tant qu'intervieweuse et je suis motivée à les améliorer. J'ai compris l'importance d'un dialogue entre la méthodologie qualitative et celle quantitative ainsi que les particularités du domaine médical. Je suis plus consciente de la chance de pouvoir être bien suivie ainsi que de choisir avec qui partager ce parcours.

En tant que future psychologue de la santé, ce Mémoire m'a aidé à apprécier davantage l'unicité de notre travail et l'importance de poser un regard psychologique sur une réalité médicale. Dans le domaine des soins, le rôle du psychologue est encore vu comme secondaire à celui du médecin. L'inclusion de cette figure dans les soins médicaux, soit en tant que chercheur que comme clinicien, est précieuse et permet d'élargir et d'enrichir le point de vue sur le sujet étudié.

# 9 Conclusion

---

Depuis toujours, les bactéries ont dû s'adapter à plusieurs environnements et ont ainsi développé la capacité à faire face à plusieurs défis. De nos jours, cette grande capacité de résister est appelée antibiorésistance. Au début de l'ère des recherches sur les antibiotiques (*golden era*) cette problématique, même si déjà existante, ne posait pas de soucis à cause de la continuelle découverte de nouveaux médicaments. Depuis quelques décennies les financements pour les nouvelles recherches ont été arrêtés en raison des grands coûts associés et de l'intérêt pour des nouveaux objets de recherche dans le domaine de la santé.

Ces facteurs ont amené la médecine contemporaine à devoir se confronter avec un problème majeur de santé : l'antibiorésistance. Elle engendre des coûts énormes tant au niveau économique que de la santé publique. Pour ces raisons, plusieurs recherches dont le but est celui de trouver des façons pour contenir ce phénomène et ses possibles effets néfastes ont vu leur essor. Pour ce faire, ces études se sont concentrées à des niveaux différents : certaines sur grande échelle tandis que d'autres sur les croyances spécifiques et les pratiques des acteurs concernés. Parmi ces dernières, certaines vont étudier la pratique de prescription des médecins en consultation, d'autres vont se pencher sur l'influence de la relation médecin-patient, d'autres sur les croyances des patients et d'autres encore sur les outils diagnostiques à disposition du médecin. C'est dans ces conditions que l'étude UltraPro menée par l'institut UniSanté trouve sa place. Son but étant celui de voir l'impact de l'utilisation d'un nouvel outil diagnostique, plus en particulier un algorithme qui combine le test de la Procalcitonine et l'Ultrason (UltraPro), sur la diminution de prescription d'antibiotiques lors d'infections respiratoires basses.

Dans ce travail, grâce à des entretiens semi-structurés de recherche avec des médecins généralistes ayant participé à l'étude et en s'appuyant sur la *Grounded Theory*, nous avons pu mettre en lumière les enjeux déterminants leurs pratique de prescription et leurs valeurs en lien avec l'algorithme UltraPro. Nous avons trouvé que le médecin dans sa prise de décision concernant la prescription d'un antibiotique doit prendre en considération une multitude de facteurs. Il ne s'agit pas d'une pratique uniquement médicale, car le praticien doit gérer plusieurs enjeux à la fois. Tout d'abord, il y a la subjectivité du médecin qui est toujours plus importante que le résultat d'un test paraclinique. Ensuite, il y a tous les facteurs en lien avec la relation médecin-patient et plus en particulier avec la confiance qui se crée entre les deux individus. Souvent les médecins essayent tout ce qu'ils peuvent pour éviter

## Conclusion

de la mettre en péril. C'est par exemple pour cette raison que les médecins donnent davantage d'antibiotiques et c'est dans ce cas de figure que les compétences communicatives du médecin ainsi que des tests performants seraient utiles afin d'éviter une prescription non nécessaire. Une autre situation où les médecins disent qu'un test pourrait les aider, c'est lorsqu'ils ont terminé l'anamnèse et l'examen clinique, mais ils ont encore des doutes à propos du diagnostic. Dans ce cas, un test pourrait les rassurer à propos de la prise en charge. En outre, un test objectif peut aider également les patients sceptiques à propos de la décision du médecin.

Tous ces aspects peuvent être expliqués avec le concept des confianceS qui est ressorti de notre analyse. La pratique de prescription des médecins avec toutes ses composantes doit s'inscrire au sein des trois confianceS. La première est la « confiance en soi » qui consiste dans la subjectivité du médecin qui découle de ses compétences médicales et de ses expériences passées. Ensuite, on a la « confiance dans les résultats » qui correspond au fait de se fier des outils complémentaires qu'on peut utiliser au sein de la consultation. En dernier, on trouve la « confiance dans la relation médecin-patient », faisant référence à la co-construction entre le soignant et le soigné d'une confiance interpersonnelle.

Ce concept de confianceS nous aide aussi dans l'évaluation de l'implémentation de l'algorithme UltraPro en *point-of-care*. Nous avons trouvé que l'algorithme en soi est bien accepté et a le potentiel d'être utilisé par les médecins, mais ils ont une préférence pour le test de la Procalcitonine par rapport à l'Ultrason. Si le premier arrive à s'insérer au sein des trois confianceS, le deuxième est lacunaire en ce qui concerne la « confiance en soi » et la « confiance dans les résultats ». Pour cette raison nous proposons d'implémenter que le test de la Procalcitonine.

Depuis nos résultats, l'utilisation de l'Ultrason en *point-of-care* par les médecins généralistes est compliquée. En ce sens, afin de l'insérer dans les pratiques quotidiennes des cabinets il faudrait définir qui utilise cet outil, dans quelles situations l'utiliser et comment se former afin d'avoir suffisamment confiance dans les résultats et en soi. De plus, l'implémentation à large échelle de l'algorithme de diagnostic prévoit une réflexion préliminaire sur le rapport coûts-bénéfices liés aux tests qui le composent.

Comme nous l'avons pu voir dans nos résultats, les pratiques de prescription varient en fonction de facteurs intrinsèques au médecin. Pour cette raison, une possible suite à notre recherche pourrait consister dans une étude sur l'influence des variables sociodémographiques des médecins sur leur

## Conclusion

positionnement entre les trois confianceS et le comportement de prescription qui en découle. Un autre aspect intéressant à aborder suite à notre recherche est le point de vue des patients. Des entretiens avec les patients pourraient aider à définir comment l'algorithme UltraPro et les comportements de prescription puissent s'insérer au sein des trois confianceS et surtout dans celle entre le médecin et le patient.

En tant que psychologues de la santé, nous proposons différentes interventions afin d'améliorer la prescription d'antibiotiques de la part des médecins comme aussi les croyances à ce sujet des patients. En premier lieu, vue l'importance des compétences communicationnelles du professionnel de la santé, il serait intéressant de proposer des formations continues à ce sujet afin d'agir sur la relation avec les patients et l'améliorer. En effet des études comme celle de Cals et al. (2010b) ont démontré que l'amélioration des compétences communicationnelles associé à l'utilisation d'un test diagnostique, permet d'optimiser la pratique de prescription. Une autre intervention possible consiste à permettre aux médecins de se confronter à leur propre pratique et d'analyser leurs comportements depuis un autre point de vue. Cela correspond à une possible recherche-action basée sur la méthode de l'auto-confrontation. Comme soulevé par Clot et al. (2000) en citant Clot (1999) cette méthode « est au centre du renouvellement que nous proposons en analyse du travail. Mais elle est aussi une contribution à une approche de la santé comme pouvoir d'action du sujet sur son milieu et sur lui-même » (p. 7). De plus comme expliqué par les médecins pendant nos entretiens, une intervention pouvant être efficace sur la diminution de prescription d'antibiotiques, pourrait être celle d'uniformiser les pratiques des hôpitaux, des cabinets privés et des autres institutions de santé. Cela à l'aide de recommandations claires sur les comportements de prescription d'antibiotiques qui soient égalises sur tous.

Pour faire face aux fausses croyances et aux méconnaissances de l'antibiorésistance de la part des patients, il serait utile d'augmenter les campagnes de prévention à ce sujet. En effet, depuis nos résultats, agir par le biais des médias semble avoir un impact positif sur les changements de croyances et des comportements des gens.

Notre travail a aussi des limites. Le premier concerne la planification de la recherche et consiste dans la difficulté à fixer des rendez-vous pour les entretiens et leur déroulement, vue la grande charge de travail des médecins. A ce sujet, pendant nos interviews il y a eu plusieurs interruptions (appels téléphoniques ou questions par les assistants médicales) qui ont dérangé le cours du discours et sa spontanéité. Le deuxième consiste dans un biais de sélection des médecins parce que les participants se sont proposés volontairement. Nous supposons donc que les médecins participants étaient

## Conclusion

intéressés à la problématique de l'antibiorésistance ou à remettre en question leur propre pratique. Cela peut dans une moindre mesure avoir influencé les données récoltées.

Pour conclure, grâce à cette étude nous avons pu mettre en lumière l'importance de la psychologie de la santé au sein des pratiques médicales. Avant tout dans une analyse qualitative de cette dernière et, en deuxième lieu, dans la proposition d'interventions aptes à l'améliorer. Ce mémoire de Master, conduit avec une méthodologie qualitative, va s'ajouter et compléter la recherche quantitative UltraPro. Pourrait paraître impossible de faire dialoguer la méthodologie qualitative, notamment centrée sur la subjectivité et la singularité de l'expérience, avec celle quantitative, plus objective et visant à dégager des règles de fonctionnement générales. Cependant, cette articulation est même espérée en psychologie de la santé, afin de ne pas tomber dans les dérives de l'un ou de l'autre. À ce propos il faut souligner que :

« Le dogmatisme quantitatif pourrait bien à terme supprimer toute substance humaine à la pensée, mais le dogmatisme qualitatif pourrait ouvrir sur un relativisme ramenant chaque discours à sa singularité et considérant la validité scientifique de tous les discours sur le même pied d'égalité. C'est pourquoi, du moins en l'état des avancées de la psychologie, la seule position scientifique reste de tenir compte des idéologies inhérentes aux deux types d'approches méthodologiques et d'accepter leur confrontation. » (Santiago-Delefosse, 2002, p. 205).

## Bibliographie

---

- Abraham, E. P., & Chain, E. (1940). An enzyme from bacteria able to destroy penicillin. *Nature*, *146*(3713), 837-837.
- Admin. (2020). *Santé 2020*. Consulté le 10 octobre 2020. Accès <https://www.bag.admin.ch/bag/fr/home/strategie-und-politik/gesundheit-2020.html>
- Aminov, R. I. (2010). A brief history of the antibiotic era: lessons learned and challenges for the future. *Frontiers in microbiology*, *1*(134), 1-7.
- Andremont, A. (2016). Antibiotiques et antibiorésistance, un avatar singulier de l'histoire planétaire. *Questions de communication*, *1*(29), 15-27.
- Anresis. (2020). *Résistance aux antibiotiques*. Consulté le 15 octobre 2020. Accès <https://www.anresis.ch/fr/>
- Anthierens, S., Tonkin-Crine, S., Cals, J. W., Coenen, S., Yardley, L., Brookes-Howell, L., ... & Butler, C. C. (2015). Clinicians' views and experiences of interventions to enhance the quality of antibiotic prescribing for acute respiratory tract infections. *Journal of general internal medicine*, *30*(4), 408-416.
- Anthierens, S., Tonkin-Crine, S., Douglas, E., Fernandez-Vandellos, P., Krawczyk, J., Llor, C., ... & Verheij, T. (2012). General practitioners' views on the acceptability and applicability of a web-based intervention to reduce antibiotic prescribing for acute cough in multiple European countries: a qualitative study prior to a randomised trial. *BMC family practice*, *13*(101), 1-9.
- Attali, C., Rola, S., Renard, V., Roudot-Thoraval, F., Montagne, O., Le Corvoisier, P., ... & Compagnon, L. (2008). Situations cliniques à risque de prescription non conforme aux recommandations et stratégies pour y faire face dans les infections respiratoires présumées virales. *Exercer*, *19*(82), 66-72.

## Bibliographie

- Bassett, E. J., Keith, M. S., Armelagos, G. J., Martin, D. L., & Villanueva, A. R. (1980). Tetracycline-labeled human bone from ancient Sudanese Nubia (AD 350). *Science*, 209(4464), 1532-1534.
- Bèle, N. (2008). La PCT pour diagnostiquer le sepsis en réanimation, focus sur le patient immunodéprimé. *Réanimation*, 17(3), 5-8.
- Bellini, C., & Troilet, N. (2016). Antibiotic resistance: situation in Europe and Switzerland, and impact for the physician. *Revue médicale suisse*, 12(534), 1699-1702.
- Belongia, E. A., & Schwartz, B. (1998). Strategies for promoting judicious use of antibiotics by doctors and patients. *BMJ*, 317(7159), 668-671.
- Billon-Descarpentries, J. (2000). Essai de théorisation des modèles explicatifs de l'éducation appliquée à la santé. *Spirale - Revue de recherches en éducation*, 25(1), 17-30.
- Bizouarn, P. (2008). Le médecin, le malade et la confiance. *Éthique & santé*, 5(3), 165-172.
- Björnsdóttir, I., Kristinsson, K. G., & Hansen, E. H. (2010). Diagnosing infections: a qualitative view on prescription decisions in general practice over time. *Pharmacy world & science*, 32(6), 805-814.
- Boillat-Blanco, N. (2018). Procalcitonin and lung ultrasonography point-of-care testing to decide on antibiotic prescription in patients with lower respiratory tract infection at primary care level: pragmatic cluster randomized trial [Clinical Study Protocol]. *Infectious Disease Service, University Hospital of Lausanne*. Accès <https://www.clinicaltrials.gov/ct2/show/NCT03191071?term=UltraPro&draw=2&rank=1>
- Bornemann, P., Jayasekera, N., Bergman, K., Ramos, M., & Gerhart, J. (2018). Point-of-care ultrasound: Coming soon to primary care?. *The Journal of family practice*, 67(2), 70-80.
- Bouckenaere, D. (2007). La douleur chronique et la relation médecin-malade. *Cahiers de psychologie clinique*, (1), 167-183.

## Bibliographie

- Brahier, T., Lhopitallier, L., Demars, Y., & Boillat-Blanco, N. (2020). Antibiothérapie guidée par des tests diagnostiques «point-of-care». *Forum Médical Suisse*, 20(4748), 686-689.
- Brander, P., Perdrix, J. (2014). Prescription d'antibiotiques en réserve pour limiter leur surconsommation lors d'infection aiguë des voies respiratoires. *Revue Médicale Suisse*, 10(432), 1220
- Briel, M., Schuetz, P., Mueller, B., Young, J., Schild, U., Nusbaumer, C., ... & Christ-Crain, M. (2008). Procalcitonin-guided antibiotic use vs a standard approach for acute respiratory tract infections in primary care. *Archives of internal medicine*, 168(18), 2000-2007.
- Briel, M., Young, J., Tschudi, P., Hersberger, K. E., Hugenschmidt, C., Langewitz, W., & Bucher, H. C. (2006). Prevalence and influence of diagnostic tests for acute respiratory tract infections in primary care. *Swiss Medical Weekly*, 136(15-16), 248-253.
- Brinkmann, S. (2013). *Qualitative interviewing*. New York : Oxford university press.
- Broniatowski, D. A., Klein, E. Y., May, L., Martinez, E. M., Ware, C., & Reyna, V. F. (2018). Patients' and clinicians' perceptions of antibiotic prescribing for upper respiratory infections in the acute care setting. *Medical Decision Making*, 38(5), 547-561.
- Britten, N. (2005). Making sense of qualitative research: a new series. *Medical education*, 39(1), 5-6.
- Bruchon-Schweitzer, M., & Boujut, E. (2016). *Psychologie de la santé: Concepts, méthodes et modèles*. Paris: Dunod
- Bugnon, O., Niquille, A., Repond, C., Curty, C., & Nyffeler, R. (2004). Les cercles de qualité médecins-pharmaciens: un réseau local reconnu pour maîtriser les coûts et la qualité de la prescription médicale: Médecine de premier recours et pharmacie. *Médecine et hygiène*, 62(2501), 2054-2058.
- Butler, C. C., & Prout, H. (2000). Médecine de premier recours et prescription d'antibiotiques. *Médecine et hygiène*, 58(2317), 1982-1988.

## Bibliographie

- Butler, C. C., Simpson, S., & Wood, F. (2008). General practitioners' perceptions of introducing near-patient testing for common infections into routine primary care: a qualitative study. *Scandinavian journal of primary health care*, 26(1), 17-21.
- Busfield, J. (2010). 'A pill for every ill': Explaining the expansion in medicine use. *Social Science & Medicine*, 70(6), 934-941.
- Cals, J. W., Boumans, D., Lardinois, R. J., Gonzales, R., Hopstaken, R. M., Butler, C. C., & Dinant, G. J. (2007). Public beliefs on antibiotics and respiratory tract infections: an internet-based questionnaire study. *British Journal of General Practice*, 57(545), 942-947.
- Cals, J. W., Butler, C. C., & Dinant, G. J. (2009). 'Experience talks': physician prioritisation of contrasting interventions to optimise management of acute cough in general practice. *Implementation Science*, 4(57), 1-6.
- Cals, J. W., Butler, C. C., & Hopstaken, R. M. (2010b). Limiter la prescription d'antibiotiques en mesurant la CRP et par un apprentissage de la communication ?. *Minerva*, 9(6), 70-71.
- Cals, J. W., Chappin, F. H., Hopstaken, R. M., van Leeuwen, M. E., Hood, K., Butler, C. C., & Dinant, G. J. (2010a). C-reactive protein point-of-care testing for lower respiratory tract infections: a qualitative evaluation of experiences by GPs. *Family practice*, 27(2), 212-218.
- Chavez, M. A., Shams, N., Ellington, L. E., Naithani, N., Gilman, R. H., Steinhoff, M. C., ... & Checkley, W. (2014). Lung ultrasound for the diagnosis of pneumonia in adults: a systematic review and meta-analysis. *Respiratory research*, 15(50), 1-9.
- Christensen, I., Haug, J. B., Berild, D., Bjørnholt, J. V., & Jelsness-Jørgensen, L. P. (2020). Hospital physicians' experiences with procalcitonin—implications for antimicrobial stewardship; a qualitative study. *BMC infectious diseases*, 20(1), 1-7.
- Claret, P. G., Bobbia, X., Le Roux, S., Bodin, Y., Roger, C., Perrin-Bayard, R., ... & de La Coussaye, J. E. (2016). Point-of-care ultrasonography at the ED maximizes patient confidence in emergency physicians. *The American Journal of Emergency Medicine*, 34(3), 657-659.

## Bibliographie

- Clot, Y., Faïta, D., Fernandez, G., & Scheller, L. (2000). Entretiens en autoconfrontation croisée : une méthode en clinique de l'activité. *Pistes*, 2(1) 1-7.
- Coenen, S., Van Royen, P., Vermeire, E., Hermann, I., & Denekens, J. (2000). Antibiotics for coughing in general practice: a qualitative decision analysis. *Family practice*, 17(5), 380-385.
- Collignon, P. (2013). The importance of a One Health approach to preventing the development and spread of antibiotic resistance, *One Health: The Human-Animal-Environment Interfaces in Emerging Infectious Diseases: Food Safety and Security, and International and National Plans for Implementation of One Health Activities*, 1(366), 19-36.
- Correas, J. M., & Pol, S. (2012). Nouveautés dans l'imagerie des hépatopathies: de l'imagerie anatomique à l'imagerie structurale et fonctionnelle en ultrasons. *La Presse Médicale*, 41(2), 153-168.
- Davey, P., Pagliari, C., & Hayes, A. (2002). The patient's role in the spread and control of bacterial resistance to antibiotics. *Clinical Microbiology and Infection*, 8(2), 43-68.
- De Alencastro, L., Clair, C., Locatelli, I., Ebell, M. H., & Senn, N. (2017). Raisonement clinique: de la théorie à la pratique et retour. *Revue Médicale Suisse*, 13(562), 986-989.
- Deccache, A. (2005). Éducation pour la santé: reconnaître les “nouveaux rôles” des médecins et pharmaciens. *La santé de l'homme*, 376, 9-13.
- Dedianne M-C. (2001) *Attentes et perceptions de la qualité de la relation médecin-malade par les patients en Médecine Générale : Application de la méthode par focus groups*. (Thèse de doctorat). Université Joseph Fourier, Faculté de Médecine, Grenoble, France. Repéré à <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00784221/document>
- Dekker, A. R., Verheij, T. J., Broekhuizen, B. D., Butler, C. C., Cals, J. W., Francis, N. A., ... & Van Der Velden, A. W. (2018). Effectiveness of general practitioner online training and an information booklet for parents on antibiotic prescribing for children with respiratory tract infection in primary care: a cluster randomized controlled trial. *Journal of Antimicrobial Chemotherapy*, 73(5), 1416-1422.

## Bibliographie

- Engel, G. L. (1977). The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science*, 196(4286), 129-136.
- Etienne, C., & Pulcini, C. (2015). Évaluation prospective des prescriptions antibiotiques d'un échantillon de médecins généralistes français. *La Presse Médicale*, 44(3), e59-e66.
- European Centre for Disease Prevention and Control/European Medicines Agency Joint Working Group (ECDC/EMA). (2009). *The Bacterial Challenge: Time to React*. Consulté le 10 novembre 2020. Accès [www.ecdc.europa.eu/en/publications/Publications/0909\\_TER\\_The\\_Bacterial\\_Challenge\\_Time\\_to\\_React.pdf](http://www.ecdc.europa.eu/en/publications/Publications/0909_TER_The_Bacterial_Challenge_Time_to_React.pdf).
- Fainzang, S. (2003). Les médicaments dans l'espace privé : gestion individuelle ou collective. *Anthropologie et sociétés*, 27(2), 139-154.
- Fainzang, S. (2006). Transmission et circulation des savoirs sur les médicaments dans la relation médecin-malade. In J. Collin, M. Otero & L. Monnais (Ed.), *Le médicament au cœur de la société contemporaine* (pp. 267-279). Montréal : Presse de l'Université du Québec.
- Famy, A. (2017). Interactions médecins/patients : pratique discursive et transmission des savoirs. In *Journées thématiques 2017 école doctorale Cognition, Comportements, Langage(s)*.
- Fasseur, F. (2018). Qualitative analysis in psychology: Grounded theory methods. *Etudes théologiques et religieuses*, 93(4), 577-590.
- Faure, H., Mahy, S., Soudry, A., Duong, M., Chavanet, P., & Piroth, L. (2009). Déterminants de la prescription ou de la non-prescription d'antibiotiques en médecine générale. *Médecine et maladies infectieuses*, 39(9), 714-721.
- Favre, L., & Leuenberger, P. (2006). Pneumologie. Cytoponction transbronchique guidée par ultrasonographie (EBUS-tBNA). *Revue médicale suisse*, 2(47), 52-56.
- Fischer, G.N., & Tarquinio, C. (2014). *Les concepts fondamentaux de la psychologie de la santé*. Paris : Dunod

## Bibliographie

- Fletcher-Lartey, S., Yee, M., Gaarslev, C., & Khan, R. (2016). Why do general practitioners prescribe antibiotics for upper respiratory tract infections to meet patient expectations: a mixed methods study. *BMJ open*, 6(10), 1-8.
- Gaarslev, C., Yee, M., Chan, G., Fletcher-Lartey, S., & Khan, R. (2016). A mixed methods study to understand patient expectations for antibiotics for an upper respiratory tract infection. *Antimicrobial Resistance & Infection Control*, 5(39), 1-9.
- Gargani, L., & Picano, E. (2015). The risk of cumulative radiation exposure in chest imaging and the advantage of bedside ultrasound. *Critical ultrasound journal*, 7(4), 1-4.
- Gendrel, D., & Bohuon, C. (2000). La procalcitonine, un marqueur de l'infection bactérienne. *Médecine et maladies infectieuses*, 30(8), 497-509.
- Gerber, M., Kraft, E., & Bosshard, C. (2014). Décision partagée—Médecin et patient décident ensemble. *Bulletin des médecins suisses*, 95(50), 1883-1891.
- Gerrity, M. S., Earp, J. A. L., DeVellis, R. F., & Light, D. W. (1992). Uncertainty and professional work: perceptions of physicians in clinical practice. *American Journal of Sociology*, 97(4), 1022-1051.
- Gibbs, G. (2007). *Analyzing qualitative data*. Los Angeles : Sage Publ.
- Glover, R. E., Dangoor, M., & Mays, N. (2019). Antibiotic resistance: don't blame patients. *BMJ*, 364(11218), 1-2.
- Gradoux, X. (2015). Expertises partagées en médecine générale : orientations épistémiques vers le symptôme et le diagnostic. *Cahiers de l'ILSL*, 50(42), 11-31.
- Grimshaw, J. M., & Russell, I. T. (1993). Effect of clinical guidelines on medical practice: A systematic review of rigorous evaluations. *The Lancet*, 342(8883), 1317-1322.

## Bibliographie

- Grol, R., Dalhuijsen, J., Thomas, S., Rutten, G., & Mookink, H. (1998). Attributes of clinical guidelines that influence use of guidelines in general practice: observational study. *BMJ*, *317*(7162), 858-861.
- Grossen, M. (2014). La parole de l'autre dans l'entretien clinique. *Revue Tranel*, *60*, 97-107
- Guicheney, P. (1974). *Qu'est-ce que le médecin ? : Étude psychologique de la relation médecin-malade*. Paris : Mouton.
- Harbarth, S., Albrich, W., & Brun-Buisson, C. (2002). Outpatient antibiotic use and prevalence of antibiotic-resistant pneumococci in France and Germany: a sociocultural perspective. *Emerging infectious diseases*, *8*(12), 1460-1467.
- Kearley, K. E., Freeman, G. K., & Heath, A. (2001). An exploration of the value of the personal doctor-patient relationship in general practice. *British Journal of General Practice*, *51*(470), 712-718.
- Kuper, A., Reeves, S., & Levinson, W. (2008). An introduction to reading and appraising qualitative research. *BMJ*, *337*(a288), 404-409.
- Kutz, A., Grolmund, E., Mueller, B., & Schuetz, P. (2014). Pre-analytic factors and initial biomarker levels in community-acquired pneumonia patients. *Critical Care*, *18*(1), 1-182.
- Kvale, S., & Brinkmann, S. (2009). *Interviews: Learning the craft of qualitative research interviewing*. Los Angeles : Sage Pubns.
- Larousse. (2020). Confiance. Dans *Le dictionnaire Larousse en ligne*. Consulté le 15 novembre 2020. Accès <https://www.larousse.fr>
- Larousse. (2020). Tétracycline. Dans *Le dictionnaire Larousse en ligne*. Consulté le 11 octobre 2020. Accès <https://www.larousse.fr>
- Légaré, F., Labrecque, M., & Cauchon, M. (2013). Prise de décision partagée: moins de prescriptions d'antibiotiques?. *Minerva*, *12*(4), 47-48.

## Bibliographie

Lévy, J.-P. (1991). *Le pouvoir de guérir. Une histoire de l'idée de maladie*, Paris : Odile.

Lhopitalier, L., Kronenberg, A., Meuwly, J. Y., Locatelli, I., Dubois, J., Marti, J., ... & Boillat-Blanco, N. (2019). Procalcitonin and lung ultrasonography point-of-care testing to decide on antibiotic prescription in patients with lower respiratory tract infection in primary care: protocol of a pragmatic cluster randomized trial. *BMC pulmonary medicine*, 19(1), 143.

Little, P., Moore, M., Kelly, J., Williamson, I., Leydon, G., McDermott, L., ... & Stuart, B. (2014). Delayed antibiotic prescribing strategies for respiratory tract infections in primary care: pragmatic, factorial, randomised controlled trial. *BMJ*, 348(g1606), 1-8.

Little, P., Stuart, B., Francis, N., Douglas, E., Tonkin-Crine, S., Anthierens, S., ... & Coenen, S. (2019). Antibiotic prescribing for acute respiratory tract infections 12 months after communication and CRP training: a randomized trial. *The Annals of Family Medicine*, 17(2), 125-132.

Liu, J., Copetti, R., Sorantin, E., Lovrenski, J., Rodriguez-Fanjul, J., Kurepa, D., ... & Yeh, T. F. (2019). Protocol and guidelines for point-of-care lung ultrasound in diagnosing neonatal pulmonary diseases based on international expert consensus. *Journal of Visualized Experiments*, 145(e58990) 1-20.

Loi fédérale relative à la recherche sur l'être humain du 30 septembre 2011 (RO 2013 3215) Accès <https://www.fedlex.admin.ch/eli/oc/2013/617/fr>

Loi fédérale sur la protection des données du 19 juin 1992 (Etat le 1<sup>er</sup> mars 2019) (RS235.1) Accès <https://www.admin.ch/opc/fr/classified-compilation/19920153/index.html>

Luong Ba, K., Harbarth, S. J., & Carballo, S. (2013). Procalcitonine: doser ou ne pas doser?. *Revue médicale suisse*, 9(402), 1881-1885.

Maccoby, E.E. & Maccoby, N. (1954). The interview: A tool of social science. In L. Gardner (Dir.), *Handbook of Social Psychology* (pp. 449–487). Cambridge : Addison-Wesley.

## Bibliographie

- Maynard, D. W. (1991). Interaction and Asymmetry in Clinical Discourse. *The American Journal of Sociology*, 97(2), 448-495.
- McNulty, C. A., & Francis, N. A. (2010). Optimizing antibiotic prescribing in primary care settings in the UK: findings of a BSAC multi-disciplinary workshop 2009. *Journal of antimicrobial chemotherapy*, 65(11), 2278-2284.
- Mercier, M. (2002). Les nouveaux enjeux de l'éducation du patient: approche éthique. In *Colloque et Séminaires 22 et 23 mars 2001 Namur*, 21(1), 5-9.
- Mousquès, J., Renaud, T., & Scemama, O. (2003). Variabilité des pratiques médicales en médecine générale: la prescription d'antibiotiques dans la rhinopharyngite aiguë. *CreDES*, (70), 1-6.
- Norris, P., Chamberlain, K., Dew, K., Gabe, J., Hodgetts, D., & Madden, H. (2013). Public beliefs about antibiotics, infection and resistance: a qualitative study. *Antibiotics*, 2(4), 465-476.
- Office Fédéral de la Santé Publique. (2019). *Grippe saisonnière 2018/19*. <https://www.bag.admin.ch/bag/fr/home/krankheiten/krankheiten-im-ueberblick/grippe.html>
- Office Fédéral de la Santé Publique. (2016). *Rapport final de l'enquête auprès de la population : Résistances aux antibiotiques*. Accès <https://www.star.admin.ch/star/fr/home/star/brennpunkte/brennpunkt-zwei.html>
- Organisation Mondial de la Santé. (2014). *Premier rapport de l'OMS sur la résistance aux antibiotiques: une menace grave d'ampleur mondiale*. Consulté le 21 janvier 2019. Accès <https://www.who.int/fr/news-room/detail/30-04-2014-who-s-first-global-report-on-antibiotic-resistance-reveals-serious-worldwide-threat-to-public-health>
- Onteniente, S., Fournet, S., Vitrat, V., & Piet, E. (2018). Déterminants de la prescription des antibiotiques en médecine générale: analyse qualitative autour d'un centre hospitalier général. *Médecine et Maladies Infectieuses*, 48(4), S56-S57.

## Bibliographie

- Pajot, M., Asseray, N., Leux, C., Senand, R., Garnier, F., Potel, G., ... & Ballereau, F. (2010). Utilisation des tests de diagnostic rapide de l'angine en médecine générale. Enquête réalisée de novembre 2006 à janvier 2007 dans les Pays de la Loire. *La Presse Médicale*, 39(4), e77-e85.
- Papp, D. (1954). Histoire des antibiotiques. *Revue d'histoire des sciences et de leurs applications*, 7(2), 124-138.
- Parsons, T. (1951). *The Social System*. Glencoe : The Free Press.
- Pasque, A. (2012). *Prescription des antibiotiques dans les infections respiratoires basses de l'adulte en médecine générale* (Thèse de doctorat). Faculté Mixte de Médecine et de pharmacie, Rouen, France. Repéré à <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00768266/document>
- Pechère, J. C. (2001). Patients' Interviews and misuse of antibiotics. *Clinical Infectious Diseases*, 33(3), S170-S173.
- Peultier, A. S., Cazenave, N., Lopès, P., & Le Vaillant, C. (2013). Intérêt de l'échographie en 3 dimensions dans le suivi des stérilisations tubaires: à propos d'un cas rare de perforation. *Gynécologie Obstétrique & Fertilité*, 41(4), 262-264.
- Picart, J. (2014). *Les médecins sont-ils prêts à faire confiance à la procalcitonine pour guider la mise sous antibiotiques dans l'exacerbation de BPCO* (Thèse de doctorat) Université de Bordeaux, Faculté des Sciences Médicales, Bordeaux, France. Repéré à <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01089391/document>
- Ponterotto, J., & Grieger, I. (1998). Merging qualitative and quantitative perspectives in a research identity. *Using qualitative methods in psychology*, 49-62.
- Pound, P., Britten, N., Morgan, M., Yardley, L., Pope, C., Daker-White, G., & Campbell, R. (2005). Resisting medicines: a synthesis of qualitative studies of medicine taking. *Social science & medicine*, 61(1), 133-155.

## Bibliographie

- Prod'hom, G., & Bille, J. (2008). Diagnostic des maladies infectieuses: place des « Tests» (POCT) : Maladies infectieuses. *Revue médicale suisse*, 4(152), 908-913.
- Rodrigues, A. T., Roque, F., Falcão, A., Figueiras, A., & Herdeiro, M. T. (2013). Understanding physician antibiotic prescribing behaviour: a systematic review of qualitative studies. *International journal of antimicrobial agents*, 41(3), 203-212.
- Rosman, S. (2010). Les pratiques de prescription des médecins généralistes. Une étude sociologique comparative entre la France et les Pays-Bas. In G. Bloy et al. (Dir.), *Singuliers Généralistes* (pp. 117-131). Rennes : Presses de l'EHESP.
- Roter, D. L., & Hall, J. A. (1989). Studies of doctor-patient interaction. *Annual Review of Public Health*, 10(1), 163-180.
- Roth, S., Moreau-Gruet, F., (2011). *Consommation et coût des médicaments en Suisse: analyse des données de l'Enquête suisse sur la santé 2002 et 2007 et des données*. Accès [https://www.obsan.admin.ch/sites/default/files/publications/2015/obsan\\_50\\_rapport.pdf](https://www.obsan.admin.ch/sites/default/files/publications/2015/obsan_50_rapport.pdf)
- Salazar Orvig, A. (1999): Les mouvements du discours. Style, référence et dialogue dans des entretiens cliniques. Paris : Harmattan.
- Saliba-Gustafsson, E. A., Röing, M., Borg, M. A., Rosales-Klintz, S., & Lundborg, C. S. (2019). General practitioners' perceptions of delayed antibiotic prescription for respiratory tract infections: A phenomenographic study. *PloS one*, 14(11), 1-20.
- Santiago-Delefosse, M. (2002). Les méthodes de recherche qualitatives et la psychologie de la santé. In G-N. Fischer (Dir.), *Traité de psychologie de la santé* (pp. 187-207). Paris : Dunod.
- Schouten, J. A., Hulscher, M. E., Natsch, S., Kullberg, B. J., van der Meer, J. W., Grol, R. P. (2007). Barriers to optimal antibiotic use for community-acquired pneumonia at hospitals: a qualitative study. *BMJ Quality & Safety*, 16(2), 143-149.
- Schuetz, P., Bretscher, C., Bernasconi, L., & Mueller, B. (2017). Overview of procalcitonin assays and procalcitonin-guided protocols for the management of patients with infections and sepsis. *Expert review of molecular diagnostics*, 17(6), 593-601.

## Bibliographie

- Schuetz, P., Haubitz, S., Albrich, W. C., & Müller, B. (2012). Moins, c'est souvent mieux: une antibiothérapie sur mesure grâce au dosage de la procalcitonine. *Forum Médical Suisse*, 12(46), 887-892.
- Schuetz, P., Muller, B., Christ-Crain, M., Stolz, D., Tamm, M., Bouadma, L., ... & Kristoffersen, K. B. (2013). Procalcitonin to initiate or discontinue antibiotics in acute respiratory tract infections. *Evidence-Based Child Health: A Cochrane Review Journal*, 8(4), 1297-1371.
- Schuetz, P., Wirz, Y., Sager, R., Christ-Crain, M., Stolz, D., Tamm, M., ... & Tubach, F. (2018). Effect of procalcitonin-guided antibiotic treatment on mortality in acute respiratory infections: a patient level meta-analysis. *The Lancet infectious diseases*, 18(1), 95-107.
- Sentinella. (2019). *Utilité et sens de cette surveillance*. Consulté le 11 mars 2019. Accès <https://www.sentinella.ch/fr/info>
- Shlaes, D. M. (2003). The abandonment of antibacterials: why and wherefore?. *Current opinion in pharmacology*, 3(5), 470-473.
- Simon, L., Gauvin, F., Amre, D. K., Saint-Louis, P., & Lacroix, J. (2004). Serum procalcitonin and C-reactive protein levels as markers of bacterial infection: a systematic review and meta-analysis. *Clinical infectious diseases*, 39(2), 206-217.
- Skaarup, S. H., Laursen, C. B., Bjerrum, A. S., & Hilberg, O. (2017). Objective and structured assessment of lung ultrasound competence. A multispecialty Delphi consensus and construct validity study. *Annals of the American Thoracic Society*, 14(4), 555-560.
- Stevenson, F. A., Greenfield, S. M., Jones, M., Nayak, A., & Bradley, C. P. (1999). GPs' perceptions of patient influence on prescribing. *Family Practice*, 16(3), 255-261.
- Swissmedic. (2021). *Reclassification des médicaments de la catégorie de remise C: fin de l'évaluation*. Consulté le 5 janvier 2021. Accès <https://www.swissmedic.ch/swissmedic/fr/home/news/mitteilungen/hmg2-umteilung-arzneimittel-abgabekategorie-c.html>

## Bibliographie

- Swissnoso. (2019). *Resistance aux antibiotiques*. Consulté le 20 février 2019. Accès <https://www.swissnoso.ch/fr/de-quoi-sagit-il/resistance-aux-antibiotiques/>
- Tarquinio, C., Fischer, G-N. & Barrache, C.(2002). Compliance et relation médecin-patient. In G.N Fischer (Ed.), *Traité de psychologie de la santé* (pp. 227-244). Paris : Dunod.
- Tonkin-Crine, S., Anthierens, S., Francis, N. A., Brugman, C., Fernandez-Vandellos, P., Krawczyk, J., ... & Butler, C. C. (2014). Exploring patients' views of primary care consultations with contrasting interventions for acute cough: a six-country European qualitative study. *NPJ primary care respiratory medicine*, 24(1), 1-6.
- Trémolières, F. (2003). Quels sont les déterminants des comportements des prescripteurs d'antibiotiques?. *Médecine et maladies infectieuses*, 33(1), 73-85.
- Trevino, E. A., & Weissfeld, A. S. (2007). The case for point-of-care testing in infectious-disease diagnosis. *Clinical Microbiology Newsletter*, 29(23), 177-179.
- Vannotti, M. (2002). L'empathie dans la relation médecin-patient. *Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseaux*, 2(29), 213-237.
- Vashist, S. K. (2017). Point-of-Care Diagnostics: Recent Advances and Trends. *Biosensors*, 7(62), 1-4.
- Vickers, C. H., Goble, R., & Lindfelt, C. (2012). Narrative co-construction in the medical consultation: how agency and control affect the diagnosis. *Communication & medicine*, 9(2), 159–171.
- Wood, F., Brookes-Howell, L., Hood, K., Cooper, L., Verheij, T., Goossens, H., ... & Butler, C. C. (2011). A multi-country qualitative study of clinicians' and patients' views on tests for lower respiratory tract infection. *Family practice*, 28(6), 661-669.
- World Health Organization. (2003). *Adherence to long-term therapies: evidence for action*. Geneva : World Health Organization.

## Bibliographie

---

## Annexes

---

### Annexe 1 : Feuillelet d'information et déclaration de consentement



#### **PROJET DE MASTER EN COLLABORATION AVEC L'INSTITUT UNIVERSITAIRE DE MÉDECINE DE LA FAMILLE (DEVENU UNISANTÉ EN 2019)**

#### **REPRÉSENTATIONS ET PRATIQUES LIÉES À L'IMPLÉMENTATION D'UN ALGORITHME DE DIAGNOSTIC ULTRAPRO DANS UN CABINET DE MÉDECINE DE FAMILLE LORS D'INFECTIONS RESPIRATOIRES BASSES.**

Feuillelet d'information et déclaration de consentement (selon le Commission d'éthique Suisse)

#### **Information détaillée sur le projet**

##### **1. Objectifs du projet de recherche**

Cette étude vise à investiguer et mettre en lumière les représentations et les pratiques des médecins concernant ULTRAPRO, un algorithme qui permettrait la diminution de prescriptions non nécessaires d'antibiotiques pour les infections respiratoires. En améliorant la diminution des prescriptions, il sera possible de limiter la résistance qui y est associé.

##### **2. Sélection des personnes pouvant participer au projet**

Les participants doivent être des médecins généralistes de langue française faisant partie de la recherche ULTRAPRO. Plus précisément, ils peuvent appartenir à une des trois conditions de recherche : le groupe contrôle, le groupe qui utilise que la Pro-calcitonine et le groupe qui utilise l'algorithme combinant la Pro-calcitonine et l'Ultrason(ULTRAPRO).

##### **3. Informations générales sur le projet**

L'intérêt d'investiguer les représentations et les pratiques des médecins concernant ULTRAPRO, a été motivé par l'augmentations des résistances aux antibiotiques de la part des germes responsables des infections. Cette situation est devenue un problème de santé public majeur au niveau mondial. L'OMS recommande à ce sujet une augmentation de la lutte contre le danger de résistance, entre autres au moyen de l'optimisation de l'utilisation des antibiotiques en médecine.

ULTRAPRO est un algorithme qui aiderait les médecins à comprendre si une administration d'antibiotique est nécessaire. Ainsi, il permettrait d'en diminuer la prescription et de lutter contre l'antibiorésistance.

Par cette recherche, il s'agit enfin d'évaluer la faisabilité de l'algorithme et l'acceptation par les médecins de l'utilisation de ce nouvel outil.

#### 4. Bénéfices pour les participant·e·s

Lors de l'enregistrement, l'expérience personnelle vécue par les participant·e·s leur apportera des éléments de compréhension de leurs pensées et de leurs comportements.

#### 5. Droits des participant·e·s

Les participant·e·s ont le droit, à tout moment et sans avoir à se justifier, de révoquer leur consentement à participer à l'étude, sans que cela n'ait de répercussions défavorables.

#### 6. Risques

Aucun.

#### 7. Confidentialité des données

Les contenus seront anonymisés lors de la transcription. Seul·e·s les étudiant·e·s chercheur·e·s auront accès aux codes.

### Déclaration de consentement

#### Déclaration de consentement écrite pour la participation à un projet de recherche

- Veuillez lire attentivement ce formulaire.
- N'hésitez pas à poser des questions lorsque vous ne comprenez pas quelque chose ou que vous souhaitez avoir des précisions.

<b>Titre de l'étude :</b>	Représentations et pratiques liées à l'implémentation d'un algorithme de diagnostic UltraPro dans un cabinet de médecine de Famille lors d'infections respiratoires basses.
<b>Institution responsable :</b>	Institut de psychologie. Faculté SSP, Université de Lausanne
<b>Responsables du projet :</b>	Daniel Geis et Nina Canova (sous la supervision de Mme Fabienne Fasseur)
<b>Participant·e :</b> (Nom et prénom en caractères d'imprimerie) : Date de naissance :	<input type="checkbox"/> femme <input type="checkbox"/> homme

- Je déclare avoir été informé·e, par la responsable du projet soussignée, oralement et par écrit, des objectifs et du déroulement du projet ainsi que des effets présumés, des avantages, des inconvénients possibles et des risques éventuels.
- Je prends part à cette étude de façon volontaire et j'accepte le contenu de la feuille d'information qui m'a été remise sur le projet précité. J'ai eu suffisamment de temps pour prendre ma décision.
- J'ai reçu des réponses satisfaisantes aux questions que j'ai posées en relation avec ma participation au projet. Je conserve la feuille d'information et reçois une copie de ma déclaration de consentement écrite.

Lieu, date	Signature du ou de la participante
------------	------------------------------------

## Annexes

---

--	--

**Attestation de l'investigateur ou de l'investigatrice :** Par la présente, j'atteste avoir expliqué au ou à la participant·e la nature, l'importance et la portée du projet. Je déclare satisfaire à toutes les obligations en relation avec ce projet conformément au droit en vigueur. Si je devais prendre connaissance, à quelque moment que ce soit durant la réalisation du projet, d'éléments susceptibles d'influer sur le consentement du ou de la participant·e à prendre part au projet, je m'engage en l'en informer immédiatement.

---

Lieu, date	Signature de l'investigateur ou de l'investigatrice
------------	---

---

## Annexes 2 : Usual-Care

### 2.1. Canevas Usual-Care

#### **Canevas de l'entretien USUAL-CARE**

##### **Représentations et pratiques liées à l'implémentation d'un algorithme de diagnostic UltraPro dans un cabinet de médecine de Famille lors d'infections respiratoires basses.**

Objectif général du processus : diminution de la prescription des antibiotiques par les médecins de famille

##### **Consigne**

Comment se passe habituellement le diagnostic et la prescription lors d'infections respiratoires basses ?

Venons-en à l'étude ULTRAPRO

##### **Pratique journalière du cabinet**

Avant cette étude, aviez-vous déjà diminué (ces dernières années) ou pensiez-vous pouvoir diminuer vos prescriptions en matière d'antibiotiques en particulier pour les infections respiratoires ?

Quels sont vos motivations pour participer à cette étude ?

##### **Patient**

Comment se situent les patients par rapport à la prescription d'antibiotiques ? Quelles attentes en ont-ils ?

A votre avis, quel type de patients devraient être inclus dans cette étude ?

Pour quels types de patients avez-vous besoin d'outils diagnostics supplémentaires pour décider de votre prescription d'antibiotique ?

Comment se passe la proposition au patient de l'utilisation des tests diagnostiques habituels (laboratoire, radiographie du thorax) ? (confortable et convaincu ; mal à l'aise ; indécis)

##### **Choix de traitement**

Comment vous pensez vous pourrait vivre le fait que le choix de traitement vous soit proposé par un algorithme comme dans la situation d'UltraPro ?

Comment auriez-vous vécu le fait que le choix de traitement (décision ou non de prescrire un antibiotique) vous soit proposé par un algorithme intégrant le résultat d'un test de laboratoire et de radiologie ?

Auriez-vous fait confiance aux conclusions de l'algorithme ?

## Annexes Usual-Care

Pensez-vous que l'utilisation d'UltraPro pourrait avoir un impact sur les patients résistants qui veulent absolument prendre des antibiotiques ? Pour quelles raisons ?

Si lors de visites de suivi, vous prescrivez des antibiotiques, pouvez-vous en donner les motifs. Que proposeriez-vous pour éviter ces prescriptions ?

### **Métier de médecin**

Comment avez-vous vécu le fait de participer à la recherche en faisant partie du groupe Usual-Care ?

Pensez-vous qu'UltraPro pourrait avoir le potentiel de changer votre manière de prendre en charge les infections respiratoires en médecine générale ? et plus spécifiquement la procalcitonine ? et l'Ultrasonpulmonaire ?

Pour terminer, que vous souhaiteriez utiliser la procalcitonine dans votre pratique clinique ? et l'Ultrasonpulmonaire ? Dans quelles situations ?

**Conclusion** : Nous vous remercions pour votre précieuse collaboration. Avez-vous des commentaires complémentaires à faire ?

## 2.2. Transcription MED1

DGeis\_ 35 ans\_homme\_médecin généraliste\_UsualCare\_zone rurale\_37min55sec

**DA1 : Comment se passe habituellement le diagnostic et la prescription lors des infections respiratoires basses ?**

MED1.1 : Comment se passe le diagnostic ...

**DA2 : Oui**

MED1.2 : D'accord. Emh ... alors bah déjà ... déjà par rapport au diagnostic ... ouais tout la la ... la prise d'anamnèse ... Bah la recherche de ... l'anamnèse la recherche de voilà des points particuliers comme les ... ce qu'on appelle les drapeaux rouges

**DA3 : Mhm**

MED1.3 : Les points qui sont importantes emh ... Et puis aussi voilà la prise des antécédentes fin une anamnèse un peu ... plus ou moins complète selon le ... si on connaît le patient ou pas. Emh ensuite il y a l'examen clinique ... recherche de voilà un examen clinique ciblé par rapport aux questions ou le ... le diagnostic différentiel. Et puis emh ... voilà puis après là on a une idée plus ou moins ... plus ou moins avancé de diagnostic. Éventuellement une mise en place des certaines examens complémentaires. Ici on peut faire donc une prise de sang ... une radiographie du torax. Et puis après emh ... un traitement. Alors soit clairement comme c'est indiqué dans des guidelines

**DA4 : Mhm**

MED1.4 : Enfin voilà. Et puis bah par exemple pour la sinusite c'est vrai que les choses sont plus claires. Mais pour les infections respiratoires emh ... bah des fois il y a vraiment le foyer auscultatoire ou la radio nous montre clairement les choses-là il y a pas des doutes. Et puis dans les autres ... les autres sit- après dans la plus parte des situations finalement on est plus dans une discussion on pèse le pour et le contre de l'antibiotique

**DA5 : Ouais**

MED1.5 : Et ouais ... c- c'est ça un peu le cheminement en fait

**DA6 : Et donc si j'ai bien compris les outils vous ne les utilisez pas beaucoup**

MED1.6 : Lesquelles vous dites pardon ?

**DA7 : La radiographie ou la prise de sang. C'est la discussion qui vous privilégie**

MED1.7 : Ouais alors la prise de sang et la CRP je les fais ... je les fais rar- finalement assez rarement

**DA8 : Mhm**

MED1.8 : Sauf si emh ... je sens que ... fin si j'ai un doute moi que la discussion va tourner sur l'utilité d'un antibiotique ça peut être assez utile. Parce qu'une CRP basse voilà ça donne plus ou moins quelques arguments quand-même ... emh ... même si ce n'est pas absolu. Et puis la radio emh ... oui

s- dans certains cas. Mais c'est vrai que dans la majorité des cas quand-même une infection respiratoire on a pas besoin de ... d'examens para-clinique

**DA9 : Okay ouais**

MED1.9 : Ouais

++

**DA10 : Okay alors maintenant on peut passer plutôt aux questions en lien avec l'études, donc pour commencer en lien avec la pratique au cabinet. Quels sont vos motivations pour vous faire participer à cette étude ?**

MED1.10 : Ouais. Donc l'objet de la recherche c'est intéressant.

**DA11 : Ouais**

MED1.11 : Ceci est un ... c'est un point qui emh ... qui est important et qui nous concerne beaucoup et emh ... le but de ... le but final le truc d'avoir des meilleurs outils pour limiter la prescription des antibiotiques elle est ... est très louable. Et puis voilà si non j'ai un intérêt personnel pour tout ce qui est recherche donc ... ouais tout ça

**DA12 : Donc vous voyez la problématique de la trop prescription des antibiotiques**

MED1.12 : Ouais ... ouais ouais alors si on arrive à trouver une solution ... fin ... sans problème oui. Et puis finalement une étude où on est vraiment en ambulatoire dans la pratique quotidienne c'est ... c'est bien. On est ... on est dehors des hôpitaux.

**DA13 : Okey**

+++

**Et puis avant cette étude, aviez-vous déjà diminué ou pensiez-vous pouvoir diminuer vos prescriptions en matière d'antibiotiques en particulier pour les infections respiratoires ?**

MED1.13 : Avant cette étude ?

**DA14 : Ouais**

MED1.14 : Alors ... emh ... bom ... moi je suis sensibilisé ... je suis installé depuis deux ans ehn donc je suis très sensibilisé par rapport à cette question. On est grandi avec cette question de ... des résistances aux antibiotiques donc on essaye vraiment de prescrire emh ... au moins déjà avant ... avant l'étude donc était déjà ... déjà le cas de prescrire le moins possible. Emh ... les patients sont très sensibilisés donc quand on leur dit de n'avoir pas besoin d'un antibiotique ils sont soulagés donc ça aide ça aussi

**DA15 : Ouais ... Donc selon vous il y a l'aspect de la formation. Dans la formation que vous avez faite il y a ...**

MED1.15 : Moi je pense ouais. Je pense que quand-même d'avoir travaillé avec d'autres médecins plus âgés hors hôpital ... emh ... souvent ils avaient la ... l'habitude de donner peut-être de un peu plus

souvent l'antibiotique de ce qu'on donne. Et puis les patients nous le disent ehn que ... qu'on donne moins d'antibiotiques et puis on regarde un peu plus ce qu'il passe ouais ... qu'on regard un peu plus l'évolution

**DA16 : Et comment vous pensez que les patients vivent ce changement ?**

MED1.16 : Alors ... cert- ... alors certaines s- c'est très bien pour eux. Parce que ... quand-même la majorité sont cont- sont soulagé de pas avoir d'antibiotiques. Et certaines bah ils vont toujours trouver le moyen de quand-même ... c'est pour ça c'est une discussion ouverte parce que pour certaines ils veulent l'antibiotique à tout prix

**DA17 : Mhm ouais**

MED1.17 : Et puis bah ... ils arrivent quand-même à la fin à ... à lui donner ... ouais

**DA18 : Et puis en fait en parlant des patients ... Comment se situent les patients par rapport à la prescription d'antibiotiques ? Ils ont des attentes ?**

MED1.18 : Moi j'ai l'impression qu'il y a quand-même un virage où maintenant il ... ils ont moi- ils s'attendent moins un antibiotique en générale. Mais ... c'est quelque chose que c- que me semble qu'a quand même changé parce que ... ou bien c'est à l'hôpital ils s'attendent plus à recevoir un antibiotique qu'ici mais je trouve que quand même il y a une prise de conscience générale que l'antibiotique ce n'est pas la sol- c'est pas la solution ou que des fois c'est inutile et j'ai l'impression que c'est quand-même rentré dans ... dans la majorité des cas c'est quand même rentré dans les marches

**DA19 : Mhm**

MED1.19 : Pas tous ehn mais quand-même

**DA20 : Et quelles sont selon vous les causes de ce changement ?**

MED1.20 : Le jour- fin les médias ... la prévention dans les médias ... nous on en parle un peu mais ... le fait que ce qu'on dit fait écho à ce qui est dit dans les médias ou le téléjournal ... je sais pas ... ça fait plus d'impact

**DA21 : Mhm oui**

MED1.21 : Donc ... ouais

**DA22 : Et à votre avis quel type de patient devrait être inclus dans cette étude ?**

MED1.22 : Quel type ?

**DA23 : Oui ++ quelles caractéristiques d'inclusion et d'exclusion devrait avoir**

MED1.23 : Voilà il y a des critères qui ont été mis en place ... je crois qu'ils sont ... emh ... emh ... mais vous dites si la trie devrait être fait différemment ?

**DA24 : Oui ... si les critères d'inclusion et d'exclusion des patients devraient être différentes**

MED1.24 : Oui ++ Emh alors c'est clair qu'avec les critères actuels on trie beaucoup des ... il y a fin ... ce qui sont ensuite inclus ... les critères sont assez stricts ehn parce que c'est vrai qu'avoir les critères souvent ... on arrive pas jusqu'au critère. Et puis des fois on a des situations où on donne quand-même un antibiotique. Peut-être qu'on est faux mais ... c'est vrai que finalement ... remplir ... fin après ça dépend un peu aussi de ce que veulent les investigateurs mais ... c'est vrai que là on est vraiment sur les infections respiratoires au niveau ambulatoire plutôt sévère. Fin ... ambulatoire sévère voilà ... pas hospitalier mais ... voilà disons au niveau urgence un peu plus ambulatoire.

**DA25 : Mhm**

MED1.25 : Après c'est aussi intéressant de voir ... des fois on donne des antibiotiques pour une infection respiratoire. Et puis ... bah les gens ne toussent pas forcément et puis ça échappe à l'inclusion ... au dépistage. Mais ça peut-être une autre question de ... de recherche.

**DA26 : Mhm**

MED1.26 : Ouais ... c'est ça

**DA27 : Et puis pour quel type de patient avez-vous besoin d'outils diagnostics supplémentaires pour décider de votre prescription d'antibiotique ? Avant vous avez parlé de la radiographie ou de la prise de sang ..**

MED1.27 : Ouais ... alors on sait que ... que là en effet ... la ... que soit la prise de sang voilà la CRP ou un paramètre ... ouais. Ce qu'on a chez nous ehn. CRP formule sanguine ... ou bien la radio du thorax c'est ... c'est des outils qui sont ... bien mais que ne sont pas optimaux et ... donc c'est vrai que des fois on ... on sais pas exactement si des fois on a pas de foyer ou ... fin ... on sait pas exactement non plus avec ces outils actuelles ... c'était quoi la question (rires) ?

**DA28 : Pour quels types de patients vous pensez c'est nécessaire d'utiliser des outils supplémentaires**

MED1.28 : Alors je pense que ça peut aussi être utile de ... alors pour des patients avec certains critères de gravité ça pourrait être utile ... ou là où on envie de donner un antibiotique et on se rend compte que ce n'est pas rationnel. Et puis d'autres côté des patients qui ont ehn ... le fait de faire quelques examens en plus ça rassure pas mal de monde. Et puis des fois je me dis radier quelqu'un même si la radio du thorax n'est pas grande chose juste pour lui dire de pas prendre l'antibiotique je trouve que c'est tout un petit peu ... c'est pas très ratio- c'est pas ... c'est un peu bête ... c'est fin je passerai vraiment dans la balance de ce que c'est nul ... ouais. Donc des fois ça me permet de ...voilà si j'aurais des outils supplémentaires un peu plus safe donc ça serait ... ça serait mieux. Donc pour rassurer des gens à ne pas prendre d'antibiotique ouais

**DA29 : Seulement pour rassurer les patients ?**

MED1.29 : Alors dans des situations graves moi. Et puis dans des situations bénignes mais que les patients perçoivent comme grave ... pour le ... pour le patient

**DA30 : Mhm**

MED1.30 : Parce que quand-même à la fin il y a quand-même une discussion ... le patient a ... a vraiment envie de l'antibiotique et puis même en lui expliquant qu'on aura plus d'effets secondaires que ... que ça ne serve à rien et que puis qu'à terme sa expose à des ... à voilà des résistances en générale dans la population ... bah non parce que toujours l'antibiotique ils ont reçu et puis ils veulent ça

**DA31 : Donc c'est difficile de lui expliquer que c'est mieux de ne pas prendre l'antibiotique**

MED1.31 : Oui moi ... moi je su- oui il y a certaines qui quand-même ont une résistance. Emh ... peut-être que les choses vont changer. Mais c'est quand-même une minorité ehn c'est pas ++

**DA32 : Mhm ... okey ... et comment se passe la proposition au patient de l'utilisation des tests diagnostiques habituels**

MED1.32 : En règle générale ça se passe bien. Sont vraiment tous très volontaires de faire des examens ... je suis assez étonné en fait. Emh ... ouais les gens elles sont très preneur de faire une radio ou une prise de sang et ... ouais ils ont ... je sais pas peut-être qu'ils ont l'impression qu'on a écouté leur plaint on les a pris au sérieux et ils sont très preneur

**DA33 : Okey ... alors maintenant on peut passer au choix du traitement. Comment vous pensez vous pourrait vivre le fait que le choix de traitement vous soit proposé par un algorithme comme dans la situation d'UltraPro ?**

MED1.33 : Oui ... alors je pense que les algorithmes c'est bien. Emh ++ emh ... après ça permet qu'un choi- que l'antibiotique soit proposé et qu'un traitement soit proposé ?

**DA34 : Oui**

MED1.34 : C'est ce qu'on fait un peu pour les sinusites par exemple. On a un algorithme clair avec ce qui est proposé par la PMU plus de quatorze jours etcetera

**DA35 : Mhm**

MED1.35 : Et puis ... donc oui ... pour moi je suis pour. S'il y avait quelque chose de plus claire pour une infection respiratoire ... parce que là on est plus à finalement ... recherche de foyer et pas foyer et puis après il y a ces bronchites très sévères et on se dit bah uff ... oui on est un petit peu ... il y a un flou quand-même et puis parfois on préfère donne- il y a certaines patientes qu'ils ont un état général très diminué et on aurait envie de ... d'algorithme en plus

**DA36 : quelque en plus ...**

MED1.36 : ouais moi je suis pour

**DA37 : Mais donc si l'algorithme donne un résultat qui dis de ne pas donner l'antibiotique mais vous pensez que c'est mieux le donner ... qu'est-ce que vous feriez ?**

MED1.37 : Oui ... emh ... bah ça dépend ... déjà ça dépend quelles sont les arguments ... non je pense que le ... l'algorithme prime un petit peu

**DA38 : Donc l'algorithme c'est plus important**

MED1.38 : Ouais ... après des fois il y a des situations où un algorithme ne pourra jamais prendre la complexité de la situation où ... je sais pas quelqu'un qui fait des infections respiratoires assez souvent et puis que ... on a vu qu'avec des patients on remarque que ça traîne beaucoup et puis quand on donne un antibiotique ça marche. Voilà des fois on se dis bom bah il y a des choses un peu irrationnelles

**DA39 : Mhm**

MED1.39 : Mais je pense que dans la plus parte de cas non ... le fait qu'il y a un algorithme ça prime ouais

**DA40 : Donc il y a aussi l'histoire du patient que c'est important**

MED1.40 : Oui voilà des fois il y a des choses qui ne peuvent pas être prises avec un algorithme l'histoire du patient des particularité que peut-être n'entrent pas dans son cadre figure ou des choses comme ça donc ... je pense que l'algorithme c'est 90% ... ouais

**DA41 : Mhm ... Okey ... et comment auriez-vous vécu le fait que le choix de traitement donc la décision ou non de prescrire un antibiotique vous soit proposé par un algorithme intégrant le résultat d'un test de laboratoire et de radiologie?**

MED1.41 : Emh ... intégrant ... alors oui alors je pense qu'un algorithme devrait avoir tout ça dedans. Donc ça veut dire on a ... des trouvailles à l'examen clinique. Et puis le ... un algorithme parfait devrait nous dire s'il faut faire un ... un examen en plus ... et puis ensuite selon le résultat d'examen devrait nous dire qu'est-ce qu'il faut faire à la fin ... donc ça serait l'idéal si le chemin soit vraiment le plus balisé possible

**DA42 : Oui, alors un peu comme l'algorithme d'UltraPro ... une fois reçu le résultat de la pro calcitonine on sait si utiliser ou non l'ultrason**

MED1.42 : Oui d'accord ... ouais donc quelque chose comme ça c'est parfait ouais. Avec des critères d'entrée qui sont claires et puis ... comme ça on sait où on est. Oui après on sait chaque fois si l'antibiotique est indiqué ou pas ... ouais

**DA43 : Et feriez-vous fait confiance aux conclusions de l'algorithme ?**

MED1.43 : Oui ... alors on sait que les algorithmes de tout façon ne sont pas 100% ehn. Mais ça fait partie de la pratique de tout ce qu'on fait. Donc on fait ... on fait confiance à l'algorithme autant qu'on fait confiance à tous examens médicaux en sachant que rien est parfait. Donc ... oui moi je suis ... oui

oui moi je suis ... mais nous on est grandis avec des algorithmes mais pas tous les médecins ont grandi avec des algorithmes

**DA44 : Mhm**

MED1.44 : Oui ... moi ça vient plus emh ... moi je suis rassuré d'avoir un algorithme ouais

**DA45 : Donc la formation d'avant et la formation de maintenant sont différentes**

MED1.45 : Moi ... disons dans les hôpitaux ... fin dans la formation hospitalière on a ... on utilise beaucoup d'algorithmes pour ... les thromboses les lésions profondes pour bah des fois l'hospitalisation pour les pneumonies pour les embolies pulmonaires. On est toujours devant ... fin c'est plus des scores mais finalement on appuis sur les mêmes ... sur quelque chose qu'est prédéfini mais donc ... oui pour moi ... oui ... donc oui ... moi oui je crois que ça fonctionne et puis ça nous permet d'avoir une prise en charge rationnel

**DA46 : Pensez-vous que l'utilisation d'UltraPro pourrait avoir un impact sur les patients résistants qui veulent absolument prendre des antibiotiques et si oui pour quelles raisons ?**

MED1.46 : Oui ++ emh ... l'utilisation d'UltraPro ... oui alors ... oui moi je ... alors des fois c'est vrai que ... est-ce que +++ emh +++ peut-être si on lui explique depuis le début peut-être oui ... peut-être oui je sais pas ... c'est difficile ... je ... c'est difficile ouais ... je pense que quand-même oui. Je pense s'ils voient qu'il y a un chemin clair et que puis c'est toujours le même et que puis ... je pense que oui ça peut ... je sais pas ... que ça peut les rassures je sais pas

**DA47 : Donc il n'y a pas seulement le travail du médecin qui doit leur expliquer mais il y a peut-être aussi les attentes des patients**

MED1.47 : Oui oui oui tout à fait

**DA48 : Si lors de visites de suivi vous prescrivez des antibiotiques pouvez-vous en donner les motifs.**

MED1.48 : Pourquoi je prescris des antibiotiques quand ils reviennent ?

**DA49 : Oui**

MED1.49 : Alors c'est vrai que des fois quand ils reviennent et puis ça fait + emh des fois les infections prennent un peu plus de temps et il y a je sais pas ... 14 jours de ... fin oui environ plus de 10 jours ou 14 jours d'évolution et puis qu'il y a encore un état fébrile qui se persiste ou un gêne ... et une gêne très important et puis on voit que la personne est très gênée oui alors des fois on vas ... là oui des fois on donne des antibiotiques à ce moment-là ouais

**DA50 : Et si le patient retourne avant ce 10 ou 14 jours ?**

MED1.50 : Donc après une semaine ... ça dépend combien du temps que fait qui ... qu'il est malade. Emh ... souvent je ... souvent il faut quand-même ... pour la majeure partie du temps il faut 7 ou 10 jours pour ... pour être ... pour avoir passé l'étape aigu il faut quand-même 7 10 jours

**DA51 : Mhm**

MED1.51 : Et puis après il y a un peu cette période où les gens toussent un peu etcetera mais ça ... ça c'est autre chose ... mais si ... ouais ... une semaine c'est un peu limite. Moi j'oserai encore un petite peu pour ... encore patienter ... essayer encore avec un autre traitement non-antibiotique ... qui t'as donnée une ordonnance ... mais moi je préfère encore les revoir rapidement des fois on donne une ordonnance en réserve mais on sait jamais ce qu'il passe ... ça veut dire ++

**DA52 : Si la prennent ou pas**

MED1.52 : Oui voilà si c'est un jeudi et si voilà ce week-end ne vas pas au moins vous avez l'antibiotique mais ça nous rassure. Mais après on sait ... je sais pas qu'est-ce que font les gens avec cet ordonnance. Moi je pense qu'ils vont chercher l'antibiotique et ils le prennent. Donc ouais ... c'est pour ça qu'il faut faire attention nous quand on met des ... fin c'est surtout quand moi je mets un rendez-vous de suivi ... de bien ... je le mets quand vraiment ça m'est utile à moi parce que je trouve ... que je sens pas très bien dans la situation et puis que je veux le revoir à ce moment-là et puis s'il n'est pas bien à ce moment-là je ... je mets l'antibiotique

**DA53 : Mhm**

MED1.53 : C'est vrai que si le patient a un trait de toux que ça ne vas vraiment pas ... emh ... bah peut-être je serais quand-même plus sensible à mettre un antibiotique même si ... même si peut-être ça fait une semaine oui ... en effet s'il revient pour ça 48 heures après malgré ... et puis il dit malgré tout ce que vous m'avez donné moi j'ai de la fièvre ça persiste et tout vas pas bien ... peut-être qu'on vas quand-même donner un antibiotique ouais

**DA54 : Mais vous proposeriez quelque chose pour éviter la prescription**

MED1.54 : Emh ... oui

**DA55 : Peut-être des examens en plus**

MED1.55 : Alors oui alors des fois alors ... oui alors soit une ++ ouais soit une prise de sang ... ça peut aider ... où faire une radio surtout si n'as pas été faite ... et puis si non bon des fois il y a des traitements un petit peu pour changer pour modifier le traitement

**DA56 : Mhm**

MED1.56 : Sans donner de l'antibiotique mais ... mettre quelque chose d'autre

**DA57 : Et normalement ils acceptent ça ?**

MED1.57 : S'il ... il faut avoir des arguments mais ça dépende pourquoi ils viennent ... s'ils viennent pour ... des fois on arrive quand-même à les rassurer comme ça

**DA58 : Mhm**

MED1.58 : Mais c'est vrai que souvent s'ils reviennent assez tôt c'est parce que ils ont pas eu leur antibiotique et puis ... ils veulent leur antibiotique donc il faut avoir des bonnes arguments pour non

leur donner une deuxième fois. Et puis à nous c'est vrai que des fois on se dit toujours bom ... il faut être sûr de soi de ne pas le donner ehn à un moment donné ... s'ils reviennent pour ça et puis qu'on lui dit deux fois non et puis que ... et puis que ça vas pas emh ... bah il y a deux choses importantes ce que le patient peut se sentir pas écouté ... et puis des fois on peut perdre le patient et puis après c'est un peu bête pour une histoire d'antibiotique une fois emh ... de perdre la confiance qu'on a avec le patient ... et puis emh ... l'autre ... donc ouais c'est surtout ça ... le fait de ... ouais ... donc que le patient se sent pas écouté ou bien nous de bah d'avoir passé à côté de quelque chose

**DA59 : Mhm**

MED1.59 : Si on donne pas l'antibiotique et puis le week-end vas aux urgences parce qu'il vas pas bien et puis on peut lui prescrire un antibiotique ... ouais ... donc c'est vrai que l'antibiotique des fois on sorte tout un petit peu du cadre infectieux ... on est des fois un peu dans le cadre de ... un peu ... le moins possible mais si les gens reviennent sont quand-même des gens qui nous font confiance et puis qu'il y a une relation et que puis des fois ... il faut un peut entretenir ça et puis des fois ça se passe au travers de la prescription des antibiotiques

**DA60 : Mais vous pensez que l'utilisation de l'algorithme UltraPro pourrait améliorer cette situation ?**

MED1.60 : Peut-être oui ... oui ça dépend un peu de la perception. Alors si on entre dans la ... je sais pas si on entre dans filière d'UltraPro ou si on lui fait quand-même procalcitonine et puis une Ultrasonet ou une Ultrasonalors qu'on est pas vraiment dans les critères et puis que ça permet de ... peut-être que là oui on pourras lui dire ... on pourras dire au patient voilà on peut exclure la nécessité d'un antibiotique à ... je sais pas quelles sont les performance d'UltraPro mais à plus du 95% ... bah là on est quand-même ... on est quand-même bien ... ouais

**DA61 : Okey ... alors on peut passer un peu plus dans le côté de la recherche ... Comment avez-vous vécu le fait de participer à la recherche en faisant partie du groupe Usual-Care ?**

MED1.61 : Emh ++++ oui je ... je ++ oui c'est bien passé ... qu'est-ce que je devrai dire ... je sais pas

**DA62 : Vous auriez préféré être dans un autre bras ?**

MED1.62 : Emh ... bom c'est toujours la curiosité de faire un Ultrasonet avoir les machines etcetera mais ... non ça m'a plus gêné que ça ... c'est vrai que du coup ça ... c'est vrai qu'en hiver on est très occupé donc ... je pense que ... s'il fallait encore faire ... je pense que ceux qui ... ce qui avaient encore les autres étapes à faire ... je pense qu'ils doivent être très occupé en fait. Et du coup c'était un petit peu plus light de simplement présenter un ... oui ... c'était quand-même un peu plus light donc ça ... une partie ça me lève un peu ça ... et puis je participe quand-même à la ... à la recherche ... ouais

**DA63 : Mais vous auriez peut-être aimé à participer à quelque journée de formation où vous expliquerais comment l'outil fonctionne ?**

MED1.63 : Oui ... alors bon ... si ++ si ça a un impact ... fin si les choses doivent rester comme ça et puis on auras jamais l'Ultrason non ça ne ... fin ... oui c'est rigolo mais ça s'arrête là ... mais si un jour tout d'un coup on devrait entrer dans le ... dans le ... mettre des ultrasons au cabinet ... oui alors là absolument j'aurais voulu faire partie de ça. Surtout que peut-être qu'un jour il nous ferons payer tout ça ... fin faire un cours ... maintenant si à un moment donné il y a possibilité de faire un cours pour essayer de voir comment c'est une pneumonie en Ultrasonnet voir ... après ça reste dans l'intérêt médical

**DA64 : Mhm**

MED1.64 : C'est plus la ... c'est plus l'intérêt ouais médical en général ... curiosité voilà

**DA65 : Et pensez-vous qu'UltraPro pourrait avoir le potentiel de changer votre manière de prendre en charge les infections respiratoires en médecine générale ?**

MED1.65 : Oui ... oui oui ... bah oui parce que si a des autres ... des algorithmes nouveaux ... donc oui donc c'est clairement un changement oui

**DA66 : Et plus spécifiquement avec la procalcitonine ?**

MED1.66 : Bon moi j'ai de la peine à le dire ehn ... parce que je ... je ... oui j'ai jamais utilisé en réalité donc ... ouais ... donc probablement oui ... donc ... oui probablement oui (rires) ... mais à nouveau c'est difficile de le dire

**DA67 : Aussi avec l'Ultrason?**

MED1.67 : Oui ... pour moi c'est difficile de ... j'ai de la peine à voire exactement l'algorithme ... je pense que c'est prometteur parce que nous l'a présenté à notre ... en séance d'information comme quelque chose de prometteur avec ... avec les bonnes ... comme on dit ... avec les bonnes performances du test et donc je pense que oui ... mais le quelle et comment l'un ou l'autre vas nous aider c'est difficile

**DA68 : Et pour terminer, que vous souhaiteriez utiliser la procalcitonine dans votre pratique clinique ?**

MED1.68 : Emh ++ oui moi je pense que ça serait bien ... oui oui oui ... s'avoir qu'il y a un outil ou plusieurs outils que la ... que la CRP qu'existe. Et puis que pourrait être disponible oui c'est bien ... c'est des choses qu'on a besoin tout de suite on vas pas envoyer ça à l'extérieur pour ... c'est un peu compliqué ... sont des outils que c'est bien avoir en cabinet

**DA69 : Et l'Ultrasonpulmonaire ?**

MED1.69 : Oui oui ... ouais ouais ... cela aussi oui ... déjà si on peut faire un examen non irradiant même si sont peu les radiations aux ... des poumons ... mais si on a un examen qui c'est complètement safe je pense que ouais ... et puis plus ... plus performantes

**DA70 : Vous utiliseriez ces deux outils avec tous les patients ?**

MED1.70 : Alors moi je pense que s'il y a des choses comme ça que sont mises en place ... emh ... on va les utiliser surtout pour des situations où il y a des critères de sévérité

**DA71 : Okey des critères de sévérité**

MED1.71 : Ouais des critères de sévérité et le ... la majorité du temps ça serait pour ça. Après c'est clair que si des ... il y a aussi une question de coût ... donc il faut ... il faut éviter de faire ça ces examens ... il ne faut pas qu'une consultation pour une infection urinaire ... une infection respiratoire pardon ... devient une consultation qui dépasse certaines sommes

**DA72 : Ouais ... alors moi j'aurais terminé avec les questions ... je vous remercie vraiment beaucoup pour votre collaboration ... est-ce que vous voulez ajouter quelque chose par rapport à l'étude ou par rapport à quelque chose d'autre**

MED1.72 : Je réfléchis +++++ non non ... je suis en train de réfléchir +++ emh ++++ emh ++ non je pense que s'il y a un algorithme c'est bien aussi de ... un peu de savoir les situations ... parce que probablement il y aura de tout façon des situations intermédiaires où l'algorithme dit non ... et peut-être ... c'est clair des fois les algorithmes finalement nous disent antibiotique oui antibiotique non et puis ... souvent ... après je sais pas vraiment comment il est construit mais des fois il s'arrête là et puis des fois il y a quand-même une zone grise. Et puis peut-être gérer un peu cette zone grise ... peut-être proposer de revoir le patient à telle délai ou faire cette examen dans ... dans quelques jours ou ... fin juste des fois se laisser un peu une porte de sortie et puis des fois pas juste ... pas d'antibiotique mais peut-être de fois peut-être qu'il y a des situation qui valent la peine d'être ... d'être un peu surveillés ... en sachant que finalement un algorithme ne sera jamais 100% ... peut-être juste d'avoir une gestion particulière de ces patient qui peuvent ... qui auront quand-même pu bénéficier de l'antibiotique ... peut-être sous certaines conditions

**DA73 : Donc pour vous il y a le côté positif dans l'utilisation d'un algorithme mais aussi un côté négatif entre guillemets avec la zone grise**

MED1.73 : Oui voilà. C'est inévitable alors c'est souvent peu des patients. Mais on a pas envie que ... des fois à force ... des fois quand il y a peut-être peu des patients on risque de sur traiter même si ... c'est peu de patient parce que on veut pas que ... pour les protéger un peu à l'extrême peut-être ... ouais

**DA74 : Mais donc selon vous peut-être qui connaître l'histoire de vie du patient en lien par exemple avec les prescriptions déjà fait pourrait aider**

MED1.74 : Oui peut-être ... emh ++ oui ... quelque chose peut-être comme ça ... mais des fois justement si... des fois le score ... parce que c'est clair qu'on score il y a toujours un cut off qui est décidé et puis la procalcitonine aussi il y a un cut off etcetera ... et puis il y a des situations qu'il y a pas de pneumonie à l'Ultrason mais que les cut off sont limites. Peut-être qu'il y a quand-même quelque chose qu'on peut faire que n'est pas un antibiotique mais qui fondrait quand-même raccommo

**DA75 : Mhm**

MED1.75 : Et puis il y a des situations vraiment ... le feuillet vert vraiment là c'est bon il faut rien de tout ... le feuillet orange il faut quand-même surveiller et voir le patient je sais pas revoir le patient 48 heures ... ou quelque jours après. Et puis les situations où là on est sûr qu'on donne un antibiotique et donc je pense pour ... pour les situations un peu ... un peu intermédiaires

**DA76 : Okey**

MED1.76 : Et puis d'autres situations qu'ont un peu échappé ou d'autres que je réfléchis ... c'est des situations où j'ai donné un antibiotique et ... emh ++ ouais des fois c'est des questions de durée voilà. C'est vrai que le patient qui est malade depuis ... deux semaines et puis qu'il est toujours malade ... là il y a pas des nuances en tout cas avec les critères de ... d'inclusions bah il y a pas de nuance ... des fois ils sont inclus dans l'étude parce que ... parce qu'ils rentrent pas dans les critères mais ils sont malade depuis longtemps et puis bah voilà on leur donne quand-même un antibiotique ... peut-être c'est faux mais c'est vrai que des fois ... ou bien des situations quand-même en deux phases où les gens ont été malade ... ils se ... ils guérissent et tout d'un coup ils font un truc là derrière à nouveau une grosse bronchite ... emh ... avec très peu d'intervalle ... c'est pas de la chance mais des fois on se dit bon est-ce qu'il a été affaibli ... et puis il faudrait qu'on ... qu'on se donne quand-même plus de la peine à le couvrir puis ça fait maintenant quand on a deux épisodes ça fait un mois et demi qu'il est malade et ... on va encore lui dire d'attendre deux semaine ... enfin ... je pense qu'il y a des nuances qu'on n'arrive peut-être pas à saisir avec un algorithme ... et peut-être que il y aurait là aussi un travail à faire peut-être

**DA77 : Encore du travail donc ...**

MED1.77 : Ouais ... exactement

**DA78 : Peut-être que vous avez des idées ?**

MED1.78 : Emh ... bah ... c'est compliqué ces études mais peut-être faire une étude ... une étude chez ces personnes qui ont des toux ... des situations qui persistent plus long temps et puis voir ce qu'il devienne ou si ces personnes avec ... c'est rare mais si ces situations où les gens viennent des maladies qui s'est manifesté en deux phases ... est-ce que les traiter ou pas est-ce qu'il y a une modification ou pas sur l'outcome

**DA79 : Mhm**

MED1.79 : C'est ce que je ... ce que je ... je sais pas ... j'ai pas des informations là dessus je sais même pas s'il y a déjà des études mais ... emh + c'est difficile faire des études avec ça ... c'est des situations très particulières ... ouais. Après je pense que vous allez le faire ça serait intéressant d'aller voir les patients quelles sont les choses au quelle elles sont sensibles. On sait que nous avons beaucoup d'influence sur les ... sur la plupart de nos patients. Et puis après il y a quand-même certaines qui ont quand-même certaines croyances et puis voir quelles sont les axes des croyances sur lesquelles on peut appuyer pour enlever certains mythes autour des antibiotiques

**DA80 : Mhm**

MED1.80 : Des fois on parle des virus des bactéries ... certaines ne sont pas encore au courant. Et dire que finalement tout n'est pas soigné avec un antibiotique ... et puis d'autres fois peut-être il y a d'autres choses qu'ils s'attendent des antibiotiques ou de fois on leur parle des effets secondaires des antibiotiques ... des fois ils sont pas vraiment au courant que des fois ils peuvent faire des effets secondaires sévères avec un antibiotique donc ... emh ... juste savoir quelle bouton appuyer pour sensibiliser les gens par rapport aux croyances et aux ... je pense que ça vas au-delà du respiratoire ... ouais ... voilà

**DA81 : Okey ... est-ce que vous aimerez ajouter quelque chose d'autre ?**

MED1.81 : Non ... voilà je pense que c'est plus ou moins ça ++ est-ce que j'ai répondu à tous tes questions ?

**DA82 : Oui je pense ... je vous remercie à nouveau pour votre participation et pour le temps que vous m'avez accordé**

*2.2.1. Journal de Bord MEDI – Usual-Care – Daniel Geis*

4 septembre 2019

**Entretien**

Pour cette première interview de notre travail de mémoire, je me suis préparé avec beaucoup d'avance. J'avais déjà mené plusieurs entretiens de recherche, mais pour cela les valeurs en jeu sont différentes : il s'agit du premier entretien en tant que futur psychologue de la santé. L'envie de bien faire est très grande comme aussi certaines pressions ressenties : est-ce que je suis capable de gérer l'entretien du début à la fin ? Est-ce que ce que va ressortir sera utile pour l'équipe UltraPro ? Est-ce que je suis autant bon que ma collègue ?

Pour toutes ces raisons, j'ai essayé de maîtriser le plus possible notre canevas de recherche comme aussi les possibles relances à utiliser pendant la discussion avec le médecin.

L'entretien a eu lieu le 4 septembre 2019 à 13h30, dans un petit village en dehors de Lausanne. Pour y arriver j'ai dû louer une voiture mobility depuis l'Université de Lausanne. Avant de me déplacer depuis chez moi, j'ai contrôlé plusieurs fois que mon ordinateur était suffisamment chargé, que j'avais tous les documents nécessaires (canevas et feuille de consentement) et qu'aussi mon téléphone portable était capable d'enregistrer au cas où mon ordinateur ne marchait pas. Vu que je ne suis pas de Lausanne et que donc je ne connais pas très bien les routes d'ici, j'ai décidé de partir avec une certaine avance afin d'arriver avant l'heure du rendez-vous établi avec le médecin. Le voyage de plus ou moins 30 minutes c'est très bien passé, et m'a permis de repenser à nouveau au déroulement de l'entretien. J'ai répété probablement 30 fois l'explication de l'étude à proposer au médecin avant de lui faire signer le feuillet de consentement, afin d'arriver préparé à la rencontre. Le village où se trouve le cabinet c'est très joli, et je décide de trouver un parking un peu plus loin du cabinet afin de prendre une petite promenade et de me relaxer un peu. Au côté du bâtiment, il y a un petit parc. En raison du fait que je suis arrivé avec une grande avance, je décide de continuer ma promenade dans ce parc et de relire à nouveau le canevas. Ce moment d'attente, m'a un peu stressé. Pour cette raison j'ai décidé d'arrêter d'y penser et de me relaxer à l'aide d'une petite méditation. Cela m'a beaucoup aidé et je suis finalement arrivé à l'entretien plutôt tranquille.

J'ai été accueilli très bien par les assistantes médicales, comme aussi par le médecin. Il est un docteur très jeune et dès que j'ai dit que je suis tessinois, il m'a dit qu'il est aussi italoophone. Il me propose donc de faire l'entretien en italien mais pour moi c'est mieux de le mener en français. Cela surtout pour une question pratique de ne pas devoir ensuite traduire les extraits en française. Le lieu tranquille

et bienveillant, a permis d'instaurer tout de suite un bon lien, ce qui a permis aussi un bon déroulement de l'entretien. Il me semble bien développer toutes ses réponses. Je suis très content de cela mais au même temps c'est difficile de décider sur quoi relancer. En effet les informations données par le médecin pour chaque question sont beaucoup, pour cette raison c'est possible que parfois je n'aie pas relancé sur les points forts de la discussion. En tout cas je suis content de ce qu'est ressorti de notre rencontre : il me semble qu'il argumente bien ses propos, ce que donnera sûrement des choses utiles pour la suite du travail. Après presque 40 minutes d'entretien nous arrivons à la conclusion et j'éteins donc l'enregistrement. Nous nous prenons un petit moment pour boire un verre d'eau ensemble et parler encore de la recherche. Pendant ce moment, il reprend certains aspects qu'il retenait important. Heureusement, il s'agissait des choses qu'il avait déjà abordées pendant l'entretien.

### Mémos après entretien MED1

- La discussion est au centre des rencontres avec les patients
- Dans sa pratique il essaye de prescrire le moins possible
- Il y a une forte pression de la part des patients qui veulent les antibiotiques
- Différence générationnelle dans les comportements des médecins
- Il pense que les algorithmes sont très importants dans le travail du médecin
- Les examens aident à la fois les patients et à la fois les médecins
- Lors des visites de suivi c'est plus facile de donner un antibiotique
- Comprendre le point de vue des patients c'est important

## Transcription

En raison du fait que l'équipe UltraPro voulait avoir un premier retour écrit sur nos premiers entretiens, nous avons dans les jours qui ont suivi les rencontres transcrit immédiatement les interviews. Le temps à disposition n'a pas été beaucoup, pour cette raison je n'ai pas pu relire tout de suite la transcription une fois terminée. En tout cas, elle est passée mieux de ce que je pensais. En effet l'enregistrement était bon, sans bruits de fond particulier (sauf à 14h00 qui a sonné les cloches de l'église). Dans certains passages j'ai eu quelques difficultés à comprendre les propos du médecin en raison du fait qu'il utilise un vocabulaire médical. Mais de manière générale, je n'ai pas eu des problèmes particuliers pendant la transcription. Comme j'avais imaginé déjà pendant l'entretien, je me suis aperçu que dans certains moments j'aurais pu essayer de relancer un peu plus sur certains points forts afin d'aller plus loin dans les propos du médecin. En tout cas, il me semble qu'il y a du bon matériel sur lequel travailler.

### Mémos après la transcription

- Examens sont rares
- Impression clinique + discussion sont assez importants pour le diagnostic
- La formation a eu un impact sur la diminution de la prescription
- Il y a la pression des patients qui veulent les antibiotiques

- Les patients sont changés : ils sont au courant des problématiques de la prescription des antibiotiques et ils acceptent (au cabinet) la non-prescription.
  - ⇒ Médias + prévention ont un impact sur les patients
- Il pense que les outils actuels ne sont pas suffisamment fiables pour un diagnostic correct.
  - ⇒ Mais faire examens rassure les gens
  - ⇒ Radiation ne sont pas bon
  - ⇒ Pour cette raison il aimerait avoir des outils plus safe
- Il y a toujours des patients résistants à la non-prescription des antibiotiques
  - ⇒ Ils ont toujours eu = ils le veulent toujours.
- Est d'accord que la décision soit prise par un algorithme
  - ⇒ Même s'il a une idée différent sur la prescription, il se fie de la décision de l'algorithme
  - ⇒ Sauf dans certaines cas limites où les critères ne sont pas pris en compte par l'algorithme (personne qui fait beaucoup d'infections, ...)
- Différences entre médecins => ceux qui sont grandis avec algorithmes et ceux pas.
- C'est rassurant avoir un algorithme
- Visite de suivi : si après une semaine il donne antibiotique => mais si le patient retour en insistant c'est possible qu'on donne antibiotique
  - ⇒ Dans ces situations il faut voir des bons arguments pour ne pas donner un antibiotique.
  - ⇒ Non donner un antibiotique peut casser la relation de confiance médecin-patient. Le patient peut donc changer médecin.
  - ⇒ UltraPro pourrait être un argument pour convaincre les patients
- Souvent donne ordonnance de réserve = mais ne sais pas ce qu'ils font avec ça.
- UltraPro pourrait changer sa pratique en matière de prise en charge des infections respiratoires.
- Procalcitonine : jamais utilisé = difficile à dire
- Ultrason : même chose
- Ça serait bien d'avoir la Procalcitonine en cabinet : aiderais beaucoup
- Aussi Ultrason : plus safe que radio
- Coûts
  - ⇒ Il utiliserait ces outils seulement dans des situations de sévérité = si non les coûts sont trop élevé pour une consultation.
- Zone grise de l'algorithme : c'est utile proposer visite de suivi => situation qui valent la peine d'être surveillé (algorithme n'est pas 100%).
- Comprendre le point de vue des patients pourrait être important pour savoir sur quoi on peut travailler pour enlever certaines fausses croyances sur les antibiotiques.
  - ⇒ Sensibilisation aux patients

### 2.3. Transcription MED2

NCanova\_femme\_médecin\_généraliste\_UsualCare\_ville\_50min59sec

**NC1 : Okey vous êtes dans le bras contrôle c'est juste ?**

MED2.1 : Oui c'est juste exactement oui oui

**NC2 : Okey pour commencer un peu j'aimerais savoir comment se passe habituellement le diagnostic et la prescription lors d'infections respiratoires basses**

MED2.2 : Donc hors de l'étude même ?

**NC3 : Ouais**

MED2.3 : Oui exactement, alors eh + c'est déjà un tout petit peu étonnant j'ai fait un peu de maladies infectieuses donc j'avais l'habitude d'utiliser déjà plutôt la procalcitonine, [ce que] font pas tout le monde, donc ... mais en général disons c'est vraiment à l'anamnèse et à l'examen clinique et puis ... c'est vraiment quand il y a des anomalies ... notamment par exemple une tachycardie, une auscultation pathologique hein, de la fièvre, un état général quand-même [altéré], et là dans ces cas-là, je fais une radio thorax, et puis je faisais volontiers la procalcitonine mais j'ai arrêté pour l'étude en fait. Donc je fais une prise de sang, et je faisais en tout cas la formule sanguine complète, la crp et la ... la procalcitonine parfois

**NC4 : [Okey] [Mhm] Okey, donc si j'ai bien compris les examens de laboratoire qui vous faites sont le radio thorax et la procalcitonine mais avec l'étude vous avez arrêté**

MED2.4 : Oui oui exactement tout à fait. Bon c'est vrai que je la faisais pas toujours la procalcitonine parce qu'en fait c'est pas encore facilement obtainable rapidement donc des fois peut-être en fin journée je la faisais de toute façon [pas] + absolument ouais

**NC5 : [Mhm] Et ... vous avez dit que c'est seulement dans les cas un peu compliqués avec la fièvre et comme ça**

MED2.5 : Oui

**NC6 : Donc la plupart des fois c'est justement l'anamnèse et l'examen clinique ?**

MED2.6 : Oui c'est vrai que la plupart des fois c'est quand-même ... c'est rare finalement une pneumonie, donc on est très souvent face à des ... virus [respiratoires] ou à des bpcos décompensés ... absolument donc on va pas souvent à l'examen complémentaire absolument ouais

**NC7 : [Ouais] Et dans ces cas comment vous comprenez s'il s'agit d'une pneumonie ... ou d'une bronchite ... ?**

MED2.7 : Oui, alors les critères en fait quand on a ... une infection respiratoire, qui a pas de grosse fièvre, qui a pas de tachycardie, qui a pas de tachypnée ... et que l'auscultation est propre, on peut conclure à une bronchite virale donc on fait pas plus

**NC8 : Okey**

MED2.8 : Voilà et puis la pneumonie elle va vraiment typiquement ... il y a il y a une auscultation pathologique où les gens fon- on voit qu'ils vont pas bien, ou alors les gens ils vont bien et ils rechutent après hein ils ont des [rechutes] et puis là le diagnostic de pneumonie on s'appuie toujours enfin moi je fais toujours une radio- si je suspecte une pneumonie, la chose que je dois faire c'est une radio

**NC9 : [Mhm] Ouais**

MED2.9 : Voilà et s'il y a un foyer je traite, s'il y a pas de foyer là je me base un peu plus sur le labo hein ... des fois c'est un peu plus entre les deux, ça dépend de la fragilité globale + mais la la radio est vraiment fondamentale ouais

**NC10 : Ouais, et par la radio comment vous faites pour comprendre, c'est vraiment visible si c'est une pneumonie ?**

MED2.10 : Oui, exactement absolument. Alors moi je travaille dans un cabinet où il y a pas de radio, donc en fait j'ai ... toujours un radiologue qui interprète, MAIS ... je sais lire un radio ... donc c'est vrai que une pneumonie typique on va la voir, probablement qu'on passe à côté de petits foyers mais ... c'est quand-même assez visible ouais

**NC11 : Okey bien + et une autre question que j'avais c'est ... avant cette étude avez-vous déjà diminué ou pensé diminuer vos prescriptions en matière d'antibiotiques pour les infections respiratoires ?**

MED2.11 : Alors ... peut-être que c'est un biais de l'étude je pense que les gens qui s'intéressent à participer à l'étude ils s'intéressent à la maladie [infectieuse], ils sont préoccupés par les antibiotiques

**NC12 : [Mhm] Ouais**

MED2.12 : Et puis je pense que quelques ans on a travaillé un peu sans être infectiologues dans- en infectiologie. Donc oui si ça m'intéressait de participer c'est que je suis attentive, je pense que- je pense que je prescris PAS TROP d'antibiotiques peut-être- fin je suis sensible, sûrement j'en prescris trop mais ... c'est quelque chose oui ... que je fais ATTENTION en tout cas oui

**NC13 : Vous avez l'impression qu'il y a certains médecins qui sont pas si sensibles que vous ?**

MED2.13 : Je pense quand-même, oui exactement oui absolument oui

**NC14 : Vous avez une confrontation par exemple dans votre cabinet avec d'autres médecins ou ... ?**

MED2.14 : Alors absolument en discutant avec mes collègues c- avec mes collègues au cabinet on a un peu la même vision mais je le vois bien que dans des cercles de qualité hein on est dans des groupes ... soit on a des réseaux de soin et puis on voit qu'il y a d'autres médecins qui sont probablement moins attentifs hein

**NC15 : Mhm**

MED2.15 : Ouais absolument ouais c'est variable

**NC16 : Mhm et donc vous avez dit qu'une des motivations à participer à cette étude c'est le fait que vous êtes sensibles à ce thème**

MED2.16 : Oui

**NC17 : Il y a d'autres motivations pour participer ?**

MED2.17 : ++ A la base j'avais très envie d'apprendre à utiliser les échographies. Alors en médecine générale c'est quelque chose qui m'intéresse. Donc le fait que ça soit lié à ça ça c'était un facteur

**NC18 : Mhm**

MED2.18 : Puis après pour moi c'est vraiment important faire de la médecine- fin de la recherche en médecine générale. C'est clairement quelque chose qui doit se développer ... probablement c'est aussi- ça va bien avec l'évolution de la médecine générale, avant c'était un peu un parent pauvre ... il y avait pas une formation spécifique et puis ... maintenant ça fait déjà des nombreuses années qu'il y a une formation spécifique mais c'est aussi une façon de mettre en avant que c'est un ... un maillon de la chaîne .. tous les maillons sont importants mais ... la médecine de premier recours elle doit vraiment être accessible, je pense qu'il faut que les certaines visibilité ont besoin de la recherche pour pouvoir démontrer certains aspects de sa spécificité + donc oui le fait- ça c'était une des motivations, participer à la médecine- à la recherche en médecine générale c'est important pour moi ouais

**NC19 : Vous pensez qu'il y a un lien entre la pratique et la recherche, il peut y avoir un échange**

MED2.19 : Oui oui absolument exactement puis faut valider ... justement je pense que tant qu'il y a pas de recherche mais les pratiques peuvent être très différentes et puis le fait de faire de la recherche ça va ... aussi favoriser une certaine uniformité et une amélioration + ouais donc je pense que c'est fondamental ouais

**NC20 : Mhm + et plus en particulier en lien avec les antibiotiques, quelles impression vous avez ... comment les patients réagissent par rapport à la prescription d'antibiotiques ?**

MED2.20 : Alors c'est rigolo, je pense que ++ maintenant ça fait trois ans que je suis installée, le fait de suivre des patients chroniques, il y a vraiment ce lien de confiance, on en a toujours parlé mais c'est vraiment quelque chose de ... de particulier parce que je vois quand je suis de garde et je vois des patients que je ne connais pas, c'est c'est difficile fin c'est difficile c'est différent

**NC21 : Mhm**

MED2.21 : Quand il y a un lien de confiance, les patients sont très à l'aise de discuter de discuter leurs peurs, de discuter leurs méfiances, puis en même temps s'ils ont ce lien de confiance ça peut beaucoup plus les remettre en question face à leurs croyances, si on leurs dit bah voilà moi je pense que pour vous ... ça vaut la peine de pas les prendre, c'est un autre poids qui s'ils lisent dans les

journaux ou s'ils voient quelqu'un qui connaissent pas ++ donc en fait dans- avec mes patients c'est pas trop difficile, puis on peut aussi, ils ont aussi la possibilité de s'exprimer ouvertement, certains vont insister pour certaines raisons que je peux aussi parfois comprendre et puis qui vont modifier ma pratique. Et puis ... quand c'est des patients que je connais pas, et bah il faut créer un climat de confiance, pour ça que le temps il est pas du tout juste, si ça prend du [temps], et ça prend du temps d'expliquer parce que les patients en urgence si on fait vite les choses ils finissent la consultation mais vous ne me donnez pas d'antibiotiques mais alors ça servait à quoi que je vous vois un médecin + et en fait si on prend pas le temps de leur expliquer que c'est pour leur bien qu'on prescrit [pas ...] ça peut être difficile et mal vécu + mais dans l'ensemble je pense que quand les gens ils sentent qu'on s'implique, qu'on a compris leurs ... leurs ... inquiétudes et qu'on a du temps à leur expliquer pourquoi, très souvent ça se passe bien et je pense quand-même qu'il y a eu une prise de conscience, les gens sont un peu plus informés + donc peut-être qu'il y a cinq ans ils étaient plus fâchés de sortir sans antibiotiques que maintenant + ça a évolué ouais

**NC22 : [Mhm] [Mhm] Ça a évolué vous dites**

MED2.22 : Oui je trouve mhm

**NC23 : Et vous pensez que c'est lié à la culture ça ou ?**

MED2.23 : Alors en tout cas la littérature médicale je pense quand-même assez des gens ils ont quand-même une ... une bonne formation ... médicale ou ils s'intéressent oui ... donc on sent aussi que les gens plus fragiles, moins éduqués ils ont plus de peine hein, ils ont moins accès à cette connaissance + mais les gens qui ... qui suivent un peu plus l'actualité je pense qu'ils sont ... il y a quand-même ... un travail que les médias, l'information a fait ... et la population se rend un peu compte hein + j'ai pas la télévision mais je crois qu'avec ces pub hein sur les antibiotiques c'est ... c'est quand il faut ... comme il faut ... [ils parlent] n'importe quand donc je pense que les médias ont aussi joué un rôle ... ouais

**NC24 : [Mhm] Ouais ... et vous avez parlé du TEMPS de la consultation dédié ... à créer un climat de confiance + ça j'ai compris que pour vous c'est très important**

MED2.24 : Clairement, absolument + et puis ... c'est ((inaudible)) mais ... voilà j'ai travaillé au Flon depuis une année, ça fait pas très longtemps hein mais c- c'est vraiment un ... ce qu'on sent si on prend pas le temps on va faire plein d'exams, les gens ... ils reviennent parce qu'ils ont PAS été entendus ou ils ont pas pu ... comprendre ce qui leurs arrivait donc ils reviennent toujours avec les mêmes questions, et ça ... ça vaut avoir plein d'exams utiles ou pas ... mais c'est vraiment le temps qu'on consacre aux gens, après il faut être efficaces hein, c'est pas ... mais c'est vrais qu'il faut avoir un peu de temps pour créer un climat de confiance et une fois qu'il y a un climat de confiance, que les gens sentent qu'on est ... impliqués dans leur [senti] ... que c'est important pour nous ... je pense

qu'il y a beaucoup de messages qui peuvent passer même si va contre ... leur première impression mais il faut du temps ... ouais

**NC25 : [Mhm] Il faut du temps ouais**

MED2.25 : Mhm mhm

**NC26 : Et vous avez dit qu'il y a des patients qui veulent prendre d'antibiotiques au début**

MED2.26 : Ouais

**NC27 : Et comment vous faites pour les convaincre justement ? Qu'est-ce que vous dites ?**

MED2.27 : Alors il y a ... c'est vrais que je- j'essaie toujours d'évaluer un peu l'information qu'ils ont déjà de base

**NC28 : Okey**

MED2.28 : Mais j'essaie beaucoup de les questionner eux sur leur représentation + quand on sent qu'il y a un blocage il faut comprendre d'où ça vient hein, et puis ça c'est un des grandes challenge des médecins, c'est de trouver le niveau de [discussion] ... parce qu'en fait c'est évident pour nous quand on a une connaissance de certaines choses ... il y a des idées qui sont facilement admissibles, et puis on sait bien quand il y a d'autres représentations, c'est un discours qui n'a pas de sens donc il faut essayer de ... de sonder à quel niveau de discussion on doit se mettre, quelles sont les résistances pour après ... pour après parler

**NC29 : [Oui] Donc dans la population général en fait il y a des croyances, des représentations à propos des antibiotiques, que peut-être ne sont pas cent pour cent la réalité mais ils sont bien**

...

MED2.29 : Implémentés

**NC30 : Ouais**

MED2.30 : Absolument, alors c'est c'est exactement ça, on est dans un phénomène des [croyances] et c'est c'est difficile d'amener un discours rationnel quand on est dans un phénomène de croyances, il faut vraiment essayer de- de- de questionner la personne sur ses croyances, voir d'où elles viennent ... quand on est pas forcément d'accord en tout cas ce qui est important même si on est pas d'accord c'est de ... de valider hein et puis de laisser la personne croire ce qu'il croit, mais après faut être aussi assez cadrant dans le sens qu'on a aussi une responsabilité en tant que professionnels, puis de dire pourquoi on fait pas les [choses] + mais quand il y a un lien de confiance c'est rare qui ça marche pas

**NC31 : [Ouais] [Ouais] Okey**

MED2.31 : Mais il faut il faut il faut adapter le niveau de discussion et je pense qu'un des gros problèmes de la science en général finalement pas qu'en médecine hein, mais c'est de- de réussir à ... à comprendre les gens qui n'ont pas accès à cette connaissance-là dans ce domaine-là, comme moi j'ai pas accès à certaines connaissances et du coup j'ai de la peine à ... à ... j'ai des ... j'ai des des

peurs de de vraiment + aller chercher du côté du patient quelles sont ses compétences et croyances et puis d'aller se mettre à ce niveau-là plutôt que de lui ... balancer des connaissances un peu ... [pour les quelles] il aura de la peine + oui exactement + ouais c'est ça, prendre du temps parce qu'il faut aller un peu ... investiguer ses ... ses croyances et ses ... et ses images ouais

**NC32 : [Standardisées] Et ... vu que vous êtes doctoresse et donc je pense que vous avez un peu investigué ces croyances=**

MED2.32 : =Oui

**NC33 : Par rapport aux antibiotiques, quelles sont ces croyances ?**

MED2.33 : Alors ++ premièrement, c'est déjà de penser que souvent les les refroidissements, c'est lié à des bactéries- fin je pense pas qu'ils- non ils savent pas si c'est des bactéries ou comme ça mais que en fait ... ça ... ça va pas disparaître sans antibiotiques + quand on se sent très mal, c'est que c'est une maladie grave qui nécessite des antibiotiques ++ eh ... ++ une des- c'est peut-être pas tout à fait une croyance ça mais une expérience, c'est vrai que la pratique médicale elle a changé ou souvent d'où les gens viennent hein ils ont vraiment reçu des antibiotiques pour tout et [n'importe quoi], donc en fait ... plus qu'une croyance c'est une ... [[une expérience]] ... et puis c'est difficile de changer de paradigme, on leur a dit qu'il fallait prendre ... et puis ça marche pas + après il y a toujours la peur de la chimie hein à- à juste titre mais la ... tout ce qui est pharmacologie c'est un peu associé à la chimie destructrice hein mais probablement aussi par rapport à ... il y a quand-même eu des entreprises pharmaceutiques qui ont fait des ... des choses qui étaient pas ... adéquates hein et donc il y a une espèce de mélange entre la pharmacologie et les grandes pharmas et puis ... prendre des antibiotiques- ça c'est pour ceux qui voudraient pas par [[[exemple]]], qui ont une méfiance en général sur les médicaments ... donc c'est ... oui c'est peut-être plus lié- c'est pas toujours des croyances mais c'est aussi des ... ++ des impressions, des émotions et ... des sentiments un peu absolus [[[hein]]] liés à des expériences. Vous savez que par rapport il y a pas toujours la question de croyance, après il y a aussi beaucoup hein ... alors là c'est aussi quand ils refusent mais l'envie que tout ce qui est naturel est sain, tout ce qui est de synthèse n'est pas sain en fait hein + donc il y a aussi ... ça c'est un des aspects ++ donc ceux qui insistent pour avoir des antibiotiques, leur croyance c'est plus voilà si je vais pas bien, si ça dure depuis plus de trois jours, c'est que j'ai une maladie grave et je dois- je dois prendre des antibiotiques

**NC34 : [Ah oui ?] [[Mhm]] [[[Ouais]]] [[[[Mhm]]]] Donc il y a l'idée que c'est vraiment lié à la gravité de la maladie**

MED2.34 : Oui oui

**NC35 : Si ... si ça dure depuis beaucoup de temps la seule chose qui va fonctionner c'est de l'antibiotique**

MED2.35 : Absolument et puis aussi la reconnaissance que parfois les virus font des atteintes gr- fin symptomatiques importantes, mais mais ... qu'on est pas forcément très malades et qu'on peut s'en sortir sans les antibiotiques + mais finalement, en discutant avec vous plus que les questions de croyance c'est la méconnaissance des choses mais c'est normal hein, si je vais ... faire le boulanger ou chez quelqu'un d'autre j'ai aucune ... aucune idée de comment les choses se font + donc là ... là probablement c'est surtout se mettre à niveau niveau des + [compétences] et des connaissances, ouais absolument ++

**NC36 : [Connaissances] Ouais absolument ça ++ Et ... plus spécifiquement pour l'étude, il y a un screening des patients=**

MED2.36 : = Oui

**NC37 : Vous pensez que ça ... capte les bons patients ce screening ?**

MED2.37 : ++ Je pense que ça capte les bons patients ++ eh ... ce- ce qu'on se rend juste compte c'est que finalement la la ... enfin moi dans ... ce qui m'est paru c'est que la pneumonie est RARE en consultation ambulatoire + alors, probablement dans un centre d'urgence c'est différent, moi je viens aussi du canton de Neuchâtel où ... on est tout le temps débordés les médecins généralistes donc les gens ont pris l'habitude de faire- d'aller aux urgences pour les, ou bien de voir la médecine de garde pour les pathologies aiguës ils nous appelleront pas toujours, parce qu'on a pas toujours été disponibles + mais dans ce contexte-là du coup c'est- c'est- c'est ... c'est relativement RARE, mais le screening il me paraît juste, oui absolument

**NC38 : Ça ça prend le bon type de patients donc**

MED2.38 : Oui exactement oui + puis ça nous permet de ... avec ce screening je trouve de pas rater ... les pneumonies, oui je pense que ... avec ce screening il me paraît adapté ouais

**NC39 : Okey et vos patients comment ils réagissent quand vous proposez vos outils de diagnostic habituels ?**

MED2.39 : Alors, c'est vrai que moi j'ai ... j'ai pas en fait d'autres outils, si ce n'est que moi je vais quand-même leur faire le frottis et puis que je leur prend du temps à leur expliquer + alors en fait ils sont assez touchants parce que ... ils voient bien que ça prend du temps d'expliquer la- la lourdeur ... au niveau éthique hein d'expliquer si on fait vraiment ce qui est éthique c'est difficile + mais très vite ils concordent et puis disent non non mais je vous fais confiance, moi volontiers pour ... si ça peut être utile pour les autres patients, si ça peut être utile à vous + il font- donc ils sont très peu regardants, je leur dis toujours vous pouvez lire pendant que ... pendant qu'on lance les choses mais ils lisent pas ((rires))

**NC40 : Ils lisent pas ? ((rires))**

MED2.40 : Ils font confiance oui exactement + en fait ... ouais bon il y a il y a pas eu beaucoup de cas que j'ai pu inscrire, je crois seulement quatre ou cinq mais ... ils ont tous accepté sans finalement beaucoup lire le protocole

**NC41 : Okey**

MED2.41 : Et c'est la même expérience que j'avais eu ... j'avais participé à l'étude sur les infections urinaires de Berne, et puis en fait les gens ... ils sont très preneurs + bien sûr qu'ils sont pas des études où ils sont en danger hein ça change pas finalement la prise en charge donc ... je pense que ... voilà ça c'est quand-même à dire pour eux ils sentent bien qu'à part remplir des formulaires, et puis faire un frottis, ils sentent pas ... c'est pas inquiétant

**NC42 : Mhm + et en général ... je pense par exemple vous avez dit que vous utilisez la radiographie et la prise de sang donc la procalcitonine**

MED2.42 : Oui

**NC43 : Par rapport à ces examens de laboratoire, comment ils réagissent ? Sont en confiance ?**

MED2.43 : Ouais c'est vrai que ça ... ça m'est jamais arrivé de- ils ont jamais refusé

**NC44 : Okey**

MED2.44 : Et puis ... je dirais même c'est intéressant quand ils sont inquiets puis qu'on fait ces examens ... quelque part ça les rassure, donc en fait moi j'ai jamais eu ... parfois peut-être des personnes âgées qui étaient pas très mobiles en disant j'ai pas eu le temps ou c'est trop compliqué ou ... mais ... l'institut de radio il est en face, ça les a pas perturbés, en tout cas pas ces deux examens-là

**NC45 : Vous avez dit que les rassure ces examens**

MED2.45 : Oui

**NC46 : [Dans que sens ?]**

MED2.46 : [Quelque part oui] ça les rassure ... dans le sens que + parfois quand on on probablement quand on essaie de les rassurer par rapport à ce qu'on a entendu et tout ça, pour eux c'est pas le même impact quelque part c'est comme si c'était- on faisait les choses moins sérieusement + en tout cas faut bien expliquer que oui on peut entendre que oui avec tous ces différents éléments objectifs qu'on a, à la synthèse on est rassurés + mais ils ont quand-même une espèce de ... croyance-là que plus on fait des examens, plus on saura en fait + donc ... quelque part ils se disent ah oui mais si j'ai une radio et une prise de sang qui est normale, là je peux vraiment me détendre, j'ai rien de grave + ouais, probablement que l'impact ... le fait d'organiser des examens ça les rassure plus que si on fait qu'un examen clinique ouais

**NC47 : Ouais peut-être le résultat d'un examen vous avez dit c'est plus objectif**

MED2.47 : Oui probablement exactement absolument + ce qui est juste hein finalement hein parce qu'on rajoute des paramètres à ceux qu'on avait déjà et ça permet de ... de de clarifier parce que c'est vrai que notre examen clinique il est pas ... il est pas si spécifique hein donc absolument

**NC48 : Et donc c'est arrivé dans votre pratique de faire un examen de plus pour ce motif, de rassurer le patient ?**

MED2.48 : Oui oui oui absolument hein absolument, dans plein domaines finalement hein PARFOIS même si c'est pas recommandé au niveau médical mais qu'on sent que ... ça permettra au patient d'être rassuré, d'arrêter de consulter + on sent hein quand les patients sont très inquiets ou qui reconsultent à un moment donné mais ... mais souvent on peut le leur dire en disant moi je suis pas inquiète, mais je vois bien que vous êtes inquiètes, je pense que vous avez besoin pour que ... vous puissiez vous rassurer et des fois on fait, je pense que c'est juste même si c'est pas ... en tout cas je pense que c'est efficient parfois

**NC49 : C'est efficient**

MED2.49 : Mhm mhm mais alors ... on doit très bien savoir pourquoi hein c'est pas pour gagner du temps, c'est pas pour ... et puis ça doit être explicité au patient + ouais

**NC50 : Ouais c'est pas pour gagner le temps de l'explication**

MED2.50 : C'est ça exactement c'est pas supprimer quelque chose, ça fait partie d'une stratégie mais qui doit être explicite au patient et ... et ... oui

**NC51 : Peut-être dans ce cas rassurer c'est aussi une partie de la discussion**

MED2.51 : Oui bien sûr et puis c'est ça fait partie du soin hein en fait c'est pas juste traiter une maladie mais c'est soigner cette personne qui a ces symptômes là à ce moment là + au même titre que des fois on prescrit du sirop contre la toux ... alors qu'on sait que c'est pas très efficace ... mais on va prescrire des inhalations, des choses et ça fait partie du SOIN, on se prend soin de quelqu'un + alors après ça doit pas coûter trop cher par rapport au bénéfice mais ... mais je pense que c'est important et puis là justement c'est ... c'est une façon de trouver un compromis entre les représentations des gens, les données scientifiques puis finalement voilà il y a tout ce qui est ... objectif mais tout ce qui est de [l'imaginaire] mais qui doit être pris en compte pour que les gens e sentent bien + même si on partage pas forcément hein mais c'est c'est vraiment d'aller à la rencontre et trouver ce terrain d'intente ... du soin ouais absolument

**NC52 : [Ouais] Donc il faut se prendre soin pas seulement de la maladie, c'est de la personne**

MED2.52 : Oui absolument absolument et puis je pense que ça c'est ... c'est mais c'est la ... la une des beautés de notre travail + c'est ... je pense que ces deux aspects sont complètement importants, on doit être compétents, bien formés, savoir de quoi on parle ... donc avoir une vision de santé publique, de population hein puis avec un soucis d'équité hein où on va traiter tout le monde de la

même manière, mais après de remettre ça à l'échelle de la pa- du patient qui dans ce vécu à lui c'est très singulier, c'est très ... et comment faire cohabiter les [deux] ? Moi je pense que c'est important + et souvent c'est ... ce qui aide beaucoup c'est le lien de confiance hein on peut être très différents des ... des ... des connaissances différentes mais si on est convaincus les deux que ... on fait au mieux chacun ... c'est c'est ça qui permet de rééquilibrer hein

**NC53 : [Ouais] C'est un travail d'équipe, ensemble**

MED2.53 : Vraiment, absolument, exactement et dans les deux sens hein je dois avoir confiance ce qui va pas du tout- par exemple quand on a des patients où il y a des agenda cachées ... ou qui nous mentent ... ou qui ... voilà ça c'est pas possible + puis dans l'autre sens si nous ... s'ils peuvent pas nous faire confiance parce que ... voilà pour différentes raisons c'est impossible + mais S'IL Y A ÇA, on surmonte beaucoup ((rires)) absolument

**NC54 : Et ... ça vous est arrivé de donner un antibiotique pas parce que c'était nécessaire au niveau médical mais parce que=**

MED2.54 : =Oui

**NC55 : Plus pour rassurer la personne qu'elle était convaincue en avoir besoin dans ce moment ?**

MED2.55 : Alors ++ c- ce qui arrive plus souvent, c'est plutôt de faire une ordonnance AU CAS OU et ça ... après j- évidemment au patient de savoir qu'il va pas la prendre tout de suite, on espère mais c'est souvent comme ça que ça finit, quand les gens font trop de pression ou qu'on sent qu'ils sont angoissés voilà je leur dis vous l'avez faut pas la prendre mais s'il arrive ceci cela- moi je sais pas dans quel pourcentage les gens vont la prendre après mais ça m'arrive + puis après de donner un antibiotique quand c'est vraiment pas nécessaire, non en fait en tout cas ces dernières années ça m'est pas [arrivé], mais probablement parce que les gens ... ils sont un peu mieux informés et puis si on a pris le temps d'expliquer, en général ils insistent pas + après je vois pas non plus si ... s'ils vont consulter le le médecin suivant, quand je sens qu'il y a trop de pression je leur fais un ordonnance en leur expliquant de ne pas prendre

**NC56 : [Mhm] Ouais un compromis donc**

MED2.56 : Oui un compromis, exactement

**NC57 : C'est aussi important**

MED2.57 : Absolument saloir lâcher un peu la prise oui

**NC58 : Et bon vous-êtes dans le groupe contrôle**

MED2.58 :

Oui

**NC59 : Donc vous avez continué avec vos soins habituels**

MED2.59 : Oui

**NC60 : Mais je me demande, comment vous auriez réagi au fait que le choix de traitement vous soit proposé par un algorithme comme dans la situation d'ultrapro donc soit pour la procalcitonine soit pour l'Ultrasondonc ?**

MED2.60 : Exactement, alors procalcitonine ça m'aurait surtout arrangé parce qu'en fait je l'aurais eu justement à côté de moi donc je pense que fin ce bras la procalcitonine je pense qu'il est très utile et et ça change peu la pratique donc je pense que c'est très facile à l'inclure ++ après alors l'échographie bien parce qu'on s'intéresse à se former un peu, on se rend compte qu'on est PAS formés dans notre cursus, c'est quelque chose qui va prendre beaucoup de temps et ça je pense que ACTUELLEMENT c'est difficile et je pense qu'il y a beaucoup de ... moi je sais pas hein mais de médecins qui sont dans le bras échographie, ils vont cocher ... patient qui pourrait avoir les critères d'inclusion mais pas le temps, c'est difficile à ... à mettre en place ça dans la consultation ouais

**NC61 : Donc c'est plutôt un facteur de temps**

MED2.61 : Mhm absolument + remplir le consentement, expliquer l'étude aux gens ça prend beaucoup de temps, après faire le frottis enfin tout ça, et encore l'échographie, même si hein ça a été réfléchi pour diminuer le temps, je pense que pratiquement c'est difficile mhm

**NC62 : Mais vous pensez dans le cadre de l'étude ou aussi dans le cadre de ...**

MED2.62 : Alors principalement dans le cadre de l'étude mais je pense que ça fausse un petit peu ... ça peut fausser [l'étude] parce que c'est lourd dans le cadre de l'étude

**NC63 : [Ouais] Mhm =**

MED2.63 : = Après moi je suis convaincue que les jeunes médecins qui dans leur cursus font de l'échographie, et qui très vite devront manipuler, très vite ils vont être efficaces à ... à faire ... donc moi je pense que ça sera pas un frein dans le [futur] mais notre génération Mais notre génération de mettre ça en place moi je pense que c'est assez compliqué, faut vraiment être motivés + et puis les patients aussi ((rires))

**NC64 : [Mhm] Ouais, et vous avez parlé du temps ... vous avez quelle impression combien ça pourrait durer une échographie ?**

MED2.64 : Alors bah comme on a eu notre réunion la semaine passée, en fait ... en tout cas en théorie les radiologues expérimentés c'est dix minutes, les non-expérimentés c'est vingt minutes, puis à voir mes collègues qui sont comme toujours- on se remet beaucoup en question je pense qu'ils font même plus une de- en tout cas entre vingt et trente minutes pour ceux qui revérifient- c'est sûr ils ont pas l'expertise donc en fait ... c'est ... c'est long hein ouais exactement

**NC65 : Je pense qu'une consultation d'habitude c'est trente minutes**

MED2.65 : Oui puis même une consultation d'urgence parce que souvent c'est ça finalement ça s'intercale dans l'agenda ou prévoir un quart d'heure, donc là tout d'un coup je pense qu'il faut

prévoir pratiquement une heure donc trois quarts d'heure de retard ... ça met une pression ... ouais ça je pense que c'est pas facile puis les- les heures d'urgence sont soit en fin journée ... soit ... fin voilà ça peut être compliqué hein

**NC66 : Mhm okey et par rapport à la choix du traitement, donc le fait que c'est cet algorithme et pas vous avec l'examen clinique et l'anamnèse, comment vous pensez que vous réagiriez à ça ?**

MED2.66 : Mhm ++ si j'essaie de m'imaginer +++ ce qui peut être un peu- ce que j'ai un blanc quand ils font avec l'échographie ils font quand-même une radio vous savez ? Ils ont le droit de faire une ou ils doivent faire que ultrapro ?

**NC67 : Non alors ils peuvent faire tout ce qu'ils veulent=**

MED2.67 : =Ah c'est ça

**NC68 : Mhm donc d'habitude c'est procalcitonine et Ultrason**

MED2.68 : Oui

**NC69 : Mais ils sont libres de faire tous les autres examens s'ils pensent que c'est nécessaire**

MED2.69 : Okey, oui + alors c'est vrai que ça c'est la seule question, si j'ai vraiment une suspicion de pneumonie ... mais comme j'ai pas fait le cours hein l'échographie j'ai de la peine à dire si je ferais confiance à une échographie ... donc si ... je pense que je ferais quand-même pas mal de radios, pour l'instant je pense pour un nouvel outil mais comme de façon générale comme un nouveau médicament + j'ai besoin de- de ... d'utiliser ce qu'on connaît déjà donc je pense que je ferais une radio de toute façon et puis ... alors c'est vrai que si j'ai une radio avec un foyer et puis que je dois pas traiter ça c'est désagréable, c'est stressant en fait + c'est qu'on a l'impression de faire une mauvaise pratique, mais je pense- moi je suis assez convaincue que ça marche donc je pense que c'est plutôt ... on fait tous ce qu'on a l'habitude, et ça va correspondre, c'est à dire que ... ou bien alors on va plutôt montrer qu'il y avait un foyer à l'écho qu'on a peut-être pas vu à la radio ... donc je pense que ça doit ... ça doit assez correspondre

**NC70 : Ouais**

MED2.70 : Mais j'ai pas l'expérience, mais si c'est pas le cas c'est déstabilisant ouais mhm

**NC71 : Déstabilisant donc le fait qu'il y a une différence entre radiographie et échographie ?**

MED2.71 : Oui et puis que je dois me baser sur un nouvel outil qui correspond pas à ce que j'ai l'habitude + bon évidemment si c'est dans un protocole d'étude alors on est okey + on sait aussi que les gens ils peuvent nous rappeler, donc ils sont lâchés dans la nature hein on va les rattraper + mais ... mais ... par rapport à CHANGER DE PRATIQUE, quand on a des données des grands études qu'ont été faites puis on nous dit voilà regardez les études il faut changer de pratique c'est- on sait qu'on peut se référer à ça mais ... dans dans l'implémentation c'est un peu déstabilisant ouais

**NC72 : Mhm + donc vous avez dit que c'est pour le fait de n'avoir pas beaucoup d'expérience avec les échographies**

MED2.72 : Mhm

**NC73 : Donc vous pensez qu'en ayant un peu plus d'expérience par exemple après un peu d'années que vous l'utilisez, ça serait égal d'utiliser une échographie ou une radiographie ou il y a quand-même des différences**

MED2.73 : Alors moi j'ai l'impression que là où on en est on a beaucoup d'espoir que l'échographie sera en fait supérieure à la radiographie

**NC74 : Ah supérieure**

MED2.74 : Supérieure ouais, je pense que ... pour- alors, ce qui est très intéressant en médecine générale c'est que on va se former à l'échographie non pas pour faire de l'échographie ... par exemple quand un radiologue fait une radiographie abdominale il va regarder tout l'abdomen + nous on va vraiment- fin c'est comme ça que je vois la place des échographies, l'échographie elle doit répondre à une question précise, donc on est pas capables de faire une échographie du thorax et de regarder dans les ganglions, mais on doit être capables de dire ce patient il a un foyer ou il en a pas + et et on doit acquérir cette expertise-là puis je pense que c'est possible et je pense qu'avec un peu d'expérience ça sera très élégant et il y a pas de radiations et ... je pense que c'est vraiment un bel outil oui

**NC75 : Oui donc si vous vous projetez dans votre futur et que vous avez un peu plus d'expérience avec cet outil, vous seriez d'accord de ne plus utiliser une radiographie et de =**

MED2.75 : = Sans problèmes absolument exactement. Après je me rends bien compte que d'arriver à cette expertise en étant installés ça va être difficile hein ça fait beaucoup de supervisions et tout ça + peut-être que MA génération ça va être difficile mais les jeunes médecins qui vont commencer les cours directement et faire directement ... des formations là je pense qu'il y aura aucun problème et je pense que ... et j'espère que ça va prendre la place de la radio

**NC76 : Peut-être c'est ... aller plus dans le côté des médecins plus jeunes avec ces nouveaux outils**

MED2.76 : Oui

**NC77 : Parce que c'est un peu difficile autrement de faire le changement**

MED2.77 : Absolument, je pense que ceux qui vont vraiment apprendre dès le début et je pense que ça va montrer que c'est plus efficace, j'imagine ... on va abandonner la radio pour cette indication-là et je pense que pour eux ça fera aucun problème mais pour nous qui devons changer de paradigme ... voilà ça peut ... ça peut-être un peu de-sécurisant absolument

**NC78 : Et vous pensez en vous projetant et que vous étiez dans le bras ultrapro et que vous utiliseriez l'Ultrasonet la procalcitonine, comment vous réagiriez au résultat ? Vous auriez confiance ? Comment vous pensez réagir ?**

MED2.78 : Ça c'est intéressant hein ... je pense que- disons je parts motivée

**NC79 : Mhm**

MED2.79 : La motivation oui, mais hein d'ailleurs c'était une des questions qu'on avait quand on a commencé de ... bah par exemple déjà le fait de supprimer la procalcitonine pour moi, je me disais est-ce que c'est étique finalement ? Je m'appuie déjà sur ça et ... et la réponse qu'on avait obtenu c'est que si vraiment on veut la faire on peut la faire, mais plutôt pas si on pense pas que ça amène un plus absolu + comme de toute façon la science actuellement elle nous a pas prouvé qu'elle était absolument ... un plus hein donc ça me paraît étique de pas toujours la faire ++++ mais c'est vrai que ... de changer de pratique en étant pas sûr de la ... actuellement on peut pas s- on est pas sûrs on est vraiment dans cette implémentation, donc ça ... je continuerais ... face à mon patient je me sens responsable si même le protocole d'étude bah parfois il me demande quelque chose mais je pense que c'est pas adéquat, je vais rester clinique et penser au patient ouais

**NC80 : Ouais**

MED2.80 : Je vais le signaler à l'étude ... pour l'instant ça a pas- dans mon bras c'était pas c'était pas ... c'était pas le cas, mais je peux imaginer que si j'utilise procalcitonine et écho et que mes DEUX ... NOUVEAUX OUTILS me font penser ce que j'avais l'habitude, je pense que ... je mentionnerais à l'étude et puis ... je dirais non mais ça joue pas

**NC81 : Mhm ... justement vous avez dit ... vous vous sentez responsables pour le patient ... c'est cette relation de confiance=**

MED2.81 : = Oui oui et même quand on fait- fin en tout cas si je fais de la recherche ça reste ACCESSOIRE fin c'est vraiment pas la priorité, je dois être sûre ... et je pense que si j'étais dans le bras échographie et procalcitonine et que ça jouait pas ... bah je mentionnerais tout de suite et puis je dirais bah là ... bon je dirais c'est un cas isolé peut-être les autres cas jouent, mais ... je laisserais d'abord fin qu'est-ce qui me ... là où je suis le plus convaincue que c'est bien pour le patient +++ mais mais ça peut-être aussi utile à la recherche parce que finalement c'est- probablement que certains foyers que l'on voit à la radio, s'est pas des ... pneumonies qui nécessitent d'antibiotique, c'est des pneumonies virales mais je dirais bon voilà il y a votre protocole d'étude qui doit prouver ça, mais là dans le doute moi je me sens pas de laisser mon patient sans antibiotique + mais probablement qu'il y aura des patients où la radio elle est pas tout à fait claire, l'écho elle dira il y a pas de foyer ... les paramètres sanguins sont entre les deux ... puis je me dirais ce patient il m'inquiète pas, il est bien dans ça tête, il peut me rappeler, et du coup peut-être je me lancerais à pas donner d'antibiotiques et

puis ... et puis ... bah on verra aussi ce que l'étude montre et puis bon je l'appellerais peut-être tous les jours au lieu de l'appeler tous les deux jours, je pense que je peux aussi un peu m'adapter ... pour qu'on puisse valider les données qu'on cherche à valider, s'ils nous ont quand-même proposé ces échographies c'est qu'ils sont convaincus que c'est quand-même un bon outil de diagnostic, donc j'ai cette confiance là ... je pense que ... je suis assez confiante donc je pense que ce cadre figure il doit rarement se présenter, une radio vraiment inquiétante et une échographie normale, je pense que ça doit ... rarement se présenter + mais c'est aussi le but de l'étude hein

**NC82 : Ouais absolument**

MED2.82 : Mhm

**NC83 : Et ... vous avez dit avant qu'il y a eu des études qui disaient que la procalcitonine c'était pas un plus prouvé**

MED2.83 : Oui

**NC84 : Est-ce que vous pouvez=**

MED2.84 : = Oui en fait, c'était ... il y a pas si longtemps je pense c'était six mois il y a des demies journées de formation des infectiologues pour les médecins généralistes, ils ont présenté justement la procalcitonine et en fait c'était intéressant de voir qu'aux États-Unis ils ont fait des protocoles où ils ont pas réussi vraiment à montrer une baisse ... en tout cas une efficience importante de la procalcitonine dans le diagnostic de la pneumonie, alors que pleins d'autres études en Europe ont pu démontrer [l'efficacité], donc il y a des attitudes différentes en [[Europe]] que aux États-Unis, donc ça c'était assez troublant ... puis ça se passe toujours en médecine, on doit se remettre en question, mais ça paraissait un outil tellement intéressant hein de dire voilà quand elle est basse on TRAITE PAS donc ça va bien dans l'idée de donner moins d'antibiotiques et puis ... je me souviens plus des détails des études aux États-Unis, mais en tout cas ils ont abandonné pour l'instant leur ... leur nouveau protocole + en tout cas, quand on a fait cette formation il y a six mois il y avait cette réflexion-là [[[je pense que ça nécessite-]]] ça fait réfléchir exactement ouais, mais ça nécessite-probablement on a pas encore assez d'études hein mais ... c'est souvent comme ça on a déjà essayé de- de voir si on peut les intégrer, en tout cas on a ... assez d'éléments pour essayer de valider des ... des protocoles avec ça mais aux États-Unis c'était peu ... ils ont pas obtenu les résultats qu'ils attendaient

**NC85 : [Ah okey] [[Ouais]] [[[Ah oui je pense que ça fait réfléchir]]] Okey + et ... vous pensez que le fait d'utiliser ultrapro et donc échographie et procalcitonine pourrait avoir un impact sur les ... les patients résistants ? Vous avez dit avant que ... peut-être ces données un peu plus objectifs que l'examen clinique, pourraient sécuriser un peu les patients**

MED2.85 : Mhm

**NC86 : Vous pensez qu'aussi dans le cas d'ultrapro pourrait être=**

MED2.86 : Ouais, moi je serais très intéressée de voir comment les patients hein parce que je sais que vous les questionnez, ça je m'intéresse beaucoup mais moi, de mon expérience sur la radio et le ... le labo, je pense que ça rassure encore plus les patients et puis le fait hein ce qui est très très motivant c'est la *point-of-care* hein ça veut dire on les envoient pas encore chez quelqu'un, mais la procalcitonine on l'a là comme le strepto test et puis ... le fait que nous même on puisse faire l'échographie, moi je pense que ça renforcera- on voit très bien les patients quand on les examine, on les touche ... des fois on fait des examens cliniques où on prend le temps ... même un peu plus, on sait bien qu'on est pas si sensibles mais les patients ça les rassure hein on a écouté, on est on est allés ... vérifier + donc je pense que .. ou- moi je pense que ça sera intéressant mais je suis assez convaincue que ça va plutôt ... donner de la satisfaction + après dans l'implémentation ça leurs fait une heure et quart de consultation puis on a déjà du retard ça je pense qu'ils vont pas aimer ((rires)) mais dans le futur je pense que plutôt ... je serais très très intéressée de voir il y a quelques patients dans l'étude qui a refusé, je me s- on s'est demandés si c'était plutôt dans les soins d'urgence où ils connaissent pas les médecins par rapport au ... au patient d'un cabinet hein, j'ai l'impression que ça va être très rare qu'un patient refuse, et puis de nouveau si on a un patient on lui explique qu'on participe à une étude, en général ils sont plutôt contents + puis vont plutôt faire un effort pour nous-mêmes ça ... ça ... ça leur prend du temps donc ça je pense ça serait intéressant de ... le niveau de satisfaction, de confiance, de- de comparer les cabinets ou c'est des patients de cabinet avec les soins d'urgence

**NC87 : Ouais**

MED2.87 : C'est ça, ça m'intéresse de voir le niveau de confiance s'il est différent mhm

**NC88 : Et bon vous avez dit que le fait de changer de médecin entre l'examen et puis la radiographie qui se fait pas au cabinet, ça les dérange un peu si j'ai bien compris ?**

MED2.88 : Alors je pense c'est pas forcément dans ce sens-là, je pense pas que ça les dérange, mais par contre je pense qu'ils apprécient que ce soit directement disponible sur place, donc + c'est plutôt dans ce sens-là, je suis pas sûre qu'ils soient gênés d'aller ailleurs, mais je pense que le le le pouvoir expérimenter ce changement de pratique, puis de voir que sur place un médecin peut être équipé d'un outil comme une échographie et ... et un labo, je pense qu'ils sont contents, c'est l'impression que j'aurais

**NC89 : Mhm c'est le fait que l'évaluation du diagnostic de fait de point a au point z par une personne seulement**

MED2.89 : Exactement ils doivent pas ... ils doivent pas se déplacer et puis ... bah forcément un radiologue il va moins discuter hein aussi hein il va juste, de nouveau je pense que c'est intéressant de réfléchir au niveau ... représentation des patients, quand vous avez raconté votre histoire, qu'un

médecin vous a touché, vous a examiné, s'est impliqué, a fait une prise de sang ... va encore regarder + probablement que c'est vécu différemment que quelqu'un a fait tout ça et puis que vous allez chez quelqu'un qui va vous dire bonjour, qu'il va mettre une sonde parce qu'il a pas le temps de faire autrement et il va regarder, il vous parle pas + et puis communique à l'autre médecin, je pense que dans le vécu c'est différent quand-même de nouveau hein, je pense que ... dans le sentiment du patient, que le médecin se préoccupe vraiment de sa santé, moi je pense que c'est une implication différente

**NC90 : Mhm ah oui je vois**

MED2.90 : On verra après après comment justement la gestion du temps, le fait de faire une échographie à quelqu'un ... est-ce que comment on va le faire, je sais pas est-ce qu'on va du coup un peu plus bousculer les gens ... peut-être ça c'est le biais hein c'est se dire voilà si j'ai posé mon diagnostic faut que je fasse une écho, puis je vais un peu le bousculer en parlant, en l'examinant, si on fait ça je pense que ça va pas être productif mais ... ça va déranger + ouais ça sera intéressant, ça sera très intéressant de voir si ça modifie notre comportement par rapport à la gestion du temps, ça c'est aussi ... ça peut être un effet négatif

**NC91 : Se prendre du temps en plus ou inclure tout dans le même temps**

MED2.91 : C'est ça hein est-ce que du coup on va être plus stressants et stressés et du coup être moins ... du coup être un peu moins ... bon dans l'anamnèse et l'examen clinique, ça ça pourrait être un effet délétère, c'est possible hein

**NC92 : Mhm peut-être aussi si ce temps en plus est facturable ou pas**

MED2.92 : Oui absolument alors ça ((rires)) on espère que le tarco- normalement hein les- parce qu'ils avaient fait des diminutions du temps de consultation ... des médecins généralistes, je crois qu'ils se rendent quand-même compte que face à la poly morbidité et puis tous ces côtés ... déficience de représentation ... c'est pas la ((inaudible)) des économies hein, parce que si on prend bien le temps et tout ça ... on fait pas ... utiliser les examens pour rassurer les gens, on a pris le temps pour entendre et ... c'est clair que quand on a pas temps que les gens sont très angoissés, vous pouvez pas laisser rentrer puis vouloir organiser un scanner hein c'est un risque énorme + il faut quand-même que nos politiciens se rendent un peu compte, on verra ((rires)) + absolument, mais le temps oui je pense que là il y a ... c'est très important mhm

**NC93 : C'est très important ouais + et bon dans le cadre de l'étude mais aussi en général, ça vous arrive de ne pas prescrire d'antibiotiques à la première visite et après dans les visites de [suivi], décider de prescrire d'antibiotiques ?**

MED2.93 : [Oui] Oui d'ailleurs les cas que j'ai inclus

**NC94 : Mhm**

MED2.94 : Il y en a ... un ou deux ... sur- donc je n'ai pas eu beaucoup sur quatre ou cinq j'en ai eu deux où j'ai dû inclure pendant- après l'évolution défavorable, donc j'ai pas forcément fait de radio mais s'ils allaient pas bien- ouais donc j'ai quand-même gardé le sens clinique à un moment donné ouais + et puis là je refais pas de radio ... je refais pas parce que je me dis si la radio montre rien là à un moment donné, on- on traite quand-même ouais mhm

**NC95 : Donc c'est dans les cas, si j'ai bien compris, où à la première visite vous avez pas fait de radio, c'est juste ?**

MED2.95 : Non parfois on a même fait une radio à ce moment-là mais il y avait pas ... de foyer + mais par contre le patient à quarante-huit heures il va encore moins bien ... soit il est vraiment fébrile ... soit ... donc ça m'est arrivé mhm

**NC96 : Et là c'est eux qui se plaignent de ...**

MED2.96 : Oui mais c'est vrai que quand on a suspecté une pneumonie ... c'est qui sont quand-même fragiles, moi je leur téléphone à quarante-huit heures ou bien ils reviennent et puis on réévalue et puis si on voit qu'ils vont vraiment pas mieux des fois alors à ce moment-là je donne des antibiotiques, sans refaire tous les examens, bah je me dis là ... non mais il faut ... il faut y aller

**NC97 : Okey ++ et en général, dans votre expérience de participer à cette étude, comment vous avez réagi au fait de participer dans le bras contrôle ?**

MED2.97 : Alors ... en fait ... une petite déception parce que je me disais ah c'est l'occasion d'apprendre, mais en fait ... en fait on va de toute façon apprendre, donc ils ont dit que même ceux qui étaient dans le groupe contrôle, ils vont nous faire le cours après, donc vraiment je suis même plus déçue ((rires)) puis même je me disais vraiment franchement il est un protocole d'étude qui est hyper motivant, c'est vraiment ... autant il y a des études qui sont loin de ... de nos préoccupations quotidiennes, ça c'est vraiment ... vraiment c'est l'avantage de cet étude ... c'est vraiment ce côté très pratique de répondre à des questions qu'on a et puis qui ont potentiellement ... un impact important sur la pratique générale don ... ça pour moi de toute façon c'est ce qui me motive

**NC98 : Vous avez l'impression que c'est une étude qui est utile donc**

MED2.98 : Vraiment elle a beaucoup de chance hein absolument, il est vraiment très- il répond vraiment à une question qu'on a, donc c'est ça qui m'as motivé principalement ouais mhm

**NC99 : Ouais**

MED2.99 : Même si je suis pas dans le bon bras ((rires)) absolument

**NC100 : Et ... bon donc vous pensez qu'ultrapro pourrait avoir le potentiel de changer votre manière de prendre en charge les maladies respiratoires ?**

MED2.100 : Oui je pense + ce que j'espère c'est que c'est vrai qu'on se rend compte que c'est difficile à recruter, est-ce que l'étude elle aura une assez grande puissance statistique, ça je sais pas, si c'est

pas le cas il faut continuer, je suis sûre qu'il y a ... il y a ... fin il faudra essayer de continuer + je pense quand-même que ... les les les ... les outils de laboratoire point-of care hein les les les ... les choses qu'on peut faire au lit du patient, c'est vraiment quelque chose qu'a de l'avenir, le fait de pouvoir trancher tout de suite hein ... et ... et .... bah je pense que ça diminuera les coûts, c'est beaucoup plus confortable et plus sécuritaire donc ... je suis sûre qu'il y a une place pour ça- s'il faut améliorer après les techniques peut-être hein l'échographie peut-être ça sera la même chose peut-être que les échographies actuelles nous permettraient pas mais il faut continuer de chercher dans ce ... dans ce ... je pense que vraiment qu'on aie des outils radiologiques au lit du patient avec les nouvelles technologies, forcément ça arrivera

**NC101 : Ça arrivera**

MED2.101 : Ouais donc si c'est pas celle-là qui montre ... je pense que dans quelques années on aura un autres outils ou on aura tiré les ... les enseignements de ce que nous a limité dans cet étude pour pour ... pour remettre quand-même des outils qui vont ressembler à ça dans le futur ... moi je pense qu'on aura ... ça ira de toute façon venir

**NC102 : Vous avez l'impression que c'est un futur certain**

MED2.102 : Oui oui vraiment, je pense que c'est c'est une ... ça ira changer les paradigmes mais ça va venir dans les ... dans les dix prochaines années en tout cas ouais  
(téléphone)

**NC103 : Si j'ai bien compris ce que pour vous c'est très intéressant dans cet étude c'est le *point-of-care*, le fait que c'est tout dans le même cabinet ... ça c'est un attrait que vous voyez**

MED2.103 : Oui oui absolument ouais alors fin c'est un des aspects importants, puis après le fait qu'il y a plus de radiations ... et puis ... c'est c'est vrai, si j'essaye de réfléchir à votre question, est-ce que ... ça aurait autant de sens ... SI je pourrais demander au labo de faire la procalcitonine, puis qu'un radiologue fait l'échographie hein par exemple finalement ça serait ça l'alternative + ça serait quand-même motivant ... parce que je vois le plus motivant quand-même c'est de moins prescrire d'antibiotiques et d'être plus précis dans le diagnostic + mais ... le fait ... donc ça- finalement c'est quand-même ça qui m'intéresse, surtout qu'on a des instituts de radiologie et du labo qui peuvent être juste à côté hein + donc je perdrais pas forcément beaucoup de temps, je pense que les patients ça les déstabiliserait pas tant que ça ... mais c'est quand-même encore un plus, pouvoir le faire moi-même, ouais mhm, mais je dirais presque en deuxième ouais

**NC104 : Bon donc merci beaucoup**

MED2.104 : Volontiers hein

**NC105 : Vous avez des commentaires supplémentaires ?**

MED2.105 : Eh ... en tout cas moi je trouve excellent que vous fassiez- que vous posiez ces questions de comment les gens vivent hein ... je pense qu'il y a toujours eu un décalage entre ce que les médecins imaginent et puis ce qu'ils veulent faire parce qu'ils sont convaincus que c'est bien pour la science médicale, mais vraiment de ce côté, de comment de l'autre côté les patients perçoivent les choses ... pour améliorer aussi notre façon de l'expliquer hein, qu'on comprenne quelles sont leurs représentations, pour qu'on puisse de nouveau avoir- comme on disait au début hein aller nous mettre au niveau de ... eux ils ont leur questions et puis qu'on passe pas à côté du dialogue ... et puis de l'autre côté je pense qu'on a besoin de ce retour, pour après pouvoir adapter nos discours pour faire ... si on est convaincus que c'est les bons outils, qu'on puisse les les ... les mettre en pratique hein + donc je trouve très très bien qu'il y a cette question-là derrière, ça sera vraiment passionnant ++ c'est vous qui avez fait les entretiens avec les patients ?

**NC106 : Non je sais pas ... il y avait cette idée de faire aussi avec les patients, mais ... on est pas sûrs de réussir à le faire ... il y avait aussi une idée d'un focus group avec beaucoup de médecins, mais je sais pas lequel de ces projets va démarrer**

MED2.106 : Ouais absolument, bah en tout cas nous c'est- je pense qu'on aura la donnée c'est les étudiants en médecine là hein qui appelleront les patients

**NC107 : Ah ouais**

MED2.107 : Et puis ça sera très intéressant de voir comment ... comment ils disent ... bah comment ils vivent ça après coup, ça m'intéresse et je pense que là ... quand vous posez es questions comment j'imagine- j'im- d'ailleurs c'est vrai que c'est des choses auxquelles j'avais pas pensé, comment EUX ils se positionnent par rapport à ... à ces nouveaux outils ça sera vraiment intéressant + mais peut-être qu'on aura pas tout dans ultrapro ((rires))

**NC108 : Donc vous pensez que ça serait vraiment intéressant de faire des entretiens aussi avec les patients**

MED2.108 : Ouais moi je pense que ça serait bien

**NC109 : Mhm ... oui oui**

MED2.109 : Excellant en tout cas merci beaucoup hein

**NC110 : Merci beaucoup**

MED2.110 : Un plaisir

2.3.1. Journal de Bord MED2 – Usual-Care – Nina Canova

10 octobre 2019

**Entretien**

L'entretien avec cette doctoresse c'est déroulé dans une salle de l'Unil que Mme Fasseur avait réservée. La doctoresse, en répondant à mon e-mail de recrutement, avait demandé si on pouvait faire l'entretien dans un restaurant de la gare de Lausanne. Je lui ai expliqué que j'aurais préféré un lieu avec un peu moins de bruit et de possibles distractions ; d'un côté pour la richesse et le développement du discours, de l'autre pour la qualité de l'audio. Elle a été très disponible et m'a dit être d'accord de venir jusqu'à l'Unil pour me rencontrer. Nous avons donc fixé un rendez-vous le 10.10.2019 à 13 heures 15.

Je l'ai attendue à l'arrêt métro et après on s'est dirigé ensemble jusqu'à la salle réservée. Il y a eu des soucis parce que même s'il y avait écrit que cette salle était occupée de 13 heures à 15 heures, il y avait dedans des enseignants en train de faire une réunion et pour les premiers deux ou trois minutes de l'entretien, ils sont restés dedans afin de finir leur colloque.

L'entretien s'est très bien passé. La doctoresse a bien articulé ses idées et on a parlé beaucoup des représentations des patients à propos de l'antibiotique, de la prise en charge médicale et des outils en *point-of-care*. Elle bien développé tous ses pensées, raisons pour laquelle je n'ai pas eu besoin de faire beaucoup de relances de type information.

Même si elle a dû répondre au téléphone à un certain moment, pour le reste du temps elle ne m'est pas parue stressée par la durée de l'entretien. Je fais l'hypothèse qu'en ce cas, comme avec MED6, le fait de mener l'entretien dans un autre setting et pas au cabinet médical durant une journée de travail, a permis à la doctoresse de se prendre vraiment le temps pour cette rencontre.

Une fois l'entretien terminé, on a pris le métro ensemble et on a continué à parler un peu entre nous.

Mémos après l'entretien
<ul style="list-style-type: none"><li>• Patients : peuvent présenter des fausses croyances par rapport aux antibiotiques<ul style="list-style-type: none"><li>○ Cela dépend du niveau d'éducation</li></ul></li><li>• C'est important de prendre le temps pour éduquer les patients à propos des antibiotiques et des maladies bactériennes. Cela est une tâche du métier du médecin<ul style="list-style-type: none"><li>○ Prend beaucoup de temps</li></ul></li><li>• UltraPro : avoir toute une série d'outils diagnostics en <i>point-of-care</i> permet au médecin de soigner de a à z un patient<ul style="list-style-type: none"><li>○ Ce dernier aura l'impression d'être mieux soigné</li></ul></li><li>• Le patient peut être rassuré par le résultat d'un test objectif</li><li>• Ultrason : un résultat visible que parle encore plus à un patient</li><li>• Ultrason : plus sûr qu'une radiographie du thorax<ul style="list-style-type: none"><li>○ S'il serait fait par un radiologue, cet outil pourrait perdre son attrait de test rapide en <i>point-of-care</i> au chevet du malade</li></ul></li></ul>

**Transcription**

En réécoutant l'entretien, je me suis rendue compte que je suis arrivée à faire beaucoup plus de relances pas axées sur les informations mais sur les émotions, ce qui a permis de rendre plus riche le discours. C'est la doctoresse avec son mode d'articuler ses propos et son intérêt par le point de vue des patients et leur côté psychologique qui a facilité la richesse du discours.

La qualité de l'enregistrement était bonne, raison pour laquelle je n'y ai pas mis énormément de temps pour retranscrire l'entretien.

### Mémos après la transcription

- Elle utilisait habituellement la Procalcitonine, mais a dû arrêter pour l'étude
  - Maintenant fait la formule sanguine complète
- Examen clinique très important tachycardie, auscultation pathologique, fièvre, état général altéré
- Si suspicion pneumonie, elle fait une radio => en face du cabinet, pratique
- Biais de l'étude : les médecins qu'y participent sont déjà intéressés et sensibles au thème de l'antibiorésistance
- Sensibilité au thème de l'antibiorésistance
  - Consciente d'une prescription des fois excessive, mais elle fait attention
  - Cercles de qualité, réseaux de soin
  - Dans le même cabinet : même longueur d'onde sur le thème
- Procalcitonine
  - Test rapide
  - Permet de rassurer les gens
- Intérêt et motivation à apprendre l'échographie
- Étude
  - Il y a des fois la représentation de la recherche comme du parent pauvre de la clinique. Mais important d'un dialogue entre les deux pour le médecin.
  - Tous les maillons sont importants
- Patients : 3 ans installée au cabinet donc lien de confiance avec les patients => plus ouverts à la discussion
  - Très à l'aise de discuter de discuter leurs peurs, de discuter leurs méfiances, puis en même temps s'ils ont ce lien de confiance ça peut beaucoup plus les remettre en question face à leurs croyances
  - Ils ont la possibilité de s'exprimer ouvertement
  - Importance de prendre le temps pour expliquer, de comprendre leurs inquiétudes
  - Les questionner sur leur représentation si on sent un blocage => être assez cadrant
  - Adapter le niveau de la conversation
- Il y a une prise de conscience générale, les gens sont plus informés
  - Littérature médicale
  - Bonne formation médicale de la population
  - Médias
- Prendre le temps
- Énumération des fausses croyances observés chez les patients (aussi des impressions, des émotions, des sentiments)
- Gens très preneurs de l'étude
- Prendre soin de la personne – du malade et pas seulement de la maladie
- Consultation comme travail d'équipe
- Stratégie pour rassurer : une ordonnance au cas où
- Ultrason :
  - Formation difficile. Suggestion de se concentrer sur les jeunes médecins qui ont déjà la formation à cet outil dans leur cursus
  - Va prendre beaucoup de temps : consultation d'urgence, fin journée, compliqué !
  - Si devait commencer à l'utiliser, dans les premiers temps ferait encore beaucoup de radios. Elle a un manque de confiance pour le moment

## 2.4. Transcription MED3

DGeis\_Homme\_Médecin généraliste\_UsualCare\_Ville\_49min37sec

**DA1 : Comment se passe habituellement le diagnostic et la prescription lors des infections respiratoires basses ?**

MED3.1 : Emh qu'est-ce que vous entendez par comment ?

**DA2 : Normalement**

MED3.2 : C'est à dire le patient consulte souvent un peu trop tôt à mon group par rapport à des refroidissement

**DA3 : Okey**

MED3.3 : Et pour des états grippaux ... emh ... ce qui fait qu'on a dans le fond une tout petite tranche de patient qui sont vraiment ... disons qui répondent aux critères de l'antibio-thérapie par rapport à l'étude d'UltraPro

**DA4 : Okey ... donc vous êtes déjà en train de parler de l'étude maintenant**

MED3.4 : Mais normalement c'est la même chose

**DA5 : Okey**

MED3.5 : Pour moi la participation à l'étude n'a strictement rien changé

**DA6 : Mhm**

MED3.6 : Si ce n'est que je répertorie plus ou moins tous les touseurs qui viennent consulter ... mais avec ... avec comme je disais là une proportion qui entre vraiment dans l'étude qui est assez faible

**DA7 : Mhm**

MED3.7 : Parce que c'est des états grippaux banaux pour la plus part

**DA8 : Okey**

MED3.8 : Donc en fait c'est beaucoup de screening pour très très peu de ... des cas qui ... qui répondent à ces critères-là. Autrement dit qui répondent aux critères antibiotiques à la base. Donc finalement dans ... sur l'ensemble des patients qui j'ai vu jusqu'à maintenant il n'y a pas beaucoup qui ont des antibiotiques en réalité ... pour ces indications-là

**DA9 : Okey ... Donc pour vous c'est le fait qu'ils arrivent trop tôt**

MED3.9 : Disons que dans le collectif finalement il n'y a pas énormément de patients qui ont besoin d'antibiotique ... il faut le dire. Et puis sur l'ensemble de la population ... oui ... je pense que les gens consultent extrêmement vite pour un rhume quoi

**DA10 : Mhm**

MED3.10 : Et voilà. C'est ce que je dirais par rapport à la ... à la consultation générale. Puis encore une fois n'a pas tellement changé avec UltraPro pour ma part

**DA11 : Okey**

MED3.11 : Étant aussi dans le bras contrôle ... c'est disons ... oui c'est pratiquement la continuation de l'activité comme précédemment

**DA12 : Mhm ... mais normalement quel type d'examens vous faites pour voir par exemple s'il y a besoin d'un antibiotique ou non ?**

MED3.12 : Mais c'est l'anamnèse et l'auscultation pratiquement uniquement

**DA13 : Okey ... donc ...**

MED3.13 : Je fais presque jamais de CRP sauf si j'ai vraiment des grandes doutes ou ... si on a ... si on a vraiment l'impression que c'est bactérienne et puis éventuellement une radio des poumons... mais si l'auscultation c'est négative et puis c'est un truc qui dure depuis quelques jours ... emh ... la radio elle porte rien ehn ... donc finalement ... je pense que c'est vraiment un diagnostic clinique

**DA14 : Mhm**

MED3.14 : Principalement ouais

**DA15 : Donc diagnostic vous avez dit c'est surtout regarder s'il y a du rhume grâce à l'auscultation**

MED3.15 : Oui c'est le rhume qui ... c'est l'auscultation ... disons des bruits pulmonaires principalement

**DA16 : Mhm**

MED3.16 : Après il y a des autres situations. Mais en générale la clinique montre déjà qu'on a à faire avec une autre problématique juste en ... en état grippal ... c'est-à-dire que les gens sont plus toxiques etcetera. Mais justement c'est des situations par très fréquentes dans ma consultation. En fin ...

**DA17 : Mais est-ce que je peux vous demander de me donner un exemple de personne qu'aurai besoins de faire un examen supplémentaire comme la CRP ou une radio ? Quel type de personne ça serait ?**

MED3.17 : Alors pour moi c'est quelqu'un qui a des problèmes depuis au moins une semaine ... peut-être un peu plus ... qui est fébrile ... emh ... qui a des ... peut-être des sécrétions des expectorations suspectes ... en fin ... qui a des aspects un peu plus ((inaudible)) ... et puis c'est quelque chose qui c'est un peu ... qui est difficile à décrire qui est l'état général du patient finalement. C'est-à-dire que quand je le vois arriver j'ai déjà une première impression où je dis « bom voilà ça c'est encore un tousseur qui vient pour rater le travail et pas pour autres choses » (rires)

**DA18 : Mhm**

MED3.18 : Ou alors il y a vraiment un aspect beaucoup plus ... plus marqué. Et à ce moment-là le ... disons ... on engage plus des moyens aussi peut-être par des examens complémentaires le cas échéant.

**DA19 : Oui**

MED3.19 : Si j'ai objectivement à l'auscultation un foyer c'est clair que je vais faire une radio ... je veux juste en savoir un petit peu plus

**DA20 : Mhm**

MED3.20 : La CRP encore une fois c'est vraiment le ... l'examen qu'on va peut-être faire une fois sur ... je ne sais pas ... une fois sur 100. Je le fais vraiment presque jamais

**DA21 : Presque jamais**

MED3.21 : Mais j'ai évoqué la CRP parce que c'est quand-même un des moyens qui peut peut-être un petit peu différencier un ... un problème bactérien ou viral encore qu'il n'y ait non plus un cut-off très précis

**DA22 : Oui**

MED3.22 : Mais voilà donc c'est ... non je reviens à l'histoire de la ... de la clinique qui est vraiment primordiale. Avec la radio qui nous aide parfois un petit peu. On aime bien voir le foyer qu'on a entendu. Voir si là c'est plutôt central ou est-ce que c'est plus périphérique ... donc la localisation etcetera. Mais ... non on fait relativement peu d'examens complémentaires on fait d'après le diagnostic clinique

**DA23 : Mhm ... donc si j'ai bien compris aussi le fait de connaître bien le patient quand il entre dans la salle c'est important.**

MED3.23 : C'est important ... disons la connaissance du patient. Si je le connais depuis assez longtemps ça me donne déjà une information par rapport à ... au différentiel ... par rapport à son état quand il arrive

**DA24 : Mhm**

MED3.24 : Ça c'est vrai. C'est une des choses. Mais c'est surtout l'impression clinique de la personne qui arrive

**DA25 : Mhm ... okey oui**

MED3.25 : Un type qui arrive pas en transpirant c'est pas la même chose que quelqu'un qui arrive en toussant et qu'on la entendu peut-être dans la salle d'attente à tousser. Mais j'entends c'est un ... oui je pense que l'impression clinique pour moi elle joue un grand rôle

**DA26 : Oui ... okey ... et est-ce que ça vous arrive parfois qui vous aviez prescrit des antibiotiques sans avoir fait forcément des examens ou ... sans être vraiment sûr que c'est quelque chose de bactérienne ?**

MED3.26 : Alors si j'ai quelqu'un qui justement cliniquement est ... soit il a une ... on va appeler ça quelque chose de toxique ... mais qui ausculter là-dessus j'entends quelqu'un qui est fébrile ... qui a des problèmes de santé où on veut pas courir des risques etcetera. Ça peut arriver qu'on donne un

antibiotique dans ces circonstances-là. Si on a les critères cliniques ... donc l'auscultation qui correspond ... mais c'est assez rare à ce moment-là qui on donne l'antibio sans avoir fait la radio

**DA27 : Mhm okey**

MED3.27 : Je fais pratiquement jamais ... au moins qu'il y a des autres raisons de faire une radio c'est claire. Mais oui ... c'est malheureusement l'outil ... le seul outil que on avait jusqu'à là. Je suis donc intéressé à voir qu'est-ce que ça vas donner avec le ... avec le ... les résultats des autres groupes ... donc avec l'ajoute de l'écographie

**DA28 : Oui oui oui**

MED3.28 : Et de la procalcitonine. Pour l'instant j'ai jamais utilisé

**DA29 : Ouais ... okey merci beaucoup. Maintenant on peut passer un peu plus vers la partie de l'étude UltraPro. En investiguant un peu la pratique journalière ici au cabinet ... quels sont vos motivations pour participer à cette étude ?**

MED3.29 : Je crois que c'était la ... la question qu'est assez claire au départ. Bon ... je trouve qu'on laissant des portes ouvertes à part ça je ne vous dirais pas pour l'utilisation excessive d'antibiotique parce que je trouve que ... fin ... ça m'interpelle pas beaucoup

**DA30 : Mhm**

MED3.30 : J'en utilise assez peu il me semble-t-il. Maintenant il y a toujours des situations empiriques. On finit par donner un antibiotique pour des raisons ... probablement pas trop scientifiques en réalité ... mais c'est assez rare. Si je prends le nombre des patients à qui j'ai ... j'ai donné des antibiotiques sur la période de l'étude et ... il n'y a pas pratiquement pas qui sont ... je crois qu'il n'y a pas qui n'ont pas été documentés

**DA31 : Okey**

MED3.31 : Donc en l'occurrence j'aurais dû en inclure 2 ou 3 seulement ... on est à une année maintenant ehn ...

**DA32 : Mhm**

MED3.32 : Et peut-être pas inclure 3 mais mentionner dans le dépistage ... fin dans le screening parce que j'avais pas le temps. J'arrivai pas le faire dans la pratique du cabinet quoi

**DA33 : Mhm**

MED3.33 : Mais ça veut dire que sur une année c'est moins de 10 avec cette symptomatologie-là. Hors sinusite et autres problèmes infectieuses secondaires ... qui répondaient aux critères en fait. C'est pour ça que je dis que j'ai l'impression qu'on se laisse une porte ouverte ... mais à part ça l'intérêt au départ c'était ... parce que c'est un sujet quotidien finalement. Et puis ça m'intéressait de voir ... j'espérais tomber dans le groupe écographie mais ... parce que je fais de l'échographie dans d'autres indications ... mais voilà ... c'est parce que tout ça. Je ne regrette pas de tout de m'y être intéressé

mais c'est vrai que dans la ... dans le déroulement par la suite de cette année il se trouve que ... ça a été un rapport assez faible parce que j'avais dans le fond peu d'indications à inclure des patients vraiment. Et puis je m'aperçois aussi que ... disons la ... alors ça se tient au déroulement de l'étude proprement dit ... la documentation en tant que telle prenne pas mal de temps et c'est très difficile à l'intégrer dans une consultation où par définition c'est des problèmes qui surviennent un peu en séries

**DA34 : Mhm**

MED3.34 : Parce que sont des épidémies d'infections respiratoires ... et donc c'est typiquement des moments où vous n'avez pas beaucoup de temps

**DA35 : Oui**

MED3.35 : Alors dans ces cas-là les examens soit rapides ... les interventions rapides en laboratoire ou bien ... c'est là où la CRP peut aider un petit peu ... ou éventuellement une échographie si vous avez l'appareil à coté ça peut être intéressant

**DA36 : Mhm ... donc c'était plutôt une motivation pour voir quels sont les outils possibles pour améliorer le travail au cabinet**

MED3.36 : Oui, absolument c'est ça ... oui

**DA37 : Oui ... et avant cette étude ... vous l'avez déjà un peu mentionné ... mais est-ce que vous aviez déjà diminué ou aviez-vous pensé pouvoir diminuer la prescription des antibiotiques ?**

MED3.37 : Moi j'ai pas changé cette pratique depuis toujours ... je crois. Les antibiotiques chez nous ce n'est jamais été un ... disons ... je pense qu'on a jamais utilisé excessivement d'antibiotiques franchement. Là où on peut un peu discuter c'est dans d'autres indications par exemple les infections urinaires. Comment choisir un traitement mais ...

**DA38 : Donc pas plutôt dans les respiratoires ...**

MED3.38 : Là on est dans les respiratoires. Franchement il y a peu de monde ... la question se pose beaucoup plus dans les sinusites je trouve

**DA39 : Mhm**

MED3.39 : Parce que dans les infections sinusales avec des écoulement et des symptômes pulmonaires secondaires ... c'est un peu plus ... je dirais presque un peu plus difficile à justifier de temps en temps ...

**DA40 : Oui**

MED3.40 : Donc en fait ... le point d'interrogation se pose plus là que dans les infections respiratoires. En tout cas dans ma pratique

**DA41 : Mais donc vous pensez que c'est plutôt dans votre cabinet qu'il n'y a eu jamais eu une grande prescription d'antibiotiques ?**

MED3.41 : Je crois pas

**DA42 : Où c'est en général ?**

MED3.42 : Moi je pense qu'en général les gens sont prudentes avec les antibiotiques depuis longtemps ehn

**DA43 : Mhm**

MED3.43 : Maintenant il y a toujours une zone grise mais je pense que dans l'ensemble on est assez réticents avec les antibiotiques. Moi je considère d'autres pays pas trop loin d'ici d'ailleurs ... où on les donne à tour des bras mais ... nous n'a jamais été le cas depuis notre début. On est là depuis 33 ans maintenant

**DA44 : Okey**

MED3.44 : J'ai pas l'impression d'avoir changé ma ... mon approche de l'antibiothérapie depuis ce moment-là

**DA45 : Vous pensez que des facteurs comme la formation a peut-être eu un impact sur cette manière de travailler ?**

MED3.45 : Oui je pense que c'est la formation ... c'est le ... alors la formation post-grade avec les ... disons la répétition de message joue aussi un rôle. Mais ... mais je pense que ... non je crois qu'on est simplement très conscient du problème des résistances

**DA46 : Mhm**

MED3.46 : Emh ... je parlais des infections urinaires et des autres situations. Bah justement les sinusites et toutes les surinfections ... la BPCO ou des choses comme ça. Où on donne un peu plus facilement évidemment ... dans les infections urinaires je trouve que des fois le choix des antibiothérapies n'est pas si simple que ça parce que les traitements minutes ... je trouve il y a beaucoup des récurrences après quel que soit l'antibiogramme. Mais voilà. Mais pour ce qui c'est les infections respiratoires non ... l'antibiotique c'est pas vraiment dans mon arsenal en fait. J'essaye plutôt d'encourager les gens de consulter en fait pour ces problèmes-là. Tout bêtement du départ déjà. En réexpliquant chaque fois que voilà (rires)

**DA47 : Et comment les patients vivent ces ...**

MED3.47 : Pas toujours bien ! (...)

**DA48 : Pas toujours bien ...**

MED3.48 : C'est parfois des sujets de ... de conflit. Mais bon quelque part on sait, c'est aussi notre rôle quoi. C'est un rôle éducatif quelque part

**DA49 : Mhm**

MED3.49 : Mais oui c'est ... c'est un ... l'antibiotique n'est pas la réponse à tout voilà

**DA50 : Oui ... vous avez des stratégies peut-être pour expliquer le fait que c'est bien de pas prescrire des antibiotiques à vos patients ?**

MED3.50 : Mais je crois que c'est la répétition à la salle du même discours

**DA51 : Mhm**

MED3.51 : Qu'est d'expliquer aux gens que de traiter ... par exemple enfin j'utilise un truc qui est un petit peu empirique puis peut-être pas ... aussi pour mettre un peu de la pression sur ces ... sur ces dérives-là. Par exemple de dire qui si je traite avec un antibiotique je nettoie le tube digestif

**DA52 : Mhm ... oui**

MED3.52 : Ou le tube respiratoire des bactéries et je laisse toute la place aux virus. Donc je tente d'essayer de faire comprendre aux gens que taper sur un faux responsable n'est pas une bonne ... une bonne technique. Mais je pense que dans l'ensemble les gens comprennent aussi peu à peu ça ehn. Simplement on oublie parfois que dans une consultation les gens sont pas toujours les mêmes donc toutes les gens devraient apprendre ce qu'on avait déjà répété X fois avant à d'autres gens (rires)

**DA53 : Oui**

MED3.53 : Et quand on est là depuis un bon moment on oublie parfois ... on a tendance à se dire « non mais ... depuis le temps que je dis la même chose ... » mais en fait c'est d'autres patients. C'est d'autres gens à qu'il faut réapprendre les choses. Non mais globalement les gens ... acceptent ça. Ils ont besoins d'être rassurer ou alors vient chercher pour une arrête au travail. C'est ... concrètement c'est vraiment ça

**DA54 : Mhm**

MED3.54 : Et la question de l'antibiothérapie ... il y a aussi pas mal des gens qui sont plutôt anti-médicaments de manière générale. Donc ça nous aide un peu par rapport à l'antibiotique après on pourrait leurs demander « mais pourquoi vous allez chez le médecin à ce moment-là ? » (rires). Mais bon c'est un autre problème. Mais voilà ... Non je pense que c'est ... disons ... c'est quelque chose d'assez intéressant à discuter avec les gens parce qu'il y a beaucoup des situations qu'on peut leurs montrer mais ... dans cette situation par exemple le ... le colibacille il y a des résistances importantes etcetera. Et puis ça conduit à des dérives ou à des complications vraiment graves. Et je pense qu'ils comprennent ça quelque part. Et après leur refroidissement prend une dimension un peu différente. Donc non je pense qu'on peut beaucoup expliquer aux gens

**DA55 : Oui**

MED3.55 : C'est ... C'est ... dans votre cas vous venez de l'autre côté des alpes ... on a une culture beaucoup ... disons très différent dans tous ce qui est thérapie antibiotique ... mais aussi par exemple le rôle de l'injection. Parce que non seulement on donne un peu plus d'antibiotique mais en plus on le fait par injection

**DA56 : Oui oui**

MED3.56 : Parce que pour le ... pour le patient ... encore une fois culturellement ... le médecin a pas vraiment fait son bulot que s'il a fait un piqûre. Ici les gens sont un peu différentes quand-même. Ils n'ont pas cet attente-là disons.

**DA57 : Mais a été toujours comme ça ou vous pensez qu'il y a eu un changement ?**

MED3.57 : Non pour moi j'ai pas l'impression que dans ces 30 année-là il y a eu vraiment une révolution dans ce côté-là. Je pense qu'au contraire il y a plutôt disons ... la différence c'est plutôt que les gens ne posaient pas des questions au début. Si on avait cette attitude-là ... ils discutaient pas tellement disons. On a de temps en temps des gens qui disent « ah vous me donnez pas d'antibiotique » ... mais bon alors on leur explique. Mais j'entends ... globalement non je pense que les gens sont plutôt ... ils ont entendu le message de différents côtés. Que les antibiotiques posent problèmes etcetera. Donc j'ai pas l'impression ... ça arrive de temps en temps et justement ça fait un peu de conflit mais pas tellement sur la question de l'antibiotique plutôt sur la question du consulte trop tôt par rapport à ... aux débuts des symptômes qui datent de 2 jours et bon ... voilà quoi. En l'occurrence moi j'ai la crève maintenant et je prends pas d'antibiotique (rires) je vous le dit juste en passant

**DA58 : Okey (rires) ... alors vue qu'on a déjà parlé un peu des patients ... comment se situent les patients par rapport à la prescription des antibiotiques ? Ils ont des attentes ?**

MED3.58 : Mais il y a de tout ehn. Il y a les gens qui sont anti-antibiotique mais sans des raisons très précises ... après il y a des gens qui ... ont l'habitude apparemment de prendre des antibiotiques assez vite pour une pathologie qu'ils ont régulièrement par exemple justement les sinusites

**DA59 : Mhm**

MED3.59 : Un peu moins pour les infections respiratoires pures. C'est souvent des gens qui ont des sinusites à répétitions ... puis qui ont pris l'habitude ou qu'ils ont l'impression qu'après trois jours ça vas passer en sinusite il faut que je prenne les antibios

**DA60 : Oui**

MED3.60 : Donc ça c'est une situation. C'est pour ça que je disais que les sinusites sont un peu plus un problème par rapport à la décision que les infections classiques des voies respiratoires inférieures. Mais autrement non ... je pense que dans l'ensemble les gens ... ils viennent pour être sûres ... juste pour se rassurer ou parce qu'ils ont besoin du papier pour le travail mais autrement ... par rapport à l'antibiothérapie elle-même ... ils se remettent quand-même un peu à nous pour ça. Dans l'ensemble quand-même

**DA61 : Oui ... dans la majorité**

MED3.61 : À part ce quelques cas ... oui dans la majorité ... ouais ouais. Donc je crois pas qu'il y a une demande très pressante en fait si on parle de l'ensemble de la patientèle ... il y a pas une demande

très pressante d'antibiotique. Ils nous connaissent aussi il faut pas oublier que ... qu'un ((inaudible)) après 30 ans a sélectionné ses patients. Donc en fait ils savent très bien comme ils fonctionnent

**DA62 : Donc ...**

MED3.62 : Donc ...

**DA63 : Ils connaissent vous mais vous connaissez aussi les patients ...**

MED3.63 : C'est ça ouais ... oui c'est ... c'est dans le sens-là aussi que j'attendais pas beaucoup du point de vue ... c'est vraiment les éléments diagnostics que je trouve intéressant dans l'étude plus que ... que la notion de changement de comportement de ma part. Emh ... simplement chez nous le comportement est fondé sur des critères relativement subjectifs justement l'aspect du patient ou ... de son état général. Alors que là on a quelque chose d'un peu plus objectif qui se dessine ... mais c'est ... à prouver d'ailleurs si ça sera plus efficace que juste l'observation

**DA64 : Mhm ... il faut le prouver encore**

MED3.64 : Ouais ouais ... mais .....

**DA65 : Et à votre avis quel type de patient ... on a déjà un peu discuté de ça ... devrais être inclus dans cette étude ? ... Donc les critères d'inclusion et d'exclusion des patients.**

MED3.65 : Emh ... bonne question. Donc si on regarde ce qui reste depuis le screening disons

**DA66 : Mhm**

MED3.66 : Parce que je crois pas que dans la partie « screené » ... on a loupé des infections bactériennes je vous le dis franchement. Donc de ce point de vue-là c'est relativement une bonne trie déjà. Après puisque le critère est simplement le toussueur ... fébrile dyspnéique ... tachypnéique ou ... ou ... ouais ... et la toux ... disons + + + pour moi peut-être la tachypnée je la vois pas tellement ... comme un critère valable

**DA67 : Mhm**

MED3.67 : Je vois pas ce qu'il vient faire là dedans parce que ... mais là peut-être je ne connais pas assez bien le sujet. Emh ... peut-être par ignorance mais je vois pas très bien à quoi la tachypnée change si c'est bactérienne ou virale. Donc ce critère-là je ne le comprends pas très bien. La dyspnée non-plus d'ailleurs

**DA68 : Mhm**

MED3.68 : Parce que dyspnée si dyspnée veut dire qu'on a plus de peine à monter les escaliers quand on a la ... l'infection ... non-plus je crois pas que c'est ... ça permet de différencier en terme de bactérienne ou bien virale

**DA69 : Et vous auriez changé peut-être ces critères avec quelque chose d'autre ?**

MED3.69 : Ouais ... mais c'est ... c'est là où ça vient difficile parce que le ... c'est un aspect subjectif quoi

**DA70 : Mhm**

MED3.70 : Donc c'est pas quantifiable vraiment. C'est ce côté un peu subliminaire que vous avez quand quelqu'un entre ... sudation emh ++ ouais l'état général ... l'aspect du ... disons quelqu'un qui est pâle mettons ...

**DA71 : Oui ... donc ...**

MED3.71 : Des choses complètement indescriptible quelques parts

**DA72 : Subjectives ...**

MED3.72 : « Je crois que ce type-là me fait mauvaise impression »

**DA73 : Mhm ... donc pour vous c'est important d'avoir la partie subjective ... c'est important de pouvoir avoir un critère comme celui-là**

MED3.73 : Oui

**DA74 : Oui**

MED3.74 : Parce qu'en fait ... bon sa rejoint un peu à des questions qu'on a depuis quelques dizaines d'années... est-ce que c'est plus important l'aspect académique ou est-ce que c'est plus important l'expérience... et ... avec l'expérience évidemment on a tendance à dire que c'est l'expérience. Mais je pense qu'elle joue effectivement un grand rôle ... le feeling qui vous avez quand vous avez un patient qui est là ... il faut pas se fier totalement parce qu'on peut se tromper évidemment ... dans les deux sens ... mais oui c'est important quand-même. Parce que on est ... on fait un boulot de tri quand-même. Et dans un boulot de tri on aura toujours des erreurs dans les deux sens. Mais ces critères là j'arrive pas à les décrire vraiment je dois dire. Je pourrais non-plus mettre ça sur une échelle de 0 à 10

**DA75 : Mhm**

MED3.75 : C'est un peu ... ouais c'est le boulot à un instinct quoi. Mais de ce point de vu là c'est pas inintéressant pouvoir ajouter ça à un critère objective. Peut-être à valider au fil du temps mais ...

**DA76 : Peut-être à la fin de l'étude ...**

MED3.76 : Ouais c'est ça ...

**DA77 : Oui ... okey ... et pour quel type de patient vous avez besoin d'outils diagnostiques supplémentaire pour décider de votre prescription d'antibiotique ?**

MED3.77 : Mh ... je pense que c'est surtout dans les cas incertains. J'utiliserais ça chez quelqu'un qui tousse depuis 10 jours ... qui a de petits poussé fébriles sans avoir des ... des signes vraiment très très marqués ou ... non c'est intéressant oui ... c'est plutôt dans des cas borderline

**DA78 : Borderline dans quel sens ?**

MED3.78 : Qui ... ouais pas dans le sens psy (rires) ... emh ... non mais j'entends le gar qui est ... justement qui a des fébricules mais pas vraiment des ... de fièvre élevée. Qui a ... qui en sorte pas au

bout de 10 jours ... qui tousse mais qui a encore ... qui est tout productif par exemple. Ou j'ausculte encore toujours de rhume qui ... donc des reals bronchites qui disparaissent. Ou qui changent avec la toux ... donc par opposition à des ... à des signes plutôt de pneumonie si vous voulez ... dans ces cas-là oui ça peut être intéressant

**DA79 : Oui ...**

MED3.79 : Emh ... donc c'est plutôt pour les cas où c'est difficile de différencier entre le cas banal de ... du virus et puis la surinfection bactérienne ... ouais. Parce qu'il y a dans le temps quand-même il y a une ... il y a un délai à 2 ou 3 jours ... si vous avez franchement un foyer vous avez un foyer puis vous allez ... vous savez quoi. Si vous avez ... dans tous les autres cas où on a un problème depuis 48 heures ou 3 jours ... voir une petite semaine etcetera c'est en générale plutôt des banalités. Mais quand ça traîne depuis plus longtemps avec des ... d'autres signes que se rajoutent mais qui sont pas encore certaines ... donc pour moi les outils de diagnostic complémentaire c'est peut-être à piquer au bout de ... déjà il y a un aspect temporel ... peut-être au bout de 10 jours je dis une chiffre ... disons un nombre de jours. Emh ... éventuellement j'ai des gens qui ont des comorbidités en fait on aimerait quand-même être un peu plus sûres ... emh ... s'ils ont ... là un peu le trier encore petit peu parce que c'est clair que dans ces cas-là on donnerait plus volontiers quelque chose parce qu'on veut les protéger d'un ... d'une complication cardiaque ou je ne sais pas quoi. Donc peut-être avec des gens à comorbidité ça peut être une autre indication à le faire ... peut-être en donne plus vite de ce qu'on fait avec quelqu'un d'autre. Mais c'est ces cas-là ouais ...

**DA80 : Okey oui ...**

MED3.80 : Donc ça à brûle-pourpoint je n'en vois pas tellement d'autres mais ...

**DA81 : Oui donc c'est plutôt la temporalité ... il faut passer quelque temps avant de faire des ... et aussi des symptômes assez ...**

MED3.81 : Des symptômes quand-même assez sévères oui ... absolument

**DA82 : Oui merci ... et comment ça se passe la proposition au patient de l'utilisation des tests diagnostiques habituels ? ... Par exemple la CRP ou la radiographie**

MED3.82 : Alors moi je leur explique clairement le pourquoi. Si c'est la CRP bon ... comme je disais ça arrive tout le tremblement de terre mais je leur explique c'est pour essayer de différencier bactérienne et virale. J'ai pas toujours très bonne confiance pour ça parce que ... conscience ... parce que dans le cas de la CRP on peut pas être absolument sûr quand-même c'est pas ... et disons ça donne une ... une impression sur l'inflammation quand-même. L'importance de l'inflammation. Après pour ce qu'est de la radio c'est pour ... disons ... la ... le seul argument vraiment pour faire la radio c'est ... ou bien on a une situation de comorbidité ou de risque où on veut être sûr qu'il y a pas d'autres choses derrière la toux. Ou alors c'est un problème de choix d'antibiotique. Par exemple j'ai un foyer qui est

vraiment très central ou par opposition à une autre localisation. Mais c'est pour ça qu'on fait pas non-plus de radio chez tout le monde. On le fait vraiment dans les cas où on a une situation d'infection qu'on pense vraiment être bactérienne ou un ... disons une non-spécifique. Mais voilà.

**DA83 : Et puis ...**

MED3.83 : Et puis je leur explique ça aux patients ça c'est ... disons c'est pas une ... disons ce n'est pas un examen qu'on fait comme ça à ++

**DA84 : À tout le monde ?**

MED3.84 : Non. Non ...

**DA85 : Est-ce qu'ils acceptent les explications ?**

MED3.85 : Ouais ouais tout à fait. Mais en générales ils préfèrent ça

**DA86 : Mhm**

MED3.86 : Je pense que les patients aujourd'hui ont quand-même plus leur mot à dire et leur ... sont un peu plus intéressé à savoir les choses que ... que par rapport au passé

**DA87 : Oui**

MED3.87 : Donc ça il faut en retenir compte. Alors après il y a aussi des gens qui s'en foutent. Puis ... on va pas trop loin dans les explications. Parce qu'ils ne les demandent pas

**DA88 : Donc vous dites qu'ils préfèrent faire des examens en plus ou avoir des explications ?**

MED3.88 : Ah non non ... non la demande d'examens dans ce contexte-là de toux récente etcetera ... ils demandent pas tellement d'examens les gens. Pas dans mon expérience non ...

**DA89 : Donc c'est plutôt les explications qui demandent ...**

MED3.89 : Ouais c'est ça. C'est qu'ils aimèrent savoir pourquoi ... en quoi etcetera. Mais ils ne demandent pas forcément des examens non

**DA90 : Et il y a parfois des patientes résistantes avec des explications qui vous donnent ?**

MED3.90 : Par rapport à l'examen à faire ?

**DA91 : Oui**

MED3.91 : Pas tellement ... non. Si non j'ai mal expliqué mon truc ! (rires)

**DA92 : Okey (rires)**

MED3.92 : Ou alors ils ont raison puis ... il fallait pas le faire. Non mais non globalement c'est ... ça c'est une discussion qui se passe en générale tout à fait positivement

**DA93 : Okey parfait ... merci ... par rapport au choix du traitement ... Comment vous pensez vous pourrait vivre le fait que le choix de traitement vous soit proposé par un algorithme comme dans la situation d'UltraPro ?**

MED3.93 : Bon écoutez je suis passionné de statistique mais au même temps je crois que les algorithmes nous aident beaucoup parce qu'ils sont disons ... ils ... ils nous donnent l'espace et le cadre

**DA94 : Mhm**

MED3.94 : À part ça les algorithmes sont un peu réducteurs quand-même souvent. Donc je reviens à mon histoire d'extraire et d'observation. Donc oui l'algorithme m'intéresse tout à fait. Mais c'est un outil parmi d'autre quoi. Je le ... je l'appliquerais pas à la règle

**DA95 : Oui ... donc ... parce qu'en fait l'algorithme vas donner l'information « oui il faut donner de l'antibiotique ou pas »**

MED3.95 : Oui exactement c'est ça

**DA96 : Donc pour vous c'est en tout cas important d'avoir l'histoire du patient en tête ou voir l'impact que le patient vous donne lorsqu'il entre dans la salle**

MED3.96 : Alors voilà c'est ... c'est ... son histoire c'est une chose et puis l'aspect et l'observation clinique une autre. Et l'algorithme il faut le mettre là-dedans. Oui je pense que c'est important

**DA97 : Donc vous pensez aussi que c'est possible qui si l'algorithme vous dit « non, ce n'est pas nécessaire de donner un antibiotique » qui est sûr au 90% par exemple ... il peut y avoir des situations où vous donneriez quand-même l'antibiotique ?**

MED3.97 : Ça dépend vraiment de l'algorithme. Si l'algorithme il tient en compte vraiment de tous les aspects dont moi je tiens en compte dans ma réflexion ... emh ... pourquoi pas. Mais un algorithme comme ça c'est difficile à établir

**DA98 : Mhm**

MED3.98 : C'est un ... c'est un algorithme qui devrait tenir compte de tous les facteurs autres de comorbidité justement ... ou bien de l'état général du bon homme. Fin il y a ... il y a d'autres facteurs qui font ... que peut-être qui tout n'est pas intégré dans l'algorithme. Mais en général c'est ... bon on utilise des algorithmes beaucoup plus ... disons sans rien penser dans des domaines diabète ou que sais-je. Emh ... mais par contre dans la décision pour traiter une infection on a de toute façon un flou. Il faudrait que l'algorithme soit très ... très exhaustif j'ai l'impression.

**DA99 : Mhm**

MED3.99 : Mais je vais pas dire non au départ parce que je l'ai pas vu cette algorithme. Je pensais le voir en fait ... Ça ma intéresse ehn. C'est pas un truc qui je refuse de tout. Mais ... Mais je pense qu'il faut ... comme dans d'autres choses et pas seulement en médecine ... il faut quand-même de temps en temps suivre le bout de son nez

**DA100 : Oui oui**

MED3.100 : Voilà quoi ... mais j'ai absolument rien contre. Je suis ... je suis ouvert à toutes les ... c'est à tester en fait

**DA101 : Oui ... donc pour résumer un peu ... algorithme avec aussi la diagnostique clinique**

MED3.101 : Ouais ouais. C'est une aide. Mais ça peut pas être ... fin au moins qu'il soit vraiment fantastique et ... mais c'est pas une ... disons il donne pas une certitude absolue pour moi. Parce que c'est quand-même de la statistique vous voyez ? Tous ce qu'on fait dans ce métier c'est ... maintenant de plus en plus fondé sur des chiffres statistiques. Mais la statistique c'est ... si vous avez 99% d'avoir ... chance de pas avoir de cancer dans une situation il y a une ... 1 sur 100 qu'il va l'avoir. Ça peut être l'inverse. Donc on peut pas ... dans une statistique on peut pas oublier la minorité quoi. Et c'est ... c'est différent de la politique (rires)

**DA102 : (rires) Okey ... et comment auriez-vous vécu le fait que le choix de traitement vous soit proposé par un algorithme intégrant le résultat d'un test de laboratoire et de radiologie ?**

MED3.102 : C'est ce que je disais-là. Oui exactement. C'est à dire que oui c'est sûrement un apport supplémentaire ... disons plus on amène des facteurs plus on aura ... disons ... coincé le problème dans son petit coin. Mais ... disons je reste à ce que je disais tout à l'heure. Il faut que l'algorithme soit ... disons ... encore une fois c'est une aide. C'est probablement une aide précieuse mais il est pas absolu. C'est juste ça. Mais oui moi je ... disons encore une fois ça m'intéresse en fait le ... le principe d'affiner un peu ce que nous avons comme impression. Parce qu'on a jamais ... en fait on sait jamais autrement que ... est-ce que le patient a guéri ou est-ce qu'il est mort enfin ... j'entends en gros. Et donc si on a l'impression qu'on a eu tort dans une situation et bon alors à apprendre par cette erreur-là ou ce défaut-là ... donc plus on a d'information qui permet de le ... de trier correctement mieux ça veut. Mais je pense qu'il y aura toujours ce petit bout de la courbe statistique à droite et à gauche où on va se tromper quoi. Donc plus on arrive à le ... disons ... à la minimiser mieux ça veut mais ... être conscient qui n'est pas de l'absolu quand-même

**DA103 : Oui Oui**

MED3.103 : Donc ... ouais ouais non je reste ... comme je dis je reste intéressé au principe avec ou sans les aides supplémentaires. Mais il faudra voir comment il sera validé justement dans le cadre de l'étude.

**DA104 : Okey ... et auriez-vous fait confiance aux conclusions de l'algorithme ?**

MED3.104 : Oui avec les réserves que je disais tout à l'heure. Pas oublier que c'est de la statistique

**DA105 : Oui ... tout à fait ... et pensez-vous que l'utilisation d'UltraPro pourrait avoir un impact sur les patients résistants qui veulent absolument prendre des antibiotiques ?**

MED3.105 : ++ Emh je pense oui ... bah oui ... plus on a d'arguments quand on explique les choses aux gens mieux ça veut. Alors le cas de patient qui vous décrivez-là moi je ne le connais pas tellement

je dois dire ... parce qu'en général ils se contentent de nos explications quand-même. Quitte à nous rappeler 2 jours après ou 3 jours après parce que ça vas pas mieux et puis que voilà. Mais autrement dans l'ensemble je trouve que ... on a une assez forte influence quand-même sur les gens. Si on accepte aussi leur ... leurs idées préconçues et puis ce qu'ils ont lu sur internet ... si après on rediscute avec eux sur ce qu'ils ont lu ou sur leurs idées ... ils comprennent quand-même

**DA106 : Oui ... donc ...**

MED3.106 : Il y a des situations qui ça marchent pas ... et puis je vais pas citer un groupe ethnique parce que ... c'est aussi liée à ces cultures-là. Ce qu'il fait qui dans certaines populations on arrive beaucoup moins bien à les convaincre

**DA107 : Mhm**

MED3.107 : Ils ont leurs idées et c'est arrêté

**DA108 : Et par exemple ... vous n'avez pas parlé d'un groupe précis ... mais vous pensez que l'utilisation d'UltraPro pourrait donner quelques arguments en plus ?**

MED3.108 : Peut-être ... je pense à des gens en particulier-là. Emh ... ils ont des sources d'informations aux quelles ils font une confiance aveugle. Et comme vous savez quand vous avez appris quelque chose de faux c'est beaucoup plus difficile à oublier qui si vous n'avez pas appris du tout et apprendre quelque chose de nouveau ... c'est ça le problème. Mais encore une fois plus on a d'arguments ... des chances qu'ils acceptent ces informations-là sont de tout façon là donc ... il y a pas des raisons de s'en priver. Non non je pense que ... tout argument de plus sera utile même dans un cas relativement ((inaudible))

**DA109 : Et si lors de visites de suivi vous prescrivez des antibiotiques pouvez-vous en donner les motifs ?**

MED3.109 : Pardon ... si lors de ?

**DA110 : Si lors des visites de suivi vous prescrivez des antibiotiques pouvez-vous en donner les motifs ?**

MED3.110 : Bah écoutez entre deux visites il peut y avoir une surinfection

**DA111 : Mhm**

MED3.111 : Donc oui ... c'est ça le motif principal. Il n'y en a pas tellement d'autre je vais dire. C'est à dire on va faire la même appréciation que la première fois ... et si on constate que quelque chose a changé qui modifie la décision oui

**DA112 : Et dans ces cas-là vous faites peut-être des examens supplémentaires ?**

MED3.112 : Alors ça dépend du niveau d'intensification. Si le gar est justement entre deux ... fin c'est le même processus dont on vient de discuter. Donc en fait avec le ... l'évolution et le timing en plus.

**DA113 : Oui**

MED3.113 : Alors si une évolution traîne si ... un élément plus ... disons plus bactérienne survient déjà cliniquement ... ça va reposer la question différemment et puis à ce moment-là peut-être qu'on va faire la radio qui on n'avait pas fait la première fois

**DA114 : Mhm**

MED3.114 : Et la CRP c'est plutôt ... donc je vous disais ... c'est très après cette radio. À tort ou à raison à cause de l'interprétation à faire. Mais disons finalement la CRP il faut dire que je la demande que quand il y a vraiment des ... des symptômes durables et puis peut-être un état fébrile. Donc sans état fébrile pas vraiment

**DA115 : Okey oui**

MED3.115 : Donc pour moi par exemple un état fébrile qui vient secondairement qu'il y avait pas au début c'est un signe assez important pour une autre problématique qui c'est surajoutée. Et là en fait c'est là qu'on engagera les moyens en question

**DA116 : Mais si par exemple vous ne donnez pas même dans ces situations un antibiotique. Est-ce que vous proposeriez des autres médicaments ou ...**

MED3.116 : Que les antibiotiques ?

**DA117 : Oui**

MED3.117 : Mais en principe on les aura déjà donnés avant des fluidifiant ou des choses comme ça. Si au départ c'était une toux sèche et elle est devenu productive on va rajouter un fluidifiant que peut-être on a pas donné la première fois ... ou des choses comme ça

**DA118 : Mhm okey**

MED3.118 : J'associe assez souvent l'antibiothérapie aux fluidifiant parce que ... souvent c'est productif à ce moment-là ... fait partie du tableau. Et puis voilà c'est ... oui ce genre des choses-là oui

**DA119 : Okey ... Si je peux vous demander ... est-ce que vous pensez qu'UltraPro pourrait vous aider dans ces situations ?**

MED3.119 : Oui dans les idées des examens en plus oui. Même chance que la première fois. Mais peut-être qu'on va plus les utiliser quand ça dure et que ... qu'il faut revoir dans un deuxième temps. C'est possible que je l'appliquerais en pratique si s'avère valide. C'est possible que je l'utiliserais plus à la deuxième consultation. Si c'est ça la question

**DA120 : Vous voyez une utilisation ...**

MED120 : Ouais absolument

**DA121 : On peut passer maintenant à la dernière partie de votre métier de médecine. Comment avez-vous vécu le fait de participer à la recherche en faisant partie du groupe Usual-Care ?**

MED3.121 : Bon d'abord moi j'ai un passé de recherche. Donc ça m'a toujours passionné disons ... déjà le principe. Donc ... sur le fond ... d'entrer dans l'étude ça m'intéressait pour ces mêmes raisons. Maintenant ... en étant dans l'Usual-Care ... la ... en fait finalement la ... le déroulement de ma journée ou de mon ... de ma pratique n'a rien ... n'a absolument rien changé. La seule chose c'est que le screening de temps en temps ... bah je ... dans mon browser j'ai une page mémorisée ou en fait je rentre les screening simplement

**DA122 : Oui**

MED3.122 : C'est tout ce qu'a changé dans la pratique. Dans ce groupe-là. Ce qui est un peu logique d'ailleurs. Parce que franchement le ... bah c'est l'inconvénient ou l'avantage du contrôle ... mais je veux dire ... si on joue le rôle du contrôle le principe c'est que vous continuez à fonctionner de la même façon. C'est pas que c'était un ... pour moi ... il y a pas des changement c'est tout. Donc ... le seul truc que je dirais par rapport à l'étude dans mon cas c'était que j'avais de la peine à intégrer ... finalement à inclure les patients

**DA123 : Mhm**

MED3.123 : Ce que je savais déjà un peu à l'avance parce finalement qu'encore une fois j'ai une certaine conscience de nombre de gens que je vois dans telle pathologie ... dans telle contexte mais ... mais c'est quand-même moins de ce que j'aurais pensée sur une année. Emh ...

**DA124 : Mais donc vous pensez que la difficulté ... comme on l'a déjà un peu dit avant ... c'est en lien avec les critères d'inclusions et d'exclusion ou pas de tout ?**

MED3.124 : C'est pas une difficulté ... c'est pas une difficulté c'est que je pense que c'est le ... c'est dans la nature de la question posée au départ

**DA125 : Okey**

MED3.125 : C'est à dire qu'en fait le nombre des gens chez qui on voudrait en savoir plus pour décider d'entrer en antibiothérapie ou pas ... est quand-même faible sur nos consultes. Donc je pense que les examens en question ... donc si on parle de la procalcitonine ou de la ... ou de l'Ultrason... la ... disons ... je pense qu'il y aura relativement peu d'indication à les faire par rapport à la décision thérapeutique. Si c'est par rapport à ma curiosité c'est un autre problème

**DA126 : Mhm**

MED3.126 : Mais une véritable utilité par rapport à ça ... ça sera pas très fréquent

**DA127 : Pas fréquent**

MED3.127 : Ça sera forcément plus que dans le cadre de l'étude parce que le temps que je consacre pour une échographie ... il me semble ... il me paraît plus productive que de rentrer le cas dans le système. Alors peut-être que les cas que j'ai dit que je pouvais pas les inclure pour des raisons de

temps ... c'était-là qu'on devait consacrer pour l'Ultra pour être honnête ... possible ! Mais voilà c'est ... ça sera pas très très fréquent je pense

**DA128 : Mhm okey**

MED3.128 : Mais ce qu'il est possible c'est que je le fasse chaque fois avant de mettre un antibio

**DA129 : Mhm**

MED3.129 : C'est à dire si ma décision c'est de mettre un antibiotique chez quelqu'un je vais faire le test. Déjà par curiosité au départ ... pour voir si ça donne ... si ça joue vraiment. Et voilà enfin c'est pas très ... c'est pas tout à fait rigoureux dans la démarche du ... de l'étude mais ...

**DA130 : Donc vous l'utiliser pour ...**

MED3.130 : Pour valider une décision voilà

**DA131 : Même si n'est pas dans l'étude ...**

MED3.131 : Oui c'est ça ... tout à fait

**DA132 : Et pensez-vous qu'UltraPro pourrait avoir le potentiel de changer votre manière de prendre en charge les infections respiratoires en médecine générale ?**

MED3.132 : C'est possible. Je ... c'est tout à fait possible. Je peux pas le dire parce que je n'ai pas l'outil. Mais ... Mais oui peut-être. Sur ... encore une fois sur le nombre ça va toucher relativement peu de patients à mon avis à ce stade. Sans connaître encore l'algorithme et le ... et les conclusions de l'étude. Mais ... disons si on peut ... si on peut améliorer le screening que nous on fait sans parler du screening UltraPro ... il y a absolument rien contre ... au contraire c'est ...

**DA133 : Donc si j'ai compris s'il y avait pas les critères vous pensez que c'est utile d'avoir un outil comme UltraPro**

MED3.133 : Mais je vais vous dire ... disons ... Non mais il y a des aspects que n'ont rien à voir avec l'efficacité des médicaments en tant que telles. Il y a des aspects d'intérêt du boulot et pas tomber trop dans la routine ... donc même des choses comme ça qui nous strictement aucune justification ... emh ... par rapport à l'étude ou à la signification de l'examen ... c'est toujours intéressant de faire quelque chose d'un peu plus ... de plus fouillé quoi

**DA134 : Mhm**

MED3.134 : Et ça m'arrive un peu du ... du quotidienne. C'est une des raisons pour lesquelles je trouve les études sympas ... parce qu'on se pose des questions on peut ... on reste un peu vivants dans ce métier puis voilà ... on s'éteint pas pour ennui (rires)

**DA135 : La curiosité enfin**

MED3.135 : Oui oui

**DA136 : Et plus spécifiquement pour la Procalcitonine vous pourriez changer votre prise en charge ?**

MED3.136 : J'ai juste un petit doute par rapport aux prises de l'examen je dois dire.

**DA137 : De la Procalcitonine ?**

MED3.137 : Ouais ... emh je sais même pas combien elle coûte exactement mais je sais que dans mon ... fin je sais pas si vous avez une chiffre d'ailleurs

**DA138 : Non ...**

MED3.138 : Je ... disons c'était ma réticence. Puis surtout que par l'instant n'est pas validé vraiment

**DA139 : Mhm**

MED3.139 : Donc ... j'ai pas tellement d'avis là-dessus pour l'instant. J'attends un peu les ... les conclusions-là de l'étude

**DA140 : Vous dites que vous n'avez pas beaucoup des informations. Est-ce que peut-être avoir une séance d'information aussi pour le bras Usual-Care pour vous expliquer mieux les choses ...**

MED3.140 : Alors moi j'espère sérieusement et je l'avais déjà dit au responsable de l'étude que je tenais absolument à avoir une conclusion là-dessus et les résultats. Mais aussi de comprendre l'échographie du poumon. Parce qu'en fait ... bah c'est quelque chose qui peut amener à notre pratique ... quelque chose d'intéressant. Pour moi l'échographie à priori comme ça ... paraît presque plus intéressant que la Procalcitonine ... Dans le sens où je ne sais pas si la Procalcitonine va être vraiment discriminatoire par rapport à la CRP pour prendre un autre examen ... sanguin. Mais ça c'est encore une fois ... j'ai pas les information pour ça mais ... mais par contre la ... l'histoire de ... d'examiner éventuellement les gens avec l'échographie ça peut être vraiment intéressant. Parce que l'écho va ... à mon avis elle pourrait dans pas mal des situations remplacer la radio qu'on fait parfois un peu ... disons ... sachant presque à l'avance qu'elle ne va pas nous donner une information très très... très intéressante disons. Si c'est un vieux fumeur ou ... bref. Mais ouais ... et puis l'écho j'ai d'autres raisons d'être positif par rapport à ça parce que je trouve un stéthoscope dans beaucoup des situations qui est assez génial en fait

**DA141 : Donc vous l'utiliserez aussi pour d'autres choses ...**

MED3.141 : Non moi je l'utilise pour la médecine du sport ... pour l'appareil locomoteur. Où je trouve qui c'est fabuleux parce qu'on peut aussi expliquer aux gens. Et comme argument pour quelqu'un qui est peut-être ... qui a des idées un peu préconçues par rapport aux antibiotiques ... si je peux lui montrer quelque chose à l'écho c'est très fort comme information

**DA142 : Oui c'est une image**

MED3.142 : C'est une image. Donc ça me serve beaucoup dans des lésions musculaires ou des choses comme ça et je peux lui montrer « regarde il y a ça ... ou il y a pas ». Et montrer des autres images

pour comparer ou des choses comme ça. Donc c'est ... l'image c'est quand-même très forte pour ... dans notre arsenal argumentaire

**DA143 : Donc en fait comme ça vous m'avez déjà parlé aussi par rapport à la prise en charge en lien avec l'Ultrasonpulmonaire ... Donc avec l'image ...**

MED3.143 : C'est l'impression que j'ai ... maintenant je ne connais pas assez bien le domaine. En fait je me suis un peu interdit de ... de faire quoi que soit avec l'écho avant qu'on est ... finit cette étude. Histoire de pas changer d'attitude par rapport à ce que ... disons à ce fameux groupe contrôle. Mais j'ai un certain espoir que l'écho elle amène une aide supplémentaire comme le fait dans d'autres domaines ... Ouais ...

**DA144 : Alors merci beaucoup ... pour terminer que vous souhaiteriez utiliser la Procalcitonine dans votre pratique clinique ? ... Si vous voyez des avantages ...**

MED3.144 : Il va falloir attendre les conclusions ... mais pourquoi pas si vraiment elle a apporté quelque chose de d'important là-dedans ... oui bien sûr

**DA145 : Et l'Ultrasonpulmonaire ?**

MED3.145 : Même chose

**DA146 : et UltraPro ?**

MED3.146 : Même chose ... ouais

**DA147 : Même chose ... alors moi je vous remercie vraiment beaucoup pour avoir participé et pour votre collaboration. Vous avez des commentaires en plus à faire ... des choses en plus qui vous aimeriez aborder encore qui j'ai pas demandé ?**

MED3.147 : Non non

**DA148 : Ça va comme ça ?**

MED3.148 : Ça va

**DA149 : Okey alors merci beaucoup**

## Entretien

Il est déjà passé un mois après mon premier entretien. Prendre des rendez-vous avec les médecins n'est pas quelque chose de simple vu leur grande charge de travail. Pour cette deuxième rencontre je suis moins stressé. Grâce aux commentaires de l'enseignante, des médecins de l'équipe UltraPro et de ma collègue, j'ai pu me préparer encore mieux pour cette rencontre. De plus, en relisant ma première interview, j'ai pris note des possibles points forts sur lesquelles relancer. Cela m'a permis de réfléchir en avance à des possibles relances qui ont le but de faire mieux développer le discours du médecin. Le jour avant l'entretien j'ai relu encore une fois le canevas, afin d'arriver bien préparé à la rencontre.

L'entretien a eu lieu le 4 octobre 2019 à 11h30, pas très loin de chez moi à Lausanne. Vu le déplacement bref, j'ai pu préparer le matériel (ordinateur, téléphone portable, canevas, feuille de consentement) dans la matinée et j'ai eu aussi la possibilité de me prendre encore un moment pour penser à l'interview. Heureusement, comme d'habitude, je suis arrivé avec un peu d'avance au cabinet, afin de trouver le bâtiment correct. En effet n'a pas été facile de trouver l'entrée du cabinet. Avant d'y arriver, j'ai dû demander à une personne dans la route s'il pouvait m'aider. Malgré ça, le médecin avait un peu de retard dans ses consultations, pour cette raison j'ai dû attendre jusqu'à midi qu'il se libérait de ses patients. J'utilise ce temps pour contrôler à nouveau le matériel et pour relire le canevas. Dans ce moment d'attend, je me suis rendu compte de n'être pas stressé, chose que j'ai beaucoup appréciée. Finalement, autour des 12h00, l'entretien commence. L'ambiance est bonne et le docteur montre du début son intérêt à participer à l'étude UltraPro et à cet entretien avec moi afin de donner son avis. Il dit avoir beaucoup de choses à dire et d'être vraiment curieux de voir comment ça va terminer cette recherche. La durée de cette rencontre est beaucoup plus longue que la première, je suis vraiment content de ça. J'associe ça au fait de ma meilleure préparation et au fait d'avoir pu investiguer mieux certains points forts. Il me semble que le participant a bien développé ses propos, argumentant chaque réponse avec ses idées. Par contre, une fois terminé l'entretien et lorsqu'il m'accompagne vers la sortie, il ajoute certaines choses intéressantes qu'il ne me semble pas avoir abordées durant l'enregistrement. Pour cette raison, une fois sortie du cabinet, j'ai tout de suite pris note des choses dites.

*Il me dit que selon lui ce genre d'outil peut aider, mais que par contre il est un peu méfiant de sa certitude (ils ne sont pas au 100% et que donc on peut avoir des patients qui sont hors le pourcentage de fiabilité). Il pense que la relation avec le patient c'est vraiment au centre de la visite médicale et que la connaissance du patient permet déjà de comprendre ce que le patient pourrait avoir. En outre*

*il dit qu'aurait aimé faire des formations ou des réunions supplémentaires pour comprendre mieux tout le fonctionnement de cet outil et aussi comprendre à quel point se situe la recherche. Cela aurait pu être une occasion pour lui de dire ce qu'il pense de cet outil à l'équipe UltraPro.*

**Mémos après entretien**

- C'est rare qu'il utilise des examens supplémentaires
- Histoire et état du patient c'est central
- Outils ne sont pas au 100%
  - ⇒ Les examens sont des outils supplémentaires pour confirmer son diagnostic
  - ⇒ Ils peuvent aider dans décisions et c'est tout
- Histoire du patient est au centre
- Il ne pense pas prescrire trop d'antibiotiques
- L'algorithme n'est pas un absolu.
- Ultrason + utile que Procalcitonine

**Transcription**

Cette deuxième transcription c'est bien passé. J'ai eu du plaisir à entendre les propos du MED3. En général, il me semble que l'entretien c'est assez bien déroulé et qu'il y a sûrement des choses intéressantes sur lesquelles travailler. Le médecin développe très bien ses propos en partageant volontiers tous ses points de vue à l'aide de quelques exemples. Pour ce qui concerne mes relances, je me suis aperçu d'utiliser souvent des questions et qu'elles sont parfois un peu directives. J'essayerais pour les prochains entretiens d'améliorer cet aspect.

**Mémos après la transcription**

- Participer à l'étude n'a pas changé ses habitudes
- Anamnèse + auscultation = rare qui fait examens = Diagnostic clinique au centre
- Le patient doit avoir un certain nombre de critères pour qu'il fasse des examens
  - ⇒ La première impression c'est la chose qui joue le rôle le plus important ! Connaître le patient c'est important
- Radio
  - ⇒ Si objectivement foyer
  - ⇒ Veut en savoir plus
  - ⇒ Pour voir si c'est central ou périphérique
- Radio seul outil qu'il y avait jusqu'à maintenant
  - ⇒ Pour cette raison intéressée à l'échographie (=Ultrason) et à la Procalcitonine
- Dans son cabinet ne voit pas le problème de trop prescrire des antibiotiques
- La documentation de l'étude prend trop de temps = difficile inclure des patients
- Utilité des examens complémentaires
  - ⇒ Lors de périodes d'épidémie = parce qu'on n'a pas trop de temps pour discuter avec les patients.
- Les gens en générales sont prudentes avec les antibiotiques.
- Dans d'autres pays c'est plus grave la question de la prescription d'antibiotique
- Plus que la formation c'est le fait d'être conscients de la problématique qui pousse les médecins à prescrire peu d'antibiotiques.
- Les patients ne vivent pas bien le fait d'avoir pas un antibiotique
  - ⇒ MAIS c'est le rôle éducatif du médecin qui doit lui expliquer les raisons. Il faut le faire plusieurs fois pour que le message passe.
  - ⇒ Les gens acceptent ça
- Consultation sont surtout pour demande d'arrêt de travail
- Il y a des différences culturelles = Sud des alpes plus antibiotiques + injections
  - ⇒ Le médecin n'a pas fait son travail si n'a pas donné antibiotique
  - ⇒ Ici (Vaud) c'est différent

- Évolutions au sein des patients
  - ⇒ Avant ne posaient pas des questions
  - ⇒ Maintenant ils veulent quelque chose et le disent = Médecin doit alors expliquer.
  - ⇒ Ils aiment avoir des explications. Si on donne des bonnes explications sont contents
- Différents types de patients :
  - ⇒ Ceux qui veulent antibiotique
  - ⇒ Ceux qui vont être rassuré et se fient du médecin
  - ⇒ Ceux qui veulent seulement feuillet pour ne pas aller au travail.
  - ⇒ Mais en général il n'y a pas une grande demande d'antibiotiques.
- Au centre de la consultation il y a une double facteur :
  - ⇒ Les patients connaissent le médecin et vice versa
- Étude intéressante parce que donne point de vu **OBJECTIF** = au cabinet c'est surtout **SUBJECTIF**
  - ⇒ En tout cas les critères subjectifs jouent un rôle central
  - ⇒ L'expérience permet de comprendre le feeling qu'il y a avec le patient
- Examens supplémentaires utiles pour des cas borderlines
  - ⇒ Le TEMPS = il faut qui soit passé au mois 10 jours
  - ⇒ Gens avec comorbidité on donne plus volontiers antibiotique
- L'algorithme :
  - ⇒ Donnent espace + cadre
  - ⇒ Ne sont pas à suivre à la règle
  - ⇒ Histoire + Observation clinique sont importantes => algorithme il faut le mettre là-dedans
  - ⇒ C'est seulement un aide
  - ⇒ C'est un statistique = on ne peut pas oublier la minorité (si sûr au 99% = il y a quand-même 1%)
- Il faut discuter avec le patient : prendre en considérations ses idées et voir comment on peut faire.
- Différences culturelles
- La radio vient avant de la CRP
  - ⇒ CRP seulement quand symptômes durables + état fébrile
- UltraPro serait utilisé plus dans visite de suivi
  - ⇒ Le test serait utilisé pour confirmer une décision déjà pris.
  - ⇒ Importance des coûts pour les examens (Procalcitonine)
  - ⇒ Écographie lui semble plus intéressant que la Procalcitonine (mais il l'utilise déjà)
  - ⇒ Écographie c'est une image qui parle aux patients. On peut comparer avec autres images
  - ⇒ Argumentation

## 2.5. Transcription MED4

DGeis\_Femme\_médecin généraliste\_UsualCare\_Ville\_33min40sec

**DA1 : Comment se passe habituellement le diagnostic et la prescription lors des infections respiratoires basses ? ... d'habitude.**

MED4.1 : Alors c'est très clinique d'habitude. Le diagnostic en tout cas. En fonction des symptômes du patients ... de la durée et évolution des symptômes. Et puis l'état général des ... du patient.

**DA2 : Mhm**

MED4.2 : De temps en temps avec des examens complémentaires pour le diagnostic ... type radio du thorax ou au labo avec une CRP ou une formule. Mais pas systématiquement du tout en fait.

**DA3 : Donc pas systématiquement ... il y a des cas qui sont un peu plus ...**

MED4.3 : Si je suspect une pneumonie ... alors je ferais une radio pour avoir ... pour visualiser un éventuel foyer. Après si je ... si j'ai un ... si j'ai des bruits à l'auscultation. Ça dépend plutôt de l'auscultation. Si j'ai une auscultation normale puis un patient avec en bon état général ... généralement je fais pas tellement des examens complémentaires.

**DA4 : Mhm ... donc c'est aussi l'impression du patient.**

MED4.4 : Oui. C'est beaucoup le ... la clinique du patient ... de son état. Est-ce qu'il y a des comorbidités aussi ça c'est toujours aussi important de le savoir. On fera peut-être un peu plus chez un patient âgé ... diabétique ... voilà. Mais donc ça dépend vraiment du patient ... ses comorbidités et puis ses symptômes et puis de son état général.

**DA5 : Plusieurs facteurs.**

MED4.5 : Oui. Quand-même.

**DA6 : Et normalement dans quelles situations vous donnez des antibiotiques ?**

MED4.6 : Alors ... si ... c'est compliqué à répondre. Je vais dire état fébrile mais vu qui se prolonge mais c'est vrai que là on est dans une période de grippe ... on est aussi des fois un petit peu ... on le fait moins. Ça dépend. Ça dépend de la saison ... ça dépend au période. Hors période de grippe l'état fébrile qui se prolonge plusieurs jours pour moi c'est quand-même un critère. Et une auscultation ... des râles à l'auscultation ... un foyer à la radio ... ça c'est des ... et puis un mauvais état général. Un patient qui a ... qui est dyspnéique ... qui a des douleurs ... fin de la peine qui est ... qui est ... qui a des douleurs respiratoires ou qui ... une fréquence respiratoire peut-être plus augmentée. Et puis un patient avec des comorbidité. Un patient âgé justement ... diabétique ... ou immuno-supprimé. Là je suis aussi un petit plus attentive.

**DA7 : Ça seulement hors saison**

MED4.7 : Ça c'est hors grippe. Alors grippe du coup c'est encore plus compliqué parce que c'est vrai que là on admet volontiers des états fébriles qui se prolongeraient sur une semaine ... 10 jours ... voir plus. Sans pour autant prescrire des antibiotiques. Donc c'est vrai que c'est un peu différent. En période de grippe généralement on est un peu plus prudents. En tout cas avec les jeunes en bonne santé. Après encore une fois ... voilà si c'est un patient plus fragile on est peut-être un petit plus ... ouais.

**DA8 : Oui oui. Donc vous avez dit que normalement vous faites deux types d'examens si j'ai bien compris. La radio et la CRP.**

MED4.8 : Oui. Normalement je les faits pas. Mais si j'en fait ça serait plutôt ça. Ouais. Radio du thorax et puis formule sanguine donc une formule simple pour les leuco et la CRP. Ouais.

**DA9 : Mhm ... et ça vous arrive parfois de prescrire sans avoir fait des examens ?**

MED4.9 : Oui. Quand c'est assez clair cliniquement ... je fais même pas d'examens. Parce qu'en fait mes examens ils vont pas forcément me faire changer d'avis. Je me dis si je sais que je vais prescrire des antibiotiques avant même ... je fais même pas les examens en fait.

**DA10 : Mhm**

MED4.10 : Mhm ... oui.

**DA11 : Okey alors on peut passer un peu plus à l'étude UltraPro. Quels sont vos motivations pour participer à cette étude ?**

MED4.11 : Bah je trouvais hyper intéressant ce ... cette recherche de d'autres moyens justement pour nous aides à faire le ... à mieux trier. À mieux classer les infections virales les infections bactériennes. C'est vrai que nous on se base sur des ... on sait que tout sur ce qu'on se base il y a rien de très fiable en fait. Et puis c'est plus un cumul des signes qui nous orientent. Et c'est vrai que d'avoir un marqueur ou un examen qui nous permet vraiment de trancher ... moi j'ai trouvé ça quand-même très intéressant. En théorie.

**DA12 : Donc c'est la fiabilité des examens qui existent déjà qui vous a poussé un peu.**

MED4.12 : C'est le fait qu'actuellement on a pas des ... à part éventuellement ... non ... on a pas d'examens fiable. On sait aussi que la radio n'est pas fiable. On peut avoir un foyer sur une radio viral. Donc on va traiter avec des antibio mais qui était pas forcément nécessaire. Alors là on peut avoir une CRP normale ... bon après une CRP élevée c'est vrai que ça c'est peut-être un critère un petit peu plus fiable mais ... ouais je pense que si on avait un examen qui nous permettrait vraiment de trancher ça serait vraiment un plus dans pas mal de situations. Le but étant toujours de diminuer la prescription d'antibiotique qui est pas nécessaire.

**DA13 : Mhm**

MED4.13 : Et ... et puis de ne pas ... et puis de les prescrire quand il faut vraiment. Donc voilà. Oui.

**DA14 : Donc vous voyez un peu la problématique de la prescription.**

MED4.14 : Bah bien. Oui je vois bien. (rires) je la vois bien tous les jours.

**DA15 : Okey (rires). Et avant cette étude, aviez-vous déjà diminué peut-être ou pensiez-vous pouvoir diminuer la prescription des antibiotiques lors surtout des infections respiratoires ?**

MED4.15 : Alors je pense que oui. Parce qu'on est quand-même sensibilisé en formation ... les formations d'infectio et tout ça. Nous sensibilisent quand-même beaucoup justement aux pourcentages d'infections bact- fin ... d'infections bactériennes par rapport aux infections virales qui est quand-même assez minime. Donc je pense que oui. À la base j'ai essayé déjà de prescrire assez peu d'antibiotiques.

**DA16 : Donc c'est la formation**

MED4.16 : C'est la formation continue ouais. Qui nous rend attentifs.

**DA17 : Et il y a des autres facteurs peut-être ?**

MED4.17 : Bah les ... tous les problèmes de résistance dont on entend parler aussi. Les résistances aux antibiotiques. Donc ça c'est aussi un facteur qui nous ... qui nous freine. On se dit « on va pas les prescrire si c'est pas nécessaire ». Clairement.

**DA18 : Mhm**

MED4.18 : Les effets secondaires des médicaments. On va pas le donner à quelqu'un qui n'a pas besoin et qui va avoir des diarrhées ou autres pendant des jours. Donc ça c'est des choses quand-même ... on sait que c'est pas anodin. Donc on fait attention.

**DA19 : Oui ... et comment vous pensez que les patients peuvent vivre un peu ces changements de prescription ?**

MED4.19 : Alors moi depuis que j'explique un peu le but ... puis aussi des fois justement en parlant de l'étude je trouve que les gens sont plutôt assez contents qu'on arrête de leur prescrire des antibiotiques pour tout et pour rien. Après je pense que c'est peut-être ... c'est variable. Il y a des gens qui ont eu l'habitude d'en recevoir et qui ont eu toujours l'impression que ça fonctionnait très bien ... chez ceux-là c'est difficile.

**DA20 : Mhm**

MED4.20 : Alors chez ceux-là c'est très difficile de les convaincre qu'il y a pas besoin de le prendre. Et c'est vrai que s'arrive des fois du coup de les donner ... (rires) si le patient insiste beaucoup ... ça c'est vrai que c'est des fois compliquées. Mais généralement ... c'est une minorité je dirais. Et c'est peut-être un peu culturel. Mais la majorité j'ai l'impression qui sont quand-même plutôt content si on leur dit « écoutez on essaye de faire sans » sachant qu'ils peuvent toujours revenir ... qu'on est là ... que ... voilà et puis qu'on réévalue s'il y a besoin. Puis que si ça évolue mal on leur prescrira dans un deuxième temps.

**DA21 : Donc il y a aussi un facteur culturel vous avez dit**

MED4.21 : J'ai l'impression.

**DA22 : Mhm**

MED4.22 : (rires) Je pensais au pa- je pensais aux patients français. Parce qu'on en a pas mal des patients français ... alors moi en tout cas au cabinet j'ai l'impression. Et eux je pense qu'ils ont eu l'habitude d'en recevoir vraiment beaucoup. Et ils ont de la peine à repartir sans une ... sans une ordonnance.

**DA23 : Mhm**

MED4.23 : Il faut vraiment beaucoup négocier avec eux. Donc je pense que c'est quand-même un petit peu culturel en fonction aussi peut-être de certains pays. Où ils prescrivent plus d'antibiotiques qu'ailleurs. Et les gens sont habitués à en recevoir beaucoup. Mais on a le même problème avec les angines à streptocoques maintenant.

**DA24 : Okey**

MED4.24 : Parce qu'avant on traitait on donnait des antibiotiques à tout le monde dès qu'on avait un strepto-test positif. Et maintenant on revient en arrière. Donc c'est vrai que c'est des fois compliquées d'expliquer aux gens que oui ça se faisait avant mais que là que maintenant bah ça se fait plus. C'est quand-même ... c'est vrai que c'est ... voilà. Il faut toujours réexpliquer ... recommencer. Mais généralement les gens comprennent bien quand-même.

**DA25 : Donc en tout cas si j'ai bien compris il y a le facteur des habitudes et culturel qui posent un peu de résistance**

MED4.25 : Oui. Si le patient il en a déjà beaucoup reçu et puis qu'il a l'impression que ça le guérit chaque fois ... c'est vrai qu'il va être tenté de les réclamer.

**DA26 : Est-ce que vous avez des stratégies pour ...**

MED4.26 : Alors j'explique à chaque fois. J'explique et je réexplique. J'essaye de leur ... j'essaye vraiment de les convaincre que ce n'est pas nécessaire. J'essaye de retarder. Je leur dis « bon bah fin voilà si dans deux trois jours ça vas toujours pas vous me rappelez ». Des fois je fais des ... des fois je fais des prescriptions différées. Je leur donne quand-même l'ordonnance et puis je leur dis « vous le prenez seulement si dans trois jours vous avez toujours de la fièvre ». Mais après je sais jamais vraiment ce qu'ils font. Si ((inaudible)) ils le prennent quand-même tout de suite en sortant du cabinet. C'est ... après si je les revoie je leur pose toujours la question « vous avez fait quoi avec la prescription ? ». Et certaines ... et puis souvent ils l'ont pas prise en fait. Mais ils l'avaient et puis ils étaient quand-même contents au cas où ils ... donc ça j'utilise ... ça je fais si jamais ... je fais assez volontiers.

**DA27 : Donc c'est une chose qui les rassure un peu.**

MED4.27 : Je pense qu'ils ont pas l'impression d'être venu ... voilà ... ils repartent quand-même avec quelque chose. Ils savent que s'ils ont besoins ils peuvent prendre. Donc oui je pense que ça les rassure. Oui.

**DA28 : Et en fait comment se situent les patients par rapport à la prescription d'antibiotiques ? Vous avez parlé un peu des habitudes ... de culture ...**

MED4.28 : Bah ils se situent ... moi je trouve qu'ils nous font assez confiance en fait. Si on leur dit « il faut prendre » ils prennent volontiers. Et puis si on leur dit « c'est pas nécessaire » ils sont souvent assez ... assez content qui soit pas indispensable. Je trouve que dans la plus parts des cas ils suivent quand-même assez bien nos prescriptions.

**DA29 : Donc ils ont des attentes normalement ou ...**

MED4.29 : Pas forcément. Pas tous. Certaines comme je ... on a parlé des exceptions. Peut-être quelques-uns mais la plus parts je pense pas forcément.

**DA30 : Ont plutôt confiance en vous alors.**

MED4.30 : J'espère. (rires)

**DA31 : C'est difficile à dire ?**

MED4.31 : Ouais. Ou alors ils l'expriment pas. Mais c'est rare que ... fin s'arrive de temps en temps qu'ils disent « non mais vraiment il y a que ça qui marche ». Mais c'est rare. Ouais.

**DA32 : Okey ... Et à votre avis quel type de patients devraient être inclus dans cette étude ?**

MED4.32 : Bah ...

**DA33 : Surtout pour les critères d'inclusions et exclusion à l'étude.**

MED4.33 : Pour UltraPro ?

**DA34 : Oui.**

MED4.34 : Bah il y a déjà ... fin en fonction des critères qui existent déjà ?

**DA35 : Mhm**

MED4.35 : Est-ce que sont des bons critères ? C'est ça la questionne ?

**DA36 : Oui. Si vous pensez qu'il y a des autres critères qu'il faudrait avoir ou changer quelque chose ...**

MED4.36 : Non je pense pas. Je pense que ... voilà j'ai pas en tête forcément les critères d'exclusions. Parce qu'inclusion c'est là ... c'est tout le monde en fait. Il y a pas vraiment ... après ... il y a des critères d'exclusions ? C'est les symptômes ... fin il y a des critères d'inclusions. Le critère d'inclusion qui m'a le plus embêté c'est ces 4 jours de fièvre.

**DA37 : Okey**

MED4.37 : Parce que les gens avaient rarement 4 jours de fièvre. C'est ça qui faisait que c'était difficile de les inclure généralement. Parce qu'ils avaient 1 jours 2 jours ou pas de fièvre. Ou ils

avaient pas mesuré. Ou ... voilà. Et puis les autres critères c'est quand-même plus rare les patients qui ont une fréquence respiratoire augmentée ou voir s'il y a des bruits à l'auscultation ça c'est vrai que ça arrivait aussi. Ce critère de 4 jours de fièvre c'est celui qui m'a le plus ... parce que j'avais souvent des patients que j'aurais pu inclure mais c'est ça qui passait pas quoi.

**DA38 : Donc vous auriez changé ça**

MED4.38 : Ça dépend. Moi j'aurais peut-être mis moins. Parce que 4 jours c'est déjà pas mal. Parce que là l'idée c'est d'inclure aussi des patients qui ont des épisodes viraux. Qui toussent. Un épisode viral un peu banal. Puis 4 jours de fièvre c'est quand-même déjà pas mal je trouve pour un épisode viral un peu banal.

**DA39 : Mhm okey. Et ... pour quels types de patients avez-vous besoin d'outils diagnostics supplémentaires pour décider de prescrire des antibiotiques ?**

MED4.39 : Alors je pense bah pour les patients âgés.

**DA40 : Mhm**

MED4.40 : Parce que c'est chez eux qu'on a pas envie de rater quelque chose de plus grave. Et c'est chez eux qu'on a pas envie de prescrire des antibiotiques pour rien parce qu'ils vont faire plus des effets secondaires que les autres. Donc je trouve que c'est eux pour qui on est toujours le plus embêté. Si on arrivait à être plus précis pour cette population là ça serait déjà bien.

**DA41 : Mhm**

MED4.41 : Mhm. Oui. Les patients âgés avec des comorbidités.

**DA42 : Il y a des autres patients aussi ?**

MED4.42 : Après c'est intéressant pour tout le monde mais pour eux je pense que c'est eux qui ... c'est eux qui souffriraient plus d'une erreur dans un sens ou dans l'autre.

**DA43 : C'est la population la plus fragile.**

MED4.43 : Oui c'est ça. Oui.

**DA44 : Okey. Comment se passe la proposition au patient de l'utilisation des tests diagnostiques habituels. Donc vous avez parlé de la radio ... de la CRP.**

MED4.44 : Pour tous les patients ?

**DA45 : Oui pour tous les patients.**

MED4.45 : Bah le plus souvent c'est radio. Quand je propose quelque chose c'est toujours d'abord plutôt la radio. Prise de sang c'est quand-même assez rare. Mais ça se passe ... non ... si je dis « écoutez j'entends quelque chose au niveau de l'auscultation j'aimerais juste vérifier qu'il y a pas de foyer on va faire une radio » ... les gens généralement bah le comprennent bien. Ça se passe bien.

**DA46 : Mhm**

MED4.46 : On peut la faire sur place. C'est vite fait. Je la regarde tout de suite. Disant le résultat quelques minutes plus tard. Donc généralement c'est pas compliqué disons.

**DA47 : Donc il y a pas une contrainte de temps**

MED4.47 : Non. Non parce qu'on a la radiologie sur place. Et ... du coup c'est assez facile.

**DA48 : Oui ... et ça aide les patients ... fin ça vous aide à argumenter la décision de prescription ?**

MED4.48 : Oui. Oui aussi. C'est vrai que du coup on peut dire « ah bah voilà voyez la radio elle est propre il y a vraiment pas de foyer ». Et du coup les gens ça les rassure aussi. Si on est un peu dans le doute. Ou si le patient est pas convaincu justement. Des fois on peut utiliser ça aussi.

**DA49 : Okey oui**

MED4.49 : Même si on ... même si la radio je sais que c'est pas .. c'est pas forcément l'outil parfait. Mais voilà on peut quand-même s'appuyer là-dessus.

**DA50 : Oui. Ça vous aide un peu.**

MED4.50 : Oui quand-même. Mhm.

**DA51 : Mhm. Et par rapport au choix du traitement. Comment vous pensez vous pourrait vivre le fait que le choix de traitement vous soit proposé par un algorithme comme dans la situation d'UltraPro ?**

MED4.51 : Là vous pensez antibio ou pas antibio ?

**DA52 : Oui.**

MED4.52 : Si on entrait des critères puis qu'on avait à la fin ...

**DA53 : Oui exactement**

MED4.53 : Eh ... c'est difficile ehn. Parce qu'il faudrait ... ça dépend. Si ça nous conforte dans ce qu'on aurait fait ... spontanément ... je pense que ça serait un ... bah un test supplémentaire pour être sûr que notre sentiment il est correct. Après si tout d'un coup j'imagine un arrive à un résultat opposé de ce que nous on aurait proposé ... point d'interrogation. Je sais pas. Est-ce qu'on fait plus confiance à nous ou à l'algorithme ?

**DA54 : Est-ce que vous arrivez à ...**

MED4.54 : Deviner ?

**DA55 : Oui**

MED4.55 : (soupir) ... Je pense pour ... non probablement ... ça ... je pense que ... il faudrait ... il faudrait qu'on sache comment il a été mis en... comment il a été construit. Quel est ... quel est la sensibilité. La spécificité. Voilà. Quelle valeur il a. Quel pourcentage. Est-ce qu'il y a des ... est-ce qu'il se trompe. Fin voilà. S'il est fiable et puis qu'on l'a étudié et puis qu'on a prouvé qu'on ratait très très peu des pneumonies ou bien alors on ratait ... fin on prescrivait quasi jamais pour rien en suivant l'algorithme ... probablement je pourrais faire confiance. Oui je pense.

**DA56 : Et si on pense par exemple à une situation un peu limite où vous êtes sûr qu'il n'y a pas besoin ou au contraire il y a besoin par exemple. Dison que l'algorithme dis**

MED4.56 : Dis le contraire

**DA57 : Oui et qu'au 95% il sûr que c'est le contraire.**

MED4.57 : Oui c'est là que ... c'est là que c'est embêtant. ... Je sais pas. À ce moment-là ... moi dans ce genre de situation j'ai tendance à pas faire le test. Parce que c'est comme je disais au début. Si je suis sûr que je vais prescrire des antibiotiques avant ... juste après mon anamnèse et mon examen clinique je vais même pas faire la radio. Parce que si j'ai une radio propre ... bah ça va m'embêter mais je vais quand-même le prescrire parce que je suis sûr. Fin ... donc à la limite si vraiment je suis sûre au 100% je l'utilise pas. Moi je sais pas.

**DA58 : Donc si on retour un peu à ce qui vous avez déjà dit c'est donc la vision qui vous avez du patient qui ...**

MED4.58 : Oui.

**DA59 : Qui prime.**

MED4.59 : Je pense que ça prime quand-même. Ouais.

**DA60 : Et quels aspects du patient ? Vous avez déjà un peu dit**

MED4.60 : Bah c'est vraiment son ... sa clinique. Ses comorbidités. Son état général. Ouais.

**DA61 : Okey. Et comment auriez-vous vécu le fait que le choix de traitement vous soit proposé par un algorithme intégrant le résultat d'un test de laboratoire et de radiologie?**

MED4.61 : Donc pareil mais avec des examens complémentaires en plus qui sont prise en compte ?

**DA62 : Mhm**

MED4.62 : Bah je pense c'est un peu pareil. Ça changerait pas. J'ai de la peine à imaginer qu'il nous donne un résultat complètement absurde par rapport à ce qu'on imagine. Surtout si en plus il prend en compte des résultats ... fin des examens complémentaires supplémentaires.

**DA63 : C'est un peu difficile alors à**

MED4.63 : Je pense que ça serait intéressant à ce moment là justement quand on est pas sûr.

**DA64 : Mhm**

MED4.64 : Parce que si on a pas d'avis clair ... on est un peu dans le doute ... à ce moment-là je pense qu'on accepterait volontiers cette aide là supplémentaire. Par contre si on est nous déjà très clair ... effectivement je pense que là ça veut pas trop peut-être la peine.

**DA65 : Donc dans l'imagination c'est de l'utiliser que quand vous êtes pas sûr.**

MED4.65 : Peut-être ouais.

**DA66 : Mhm**

MED4.66 : Ça serait comme une aide supplémentaire quand on est pas sûr.

**DA67 : Okey ... et auriez-vous fait confiance aux conclusions de l'algorithme ?**

MED4.67 : Si on me prouve qu'il est bien construit et puis qu'il est une bonne ... un bon pourcentage de résultat. Oui. Je pense que oui. (rires)

**DA68 : Okey. C'est toujours un peu difficile de se l'imaginer ?**

MED4.68 : Oui ... c'est toujours un peu difficile de l'imaginer. Mais je pense que ... je pense que oui.

**DA69 : Mhm**

MED4.69 : Je sais pas s'il existe vraiment un équivalent. Je réfléchissais. Est-ce qu'on a un autre outil qu'on utilise de temps en temps qui pourrait nous sortir ... c'est comme les scores en tout cas. Les scores de risque. Quelques parts la clinique elle est quand-même toujours je trouve un peu plus importante quand-même. C'est ... si on réfléchit à d'autres exemples. Mais ... mais quand on est dans le doute ... moi je pense que ça peut valoir la peine.

**DA70 : Mhm**

MED4.70 : Mhm

**DA71 : Okey ... et pensez-vous que l'utilisation d'UltraPro pourrait avoir un impact sur les patients résistants qui veulent absolument prendre des antibiotiques ?**

MED4.71 : Alors je pense oui. Si on a un algorithme et puis qu'on rentre tous leurs critères devant eux et puis on leur dit « regardez Monsieur vous avez 0.05 pourcent de risque d'avoir une infection qui nécessite d'être traité par un antibiotique » ... bah pour nous ça serait un outil supplémentaire pour ces patients-là. Effectivement. Oui.

**DA72 : Vous pensez pour quelles raisons cela aiderait à convaincre le patient ?**

MED4.72 : Bah parce qu'il y a un chiffre peut-être. Fin un pourcentage de risque. Plus qu'une impression. Nous on peut se baser sur notre impression clinique. On sait qu'elle est pas parfaite. On peut pas faire semblant non plus. En tout cas moi j'aime pas. J'ai ... voilà. Si on a un outil puis qu'on a un chiffre c'est des fois un peu plus convaincantes j' imagine peut-être pour la personne.

**DA73 : Donc quelque chose de plus objectif.**

MED4.73 : Voilà. Ouais. Qui calcul vraiment en fonction de leurs critères personnelle. Ils voient qu'on rentre vraiment leurs facteurs à eux. Au final on se retrouve avec un pourcentage de risque. Je pense qu'ils peuvent ... c'est peut-être effectivement quelque chose de plus objectif.

**DA74 : Okey. Et si lors de visites de suivi ... donc si le patient retour ... vous prescrivez des antibiotiques ... pouvez-vous en donner les motifs.**

MED4.74 : Donc c'est ... pas la première visite mais après ?

**DA75 : Oui.**

MED4.75 : Bah si le patient n'est évolué pas bien ... s'il est évolué mal ... si après ... si je le revois quelques jours une semaine après et qu'il a toujours de la fièvre ... qu'il tousse toujours beaucoup ... que ... bah oui ça m'arrive de prescrire des antibiotiques dans un deuxième temps.

**DA76 : Et vous faites des examens dans ces situations ?**

MED4.76 : Ça m'arrive oui. Fin peu. Si j'ai pas fait des radios la premier fois bah peut-être j'en fais une. Si la toux elle est ici aussi toujours après une semaine. Oui. Ça ça peut arriver.

**DA77 : Et ça vous aide à prendre une décision ?**

MED4.77 : Oui. Comme la premier fois (rires).

**DA78 : Okey (rires)**

MED4.78 : Mais là encore. C'est pas non plus ... c'est plus l'évolution que le résultat. S'il évolue pas bien et puis que sa radio il est normale ... je vais peut-être quand-même lui prescrire des antibiotiques.

**DA79 : Est-ce que peut-être vous proposeriez aussi quelque chose d'autre ? D'autre médicaments qui ne sont pas des antibiotiques.**

MED4.79 : Bah le traitement symptomatique. Mais ça on le propose déjà la première ... fin oui.

**DA80 : Oui. Et ... vous pensez qu'UltraPro il pourrait vous aider dans ce type de situation ?**

MED4.80 : Uff ++ bah ... ça voudrait dire qu'on a ... si ... si à ce moment on pouvait faire un score ? À la deuxième consultation ?

**DA81 : Mhm**

MED4.81 : Oui. Ça serait peut-être bien aussi. Parce que c'est vrai que c'est souvent ces situations-là qui sont le plus embêtants. Quand ça évolue pas comme on a imaginé que ça devait évoluer au départ. Donc si à ce moment-là on pouvait faire un score ou utiliser un outil pour se réorienter ... parce que là c'est vrai que c'est difficile à la deuxième consultation quand ça vas pas bien de pas le donner. C'est plus difficile que de pas le donner à la premier quand les gens reviennent. Donc peut-être qu'on pourrait encore diminuer ce pourcentage de prescription tardive. Mais ... ouais. Donc oui.

**DA82 : Vous pensez que c'est plus difficile lors de la deuxième fois**

MED4.82 : Bah parce que le patient il c'est ... bah parce qu'il revient. Parce qu'il va pas mieux. Puis que le ... on s'attend de nous et lui aussi il s'attendait à guérir après une ou deux semaines et puis il guéri pas. Donc forcément il y a une autre attente après. Ou une autre inquiétude plus grande.

**DA83 : Donc normalement c'est lors de la deuxième fois qu'il arrive avec des attentes.**

MED4.83 : Bah la deuxième fois il y a plus d'attentes je pense que la première s'il revient. Oui.

**DA84 : Donc surtout pour la prescription d'antibiotique.**

MED4.84 : Probablement. Oui.

**DA85 : Oui**

MED4.85 : Ou d'autres examens à ce moment-là complémentaires si on les ai pas fait la première fois.

**DA86 : Donc ils sont plus résistants on peut dire ?**

MED4.86 : Résistantes à ...

**DA87 : À la non**

MED4.87 : À la non-prescription ?

**DA88 : Oui.**

MED4.88 : Probablement qu'ils seraient ... qu'ils ... probablement qu'ils s'attendent de vraiment plus avoir un traitement plus fort. Plus efficace. Puis du coup fort et efficace égal ... antibiotique (rires).

**DA89 : Oui ...**

MED4.89 : Probablement oui.

**DA90 : Okey ... alors on peut passer au votre métier de médecin. Comment avez-vous vécu le fait de participer à la recherche en faisant partie du groupe Usual-Care ?**

MED4.90 : Bah ... bien. Non j'ai bien vécu. J'étais un peu déçue d'avoir pas le (rires) l'Ultrason.

**DA91 : Okey**

MED4.91 : Parce que ça m'aurait amusé de l'apprendre. Mais ... non bah oui. Bien.

**DA92 : Donc c'est plutôt l'Ultrason qui vous auriez préféré.**

MED4.92 : Ouais ça m'amusait. Ouais ça m'aurait amusé d'apprendre à utiliser l'Ultrason. Après quelque part j'étais rassurée parce que ... parce que c'était un peu ... je pense ça prenait beaucoup de temps de faire cet Ultrason ou puis même le ... la Procalcitonie probablement. Ça a pas dû être tout simple pour les médecins qui étaient dans ce bras-là. Donc moi je ... quelque part c'était plus facile d'être dans le bras ... parce que je faisais comme je fais d'habitude. Et puis ... voilà quoi. C'était un peu moins compliqué.

**DA93 : Okey ... et pensez-vous qu'UltraPro pourrait avoir le potentiel de changer votre manière de prendre en charge les infections respiratoires en médecine générale ?**

MED4.93 : Bah j'espère. Oui. C'est pour ça que je participe (rires). Non j'imagine ... j'espère que ça peut ... on pourra... on pourra retirer quelque chose qui nous aide à ... à être un peu plus précis quoi. Ça serait bien.

**DA94 : Donc c'est toujours un peu la question de la précision.**

MED4.94 : Ouais

**DA95 : D'avoir pas des doutes.**

MED4.95 : Moins des doutes. En médecins pas des doutes n'existe pas. Donc moins des doutes.

**DA96 : Okey oui. Moins des doutes. Et plus spécifiquement la Procalcitonine ? Vous pensez que ça pourrait changer votre manière de ...**

MED4.96 : Si on arrive à ... à avoir un cut off plus ... voilà clair. Où on dit « en dessous de ça vous êtes tranquilles ... c'est viral. En dessus de ça c'est sûr il faut prescrire ». Bah oui. Parce que la CRP c'est quand-même un spectre. Si on a 1 c'est facile... si on 350 c'est facile mais si on a 55 ... va nous embêter quoi. Donc si on arrive à avoir quelque chose de plus noir ou blanc avec la Procalcitonine ... ça serait ... ça serait peut-être utile.

**DA97 : Et l'Ultrason?**

MED4.97 : Et l'Ultrason bah si c'est plus précis que la radio oui. Après est-ce que c'est que nous qui le faisons ? Est-ce que on envoie les patients à faire un Ultrason en radiologie ? Ça reste ... si serait l'Ultrason si sera nous de le faire ... bon moi je trouverai utile comme outil. Après je pense qu'il faut en faire beaucoup pour que ça soit fiable. Alors la question c'est ça ... est-ce qu'on aurait assez ? Est-ce qu'on aurait le temps ? Est-ce qu'on le ferait assez souvent pour pouvoir se fier ? Parce que c'est aussi subjectif un Ultrason. C'est moins objectif qu'un autre examen de radiologie. Ça dépend beaucoup de l'opérateur. Donc si ... je pense plus on fait meilleur on est. Comme un peu tout.

**DA98 : Donc vous pensez que ça sera utile avoir une formation ou une personne formée pour faire ça.**

MED4.98 : Soit quelqu'un qui ... qui soit ... bah soit ça se fait dans un institut de radiologie par un radiologue qu'il ... qui l'en fait toute la journée. Soit nous on fait beaucoup mais après ça c'est la questionne ... c'est combien ? Je me rends pas compte justement de la difficulté de le faire vu que j'ai pas été formé. Mais ... j'imagine qu'il faut quand-même en faire régulièrement pour ... pour se faire confiance après dans le ... dans l'utilisation de l'outil. Donc ... ça dépendrait beaucoup de ça j'imagine.

**DA99 : Et donc vous avez parlé aussi du fait qui c'est un peu subjectif l'Ultrason**

MED4.99 : Oui.

**DA100 : Et par contre la Procalcitonine si c'est blanc ou noir c'est un peu plus ...**

MED4.100 : J'imagine.

**DA101 : Mhm**

MED4.101 : Mhm

**DA102 : Donc si peux interpréter un peu ...**

MED4.102 : Oui

**DA103 : Vous pensez que la Procalcitonine c'est un peu ...**

MED4.103 : Serait plus facile à interpréter. Plus fiable probablement. Puis peut-être sa prend moins de temps aussi.

**DA104 : Le temps c'est important**

MED4.104 : Le temps c'est important malheureusement oui. (rires)

**DA105 : Oui**

MED4.105 : C'est vrai. C'est vrai.

**DA106 : Alors pour terminer que vous souhaiteriez utiliser la Procalcitonine dans votre pratique clinique ?**

MED4.106 : Que ? Que ?

**DA107 : Que vous souhaiteriez ?**

MED4.107 : Est-ce que je souhaiterais ?

**DA108 : Mhm**

MED4.108 : Bah si c'est un ... si c'est une valeur qu'on ... interprétable oui. Je l'utiliserais oui.

**DA109 : Quels types d'avantages vous pouvez voir ?**

MED4.109 : D'avantage ?

**DA110 : Mhm**

MED4.110 : Bah actuellement j'en vois pas parce que on l'utilise pas. Mais s'il était ... si on arrivait à la ... alors si on ... si l'étude pouvait nous montrer que dans les infections pulmonaires on ... ça pouvait être un bon marqueur ... bah l'avantage c'est que ça serait peut-être plus fiable que la CRP ou d'autres examens de laboratoire qu'on utilise maintenant.

**DA111 : Donc une argumentation de la fiabilité.**

MED4.111 : Voilà. Oui.

**DA112 : Okey. Et l'Ultrasonpulmonaire ? Vous le souhaiteriez utiliser ?**

MED4.112 : Alors voilà encore question. Ça serait ... dans l'idéal oui. Après ça dépend d'autres ... de pas mal d'autres facteurs. Parce que si ... il faut se procurer l'appareil et puis après comme je disais il faut en faire beaucoup je pense pour ... pour être ... pour que ça soit bien interprétable. Parce que le faire pour le faire ... pf ... non. Si je la fais je veux être sûre de pouvoir me servir de mon résultat ... de mon examen.

**DA113 : Donc dans l'imagination si vous utiliseriez l'Ultrason ça serait avec une formation et avec un peu d'expérience.**

MED4.113 : Oui. Et puis ... et puis l'assurance qu'effectivement ça soit quelque chose que je fais presque tous les jours.

**DA114 : Oui**

MED4.114 : J'imagine que ça sera important.

**DA115 : Okey. Alors moi j'aurais terminé avec les questions. Je commence déjà beaucoup pour le temps qui vous m'avez consacré. Est-ce que vous avez des autres choses qui j'ai pas demandé peut-être qui vous avez envie de dire ? Quelques remarques ... quelques situations ... j'en sais rien.**

## Annexes Usual-Care

MED4.115 : Non je crois pas. Je vois pas trop là ce que je pourrais ... non non (rires)

**DA116 : Alors merci beaucoup**

MED4.116 : Mais c'est rien. Merci à vous.

*2.5.1. Journal de Bord MED4 – Usual-Care – Daniel Geis*

6 février 2020

**Entretien**

Je suis arrivé au dernier entretien avec les médecins pour cette recherche qualitative. Trouver un moment pour rencontrer le 6<sup>ème</sup> docteur a été un peu difficile. En travaillant dans un centre médical les assistantes ont eu de la peine à me proposer un rendez-vous dans une plage horaire pas chargée des patients. Mais finalement, après plusieurs appels téléphoniques et plusieurs mails envoyés, nous nous sommes accordés pour le 6 février 2020 à 13h00. Vu que les examens sont terminés depuis quelques semaines, je suis retourné au Tessin pour passer du temps avec ma famille. J'avais porté tout le matériel avec moi afin de me préparer et de retourner à Lausanne que le jour avant l'entretien. Une fois retourné chez moi à Lausanne, je me suis aperçu d'avoir oublié le canevas au Tessin. Pour cette raison, le matin de l'entretien j'ai dû aller à l'université pour l'imprimer.

Comme d'habitude, afin de trouver le bâtiment et de comprendre où je devais me diriger dans le centre médical pour arriver au cabinet de la doctoresse, je suis parti depuis chez moi avec une certaine avance. Une fois compris tout ça, j'avais encore 30 minutes avant l'entretien. Au côté du bâtiment, il y avait une petite forêt, donc j'ai décidé de faire une petite promenade en mangeant un sandwich pour ne me stresser pas en attendant le moment de la rencontre. Finalement l'heure de l'entretien arrive. La doctoresse arrive tout de suite à créer une bonne ambiance en m'offrant un café et en me posant certaines questions sur moi. Elle s'excuse pour le retard accumulé dans la prise d'un rendez-vous. Elle n'est pas au clair de ce qu'on doit faire avec cet entretien, pour cette raison je prends le temps pour expliquer encore mieux notre but et les apports que notre recherche qualitative pourrait apporter à UltraPro. Elle semble apprécier ce moment d'explication et dit avoir en effet certaines choses de quoi parler. Au début de l'entretien a été un peu difficile de l'aider dans le développement de ses réponses, mais elle semble ensuite entrer un peu plus dans le sujet et arriver finalement à argumenter ses propos. De manière générale, je suis content du déroulement de l'entretien, il a été un moment agréable d'échange. Il me semble avoir bien relancé sur les points forts de la discussion, en utilisant peu des questions directrices. À la fin de l'entretien on a pris encore un petit moment pour boire un verre d'eau ensemble et pour discuter un peu plus spécifiquement de la suite de notre recherche qualitative. Elle m'a remercié pour ce moment.

Mémos après entretien
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Elle pense ne pas prescrire trop d'antibiotiques</li> <li>• Les patients ont une influence sur la prescription</li> <li>• Certaines sont résistants à la non-prescriptions, mais c'est une minorité</li> <li>• Elle a des stratégies pour ne pas prescrire tout de suite</li> <li>• Les outils sont un aide, aident aussi à convaincre les patients</li> <li>• Elle pense qu'utiliser Ultrason et Procalcitonine prend beaucoup de temps</li> <li>• Ultrason probablement est difficile à interpréter</li> </ul>

## Transcription

Aussi la dernière transcription c'est bien passé. Il n'y avait pas de dérangement particulier et j'arrivais à bien comprendre les mots de la doctoresse. Comme aussi pour les autres entretiens, lorsque la doctoresse utilise un vocabulaire médical devient un peu plus difficile, mais je me suis aperçu que cela est devenu de moins en moins difficile. Peut-être que dans ces 6 entretiens j'ai appris à comprendre mieux ce vocabulaire spécifique. Je suis content du déroulement de la rencontre et des relances que j'ai utilisées. Il me semble avoir abordé tous les points forts et d'avoir aidé la doctoresse à développer ses propos.

Mémos après la transcription
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Habitude :             <ul style="list-style-type: none"> <li>⇒ Anamnèse + Examens cliniques.</li> <li>⇒ Examens complémentaires rares.                 <ul style="list-style-type: none"> <li>= Si on fait, surtout Radio.</li> <li>= Aide à expliquer la décision de prescription.</li> </ul> </li> <li>⇒ Impression clinique du patient + Histoire                 <ul style="list-style-type: none"> <li>= Plus importants que les examens</li> </ul> </li> </ul> </li> <li>• Formation impact sur la diminution de prescription.</li> <li>• Pense prescrire peu</li> <li>• Étude             <ul style="list-style-type: none"> <li>⇒ N'existent pas des examens fiables.</li> <li>⇒ Permet de diminuer prescription.</li> </ul> </li> <li>• Patients :             <ul style="list-style-type: none"> <li>⇒ Minorité résistante à la non-prescription                 <ul style="list-style-type: none"> <li>= ils insistent = on donne.</li> <li>= Raison culturel.</li> </ul> </li> <li>⇒ Majorité acceptent volontiers la non-prescription.</li> <li>⇒ Il faut expliquer aux gens (éduquer)</li> <li>⇒ Ordonnance de réserve pour aider à convaincre.                 <ul style="list-style-type: none"> <li>= Aide à rassurer les gens.</li> </ul> </li> <li>⇒ Majorité fait confiance à la décision.</li> </ul> </li> <li>• Examens complémentaires :             <ul style="list-style-type: none"> <li>⇒ Population fragile (âgés)</li> <li>⇒ On veut éviter de rater quelque chose.</li> </ul> </li> <li>• Algorithme :             <ul style="list-style-type: none"> <li>⇒ Aide pour être sûr de la décision.</li> <li>⇒ Mais si décision contraire, difficile dire si on fait confiance.                 <ul style="list-style-type: none"> <li>= Il faut savoir comment est construit pour faire confiance = alors oui.</li> </ul> </li> <li>⇒ En tout cas, si sûr, ne fait pas test !!!!</li> <li>⇒ Aiderait à convaincre les patients résistants (il y a un chiffre = objectif).</li> <li>⇒ Lors de la 2ème consultation pourrait aider dans la décision. Parce que c'est difficile pas donner.</li> <li>⇒ Pourrait aider à diminuer les doutes.</li> </ul> </li> <li>• Traitements :             <ul style="list-style-type: none"> <li>⇒ Toujours traitements symptomatiques.</li> </ul> </li> </ul>

- Ultrason
  - ⇒ Amusant.
  - ⇒ Mais prend beaucoup de temps imagine
  - ⇒ Si c'est plus précis que la Radio c'est bien.
  - ⇒ Mais c'est subjectif en tout cas.
  - ⇒ Il faudrait quelqu'un formé ou qui les médecins font beaucoup de pratique pour l'utiliser.
- Procalcitonine
  - ⇒ Imagine prend beaucoup du temps.
  - ⇒ S'il y a des cut off précis = pourrait être utilise.
  - ⇒ Plus facile à interpréter que l'Ultrason !!! et prend moins de temps.

## 2.6. Tableau brut analyse Usual-Care

Thèmes	Catégorie	Sous-catégories	Unité de sens	Verbatim
Perception de la Procalcitonine et vision de l'algorithme	Procalcitonine	Favorable – Procalcitonine	Pour 3 médecins, même s'ils n'ont jamais utilisé la Procalcitonine, ils pensent qu'elle aiderait beaucoup la pratique en cabinet. 1 médecin avait déjà l'habitude de l'utiliser dans sa pratique et la trouve utile. Cet outil c'est plus facile à interpréter que l'Ultrason et est disponible directement au cabinet ( <i>point-of-care</i> ).	MED1.68 MED2.60 MED2.86 MED4.96 MED4.103
		Contre – Procalcitonine	Pour 2 médecins il y a un problème de coût en lien avec l'utilisation de la Procalcitonine. Pour 1 médecin il y a des doutes en lien avec la fiabilité de son utilisation. Pour 1 médecin la procalcitonine prend trop de temps. 1 médecin a des doutes sur sa majeure capacité discriminatoire par rapport à la crp.	MED2.4 MED2.84 MED3.137-138 MED3.140
	Ultrason	Favorable – Ultrason	Pour certaines médecins l'Ultrason c'est plus sécurisant que la radio. Ils pensent que ça serait un outil intéressant. C'est une image qui parle aux patients. Le fait que la consultation peut être faite par une seule personne qui prend le temps de faire des examens, augmente la satisfaction des patients ( <i>point-of-care</i> ).	MED1.69 MED2.74 MED2.86 MED2.103 MED3.140 MED3.141-142 MED4.97
		Contre - Ultrason	L'Ultrason prend beaucoup de temps et c'est un outil plutôt subjectif. Il faudrait quelqu'un de formé ou que les médecins font beaucoup de pratique pour l'utiliser. 1 médecin se demande quelle serait le prix de cet examen dans une consultation. Ça serait compliqué de changer sa propre pratique et de se fier plus à l'Ultrason qu'à la Radio du thorax dans le cas de résultats discordants.	MED2.60 MED2.64 MED2.65 MED2.71 MED4.97-98 MED4.112
	Algorithme UltraPro	Favorable – Algorithme UltraPro	Certains médecins sont d'accord que la décision de prescrire un antibiotique soit prise par un algorithme. Cet outil permet de se rassurer par rapport à la prise de décision et de changer la pratique en matière de prise en charge des infections respiratoires. En outre, il pourrait être un argument en plus à utiliser avec les patients pour expliquer la décision. L'algorithme donne un point de vue objectif à la décision et en plus c'est fait au cabinet ( <i>point-of-care</i> ).	MED1.33-39 MED1.60 MED2.86 MED2.88 MED2.100 MED2.103 MED3.105 MED3.108 MED3.129-130 MED4.11-12 MED4.71-73

			MED4.93
		Contre – Algorithme UltraPro	Il y a des cas limites où il y a des critères qui ne sont pas prise en compte par l'algorithme (sur-infections, immuno-déprimé, ...). Pour cette raison dans ces cas certains médecins ne feraient pas confiance au résultat. En outre il y a la question des coûts et du temps: 1 médecin se demande quelle serait le prix de cet examen dans une consultation. MED1.71 MED1.76 MED2.80 MED2.90 MED2.91 MED3.98 MED3.101 MED4.55
		Observations générales	Les algorithmes ne sont pas à suivre à la lettre. C'est un statistique qui ne prend pas en compte une minorité du 5%. Il n'intègre pas l'importance du coté subjectif de la visite médicale. MED1.43 MED2.79 MED3.93-94 MED3.96 MED3.102 MED4.53 MED4.55 MED4.56
		Proposition pour l'implémentation	1 médecin pense qu'il serait utile de proposer des visites de suivi pour les situations qui valent la peine d'être surveillées. Cela en raison de la zone grise de l'algorithme qui n'est pas sûr au 100%. 1 médecin propose de se focaliser sur les nouveaux médecins qui ont déjà l'Ultrason dans leur formation. 1 médecin propose d'utiliser cet outil que pour des situations de sévérité. MED1.70-71 MED1.72 MED1.74-74 MED2.63 MED2.75 MED3.119 MED4.63-64
<b>Étude</b>	Vison de l'étude	Temps	C'est difficile d'inclure les patients à cause du temps qu'on doit consacrer à la compilation des documents. MED3.32-33 MED2.60-62
		Attentes	En générales ils ont des attentes positives. Pour 2 médecins c'est en tout cas important d'attendre les résultats de l'étude pour avoir des pistes d'amélioration pour le futur. MED2.97 MED3.27 MED3.99-100 MED3.63 MED4.67 MED4.110
<b>Raisons pouvant influencer la décision de prescription</b>	Relation Médecin - Patient	Impression clinique	L'impression clinique que les médecins se font des patients et la discussion qu'ils ont, sont essentiels pour la prise en charge. Elles permettent de comprendre l'état de santé du patient et de prendre une décision par rapport à la prescription. Cette phase est plus importante que les examens. MED1.4 MED1.30 MED2.24 MED3.17 MED3.25 MED3.70-75

	Histoire du patient	Connaître le patient, son histoire médicale, ses croyances etc. est au centre de la consultation.	MED1.3 MED1.74 MED2.52 MED3.23 MED3.55-56
	Rôle éducatif du médecin	Le médecin a le rôle d'éduquer ses patients. Il faut prendre le temps avec les patients pour leur faire comprendre que les antibiotiques ne sont pas toujours nécessaires. Il faut adapter le niveau de la discussion aux niveaux des croyances des patients. Les patients aiment avoir des explications. Le fait de faire participer de manière active le patient, le responsabilise par rapport à sa prise en charge et la consultation devienne un travail en équipe.	MED1.80 MED2.20-21 MED2.28 MED2.31 MED3.47-48 MED3.51-52 MED3.54 MED3.82 MED3.105 MED4.19 MED4.24 MED4.26
	Confiance	Dans certaines situations, la non-prescriptions des antibiotiques peut casser la relation de confiance, par exemple lorsque on ne prend pas le temps d'expliquer les raisons de la décision. Dans d'autres, la confiance envers le médecin peut aider le patient dans la décision de ne pas prendre un antibiotique.	MED1.58-59 MED2.21 MED3.53 MED3.60 MED4.28
	Fausse croyance des patients	Parfois les patients ont des fausses croyances, aussi en lien avec leur culture, sur l'origine de certaines maladies et sur la prise des médicaments. 1 médecin pense que comprendre leur point de vue permettrait de proposer des sensibilisations plus performantes.	MED1.79 MED2.21 MED2.30 MED2.33 MED3.106 MED3.108
Comportement de prescription	Réflexivité sur sa propre pratique	Ils pensent ne prescrire pas trop des antibiotiques surtout en raison d'une certaine sensibilité à la thématique des antibiorésistances.	MED2.11-12 MED3.29-30 MED3.39 MED3.42 MED4.12-14 MED4.17-18
	Impact de la formation	La sensibilité à la thématique de l'antibiorésistance, arrive aussi par les formations qui jouent un rôle important dans la prise de conscience.	MED1.14-15 MED3.45 MED4.15
	Faire partie des cercles	Le fait de faire partie des cercles de qualité, permet à 1 médecin de se rendre compte de son propre niveau de prescription.	MED2.14

Stratégies et motivations de non-prescription	Visite de suivie	Une stratégie pour non-prescrire des antibiotiques est celle de proposer des visites de suivi. Par contre, il est alors plus difficile de ne pas prescrire un antibiotique. Il faut avoir des arguments pour convaincre les patients.	MED1.49 MED1.53 MED1.58 MED2.94 MED4.20 MED4.26 MED4.81 MED4.82
	Examens complémentaires	Les examens complémentaires sont des outils qui permettent de rassurer les gens et qui permettent de confirmer le diagnostic en raison aussi de leur objectivité. Sont surtout utiles avec les populations plus fragiles (personnes âgées par ex.).	MED1.8 MED1.28 MED1.32 MED1.46 MED1.55 MED2.44 MED2.46 MED2.48 MED2.51 MED4.48
	Ordonnance de réserve	Parfois ils donnent des ordonnances de réserve pour rassurer les patients. Même si les médecins pensent que les patients se fient de leur décision, ils ne savent jamais ce que les patients font réellement avec ça après la consultation.	MED1.51-52 MED2.55 MED4.26-27
	Les comportements des patients ont changé	Les patients ont changé dans les dernières années. La majorité est au courant de la problématique de la prescription et en conséquence accepte la non-prescription. Parfois il y a aussi des patients qui ont peur d'en prendre. Il y a une pression de la part des médias et des campagnes de préventions.	MED1.14 MED1.16 MED1.18 MED1.20 MED2.21 MED2.23 MED3.52 MED3.57 MED3.86-87 MED4.19
Motivations à la sur-prescription	Résistance des patients à la non-prescription	Il existe une minorité de patients qui veut absolument un antibiotique. S'ils partent sans en avoir eu, ils ont le sentiment de n'avoir pas été soignés. Ils ont toujours eu d'antibiotique et ils le veulent toujours. En fonction du type de formation on peut avoir une méconnaissance de l'utilité de l'antibiotique. Selon les médecins il y a par exemple une différence entre les Suisses et les Françaises. Ces derniers ont des idées et croyances magiques	MED1.16 MED1.31 MED2.21 MED2.33 MED2.23 MED2.35 MED3.58-60 MED4.19-20 MED4.20-25

		selon lesquelles sans un antibiotique on ne peut pas guérir.	
Outils	Diagnostic clinique	En général les médecins privilégient le diagnostic clinique aux examens complémentaires. Ils font donc d'abord une anamnèse et une auscultation. A partir de là ils décident si faire des examens et de leur prescription.	MED1.2-3 MED1.4 MED2.3 MED3.12-13 MED3.13 MED4.1 MED4.9
	Examens complémentaires	Pour 1 médecin les examens complémentaires sont utiles aussi lorsqu'on n'a pas trop de temps pour discuter avec les patients. On les fait que pour les patients borderline. La radio thorax est surtout utilisée lorsqu'on a une suspicion d'une pneumonie et lorsque on veut comprendre s'il s'agit d'un foyer central ou périphérique. Sauf 1 médecin, les autres ne se fient pas trop de la radio. Au contraire ils sont tous inquiets par rapport aux radiations de cet outil. Pour 1 médecin, la crp n'est pas un examen complètement fiable.	MED1.27 MED1.28 MED2.8-10 MED3.17 MED3.19 MED3.35 MED3.77-79 MED3.82 MED4.3 MED4.4 MED4.39-41 MED4.45

## Annexes 3 : Procalcitonine

### 3.1. Canevas Procalcitonine

#### Canevas de l'entretien PROCALCITONINE

##### **Représentations et pratiques liées à l'implémentation d'un algorithme de diagnostic UltraPro dans un cabinet de médecine de Famille lors d'infections respiratoires basses.**

Objectif général du processus : diminution de la prescription des antibiotiques par les médecins de famille

##### **Consigne**

Comment se passait **habituellement le diagnostic** et la prescription lors d'infections respiratoires basses (avant l'étude) ?

Venons-en à l'étude ULTRAPRO

##### **Pratique journalière du cabinet**

Avant cette étude, aviez-vous déjà **diminué** (ces dernières années) ou pensiez-vous pouvoir diminuer vos prescriptions en matière d'antibiotiques en particulier pour les infections respiratoires ?

Quels sont vos **motivations** pour participer à cette étude ?

##### **Patient**

Comment se situent les **patients** par rapport à la prescription d'antibiotiques ? Quelles **attentes** en ont-ils ?

A votre avis, quel **type de patients** devraient être inclus dans cette étude ?

Pour quels types de patients avez-vous besoin **d'outils diagnostics supplémentaires** pour décider de votre prescription d'antibiotique ?

Comment se passe la **proposition au patient** de l'utilisation du test de la procalcitonine pour le diagnostic ? (confortable et convaincu ; mal à l'aise ; indécis)

##### **Procalcitonine**

Voyez-vous des **barrières** à l'utilisation dans votre pratique du test pro-calcitonine ? (Temps)

Pour l'examen de Pro-calcitonine, faites-vous **confiance au résultat** et à la proposition de prise en charge qui en découle ?

Ça arrive de ne pas **suivre les recommandations** du test procalcitonine ?

Si vous n'avez pas suivi les recommandations du test procalcitonine, quelles en étaient les **motifs** ?

Continuerez-vous **en parallèle à utiliser d'autres outils de diagnostic** ? Pourquoi ?

## Annexes Procalcitonine

- Si oui, quelles seraient des pistes pour vous sentir plus en confiance ? Formation ?

Si lors de **visites de suivi**, vous prescrivez des antibiotiques, pouvez-vous en donner les motifs ? Que proposeriez-vous pour éviter ces prescriptions ?

### Choix de traitement

Les résultats de pro-calcitonine ont-ils souvent **modifié votre intention** de prescrire des antibiotiques ?

Comment avez-vous vécu le fait que le **choix de traitement** (décision ou non de prescrire un antibiotique) vous soit proposé par **un test de laboratoire** ?

... Pensez-vous que l'utilisation de la pro-calcitonine pourrait avoir un **impact sur les patients résistants** qui veulent absolument prendre des antibiotiques ? Pour quelles raisons ?

### PASSER A ULTRAPRO

Comment auriez-vous vécu le fait que le choix de traitement (décision ou non de prescrire un antibiotique) vous soit proposé par un algorithme intégrant le résultat d'un test de laboratoire et de radiologie comme pour Ultrapro?

Auriez-vous fait confiance aux conclusions de l'algorithme ?

Pensez-vous que l'utilisation d'UltraPro pourrait avoir un impact sur les patients résistants qui veulent absolument prendre des antibiotiques ? Pour quelles raisons ?

### Métier de médecin

Comment avez-vous vécu le fait de participer à la recherche en faisant partie du **groupe Procalcitonine** ?

Pensez-vous qu'UltraPro pourrait avoir le **potentiel de changer votre manière de prendre en charge** les infections respiratoires en médecine générale ? et plus spécifiquement la pro-calcitonine ? et l'Ultrasonpulmonaire ?

Recommanderiez-vous à vos collègues généralistes l'utilisation du test de la procalcitonine?

Pour terminer avec nos questions, est-ce que vous souhaitez continuer à utiliser la pro-calcitonine dans votre pratique clinique ? et est-ce que vous souhaiteriez utiliser l'Ultrasonpulmonaire ?

**Conclusion** : Nous vous remercions pour votre précieuse collaboration. Avez-vous des commentaires complémentaires à faire ?

### 3.2. Transcription MED5

NCanova\_femme\_médecin généraliste\_Procalcitonine\_zone rurale\_43.32 min

**NC1 : J'aimerais commencer avec une question un peu générale, je vous demande comment se passait habituellement le diagnostic et la prescription lors d'infections respiratoires basses avant l'étude**

MED5.1 : Avant l'étude ?

**NC2 : Oui**

MED5.2 : D'accord + alors, beaucoup basé sur le- l'histoire que les patients nous racontent donc l'anamnèse

**NC3 : Oui**

MED5.3 : Ehm et puis parce que je pense que c'est le point plus important pour comprendre un petit peu l'évolution fin comment c'est apparu, comment c'est en train de disparaître ... si c'est déjà en train de disparaître

**NC4 : L'anamnèse vous dites ?**

MED5.4 : Oui

**NC5 : Okey**

MED5.5 : Ehm ... bon après il y a les examens cliniques aussi pour pouvoir voir si la personne elle est visiblement très atteinte ou pas + et puis ehm ... l'auscultation pulmonaire je dirais ++ et puis après ça ... au-delà de ça ... pour MOI en tout cas c'est ... ouais respiration et infections respiratoires basses bon en général ça peut arriver que je fasse une radiographie

**NC6 : Mhm**

MED5.6 : Mais c'est pas tout le temps ça dépend un peu de l'état de la personne en fait si elle a l'air bien atteinte je vais faire plus facilement une radio que si elle a l'air ehm ... normale et c'est assez rare que je fasse une ehm prise de sang

**NC7 : Comme dans la procalcitonine maintenant ... dans l'étude ... que c'est une prise de sang**

MED5.7 : Oui voilà, mais autrement je me base pas tellement sur la prise de sang parce qu'elle ne me permet pas de faire la différence vraiment entre un GROS rhume et une pneumonie disons ... je ferais plutôt une radio si je ferais un examen de plus

**NC8 : Okey ... et pour ce qui concerne l'étude aviez-vous déjà diminué en passé ou pensiez pouvoir diminuer vos prescriptions en matière d'antibiotiques ? En particulier pour les infections respiratoires**

MED5.8 : Avant de faire l'étude ?

**NC9 : Oui vous avez déjà pensé de le faire ou vous l'avez déjà fait ?**

MED5.9 : Bon avant j'ai été formée ehm ... avec assez peu de prescriptions d'antibiotiques j'ai l'impression

**NC10 : Mhm**

MED5.10 : Par contre c'est vrai que ... de travailler en clinique ici fin ... en cabinet je pense que j'avais augmenté un petit peu ma prescription par rapport à ce que je faisais à l'hôpital

**NC11 : Et quelles vous pensez que sont les raisons de cette augmentation de prescription ?**

MED5.11 : Parce qu'on a facilement des patients qui sont demandeurs d'antibiotiques

**NC12 : C'est eux qui demandent d'antibiotiques alors ...**

MED5.12 : Voilà, ça il y a pas mal ... on a ... parfois des patients où on a effectivement moins de ... ehm ... ++ on connaît moins si vous voulez leur ++ leur état pulmonaire de base, si vous voulez parce qu'à l'hôpital on va pouvoir faire beaucoup d'exams, on a très facilement tous les exams donc on va facilement tout déterminer comme ça ...

**NC13 : C'est plus pratique à l'hôpital=**

MED5.13 : Ouais ici on a moins d'exams et puis du coup bah on va se dire ouais il a l'aire- un peu au feeling il a l'aire pas bien donc je prescris

**NC14 : Okey**

MED5.14 : C'est plutôt ça ... pour facilit- fin pour confort du patient je dirais en plus et puis pour nous rassurer

**NC15 : Pour vous rassurer ...**

MED5.15 : Ouais aussi je pense parce que le patient en fait il reste pas à notre portée ... il reste pas dans un lit à l'hôpital ou on peut tout de suite changer d'avis ... s'il part ehm ... s'il part bah on sait pas s'il va revenir donc on est plus rassurés des fois de donner un peu plus + Mais oui j'étais consciente que probablement j'en- jen donnai- j'excédais un petit peu facilement à la patient- à la demande des patients + si je compare maintenant avec l'étude + ehm il y a eu quand même avec les quelques patients que j'ai inclus dans l'étude deux ou trois fois ou j'aurais prescrit spontanément des antibio et puis là je l'ai pas fait à cause de l'étude ... ouais

**NC16 : Mhm ... donc en fait l'antibiotique si j'ai bien compris c'est un médicament qui peut rassurer, il est plus sûr ... soit pour vous que pour le patient**

MED5.16 : V-voilà c'est- c'est- c'est ça ... pour certains hein pas pour tous hein parce qu'on sait aussi qu'il peut avoir des effets secondaires importants donc

**NC17 : Mhm**

MED5.17 : Mais chez les patients où on se dit bah tiens je ne le connais pas bien, il a peut-être une maladie pulmonaire dessous que j'ignore ou qu'on ignore tous parce qu'on a peut-être pas testé donc ... par SECURITE on va le donner ... ouais

**NC18 : Okey ... Et quelles sont vos motivations à participer à cette étude ?**

MED5.18 : + Alors justement- parce que je pense que j'ai .. j-je pense qu'au niveau infectiologie probablement j- je peux avoir quelques lacunes + je pense que justement j'étais consciente que ... que je pourrais dériver dans le plus en plus de prescriptions antibiotiques + pas pour n'importe quel petit rhume n'importe quelle petite angine mais ehm ... justement pour des gens qui toussent donc plutôt âgés, qui sont plutôt poly morbides ehm ... je dirais + je trouvais intéressant et puis le côté aussi j'avoue que ce qui m'intéressait aussi dans l'étude c'est le côté Ultrason ehm ... de l'apparat thoracique des poumons mais malheureusement je suis pas dans le bon groupe ((rire)) mais voilà c'est ((rire)) mais c'est pas grave ils nous ont dit qu'ils nous formeront pour l'Ultrason((rire))

**NC19 : Ils ont dit ça, oui ((rire))**

MED5.19 : Mais c'est aussi intéressant comme ça

**NC20 : Oui ... et pour les patients ... comment se situent les patients par rapport à la prescription d'antibiotiques ? Vous m'avez dit avant que c'est eux des fois qui demandent d'en recevoir =**

MED5.20 : Oui, alors il y a ... il y a trois groupes de patients je dirais ehm ...

**NC21 : Okey**

MED5.21 : Les plus fréquents so- font confiance et puis écoutent les choses, les deuxièmes plus fréquents écoutent nos conseils donc, les deuxièmes plus fréquents on a quand même pas mal de patients qui arrivent en étant persuadés que la seule chose qui va les aider + c'est des antibio + et puis c'est principalement pour cela que ... j'ai remarqué bah que je peux facilement me passer les antibiotiques en étant assez convaincant avec la- bien sûr la procalcitonine mais ... et puis VOILÀ et puis le troisième groupe c'est les patients qu'ils sont ehm ... ça c'est plutôt des plus jeunes qu'ils sont anti antibiotiques anti médicaments qui eux sont très contents qu'on leur propose de pas leur en donner + mais il sort- cela sort du bois ... quand on commence à parler étude ou à parler antibiotiques c'est là qui sort du bois en disant ah mais je suis bien content que vous me disiez que ... il faut pas ... autrement il se manifeste pas tellement cela

**NC22 : Vous disiez les personnes anti antibiotiques ?**

MED5.22 : Voilà en général ils n'osent pas tellement dire quand ils en veulent pas je pense

**NC23 : Ah okey**

MED5.23 : C'est le fait de dire écoutez il y a pas besoin d'antibiotique ils vont dire ah OUF parce que j'aime pas ++

**NC24 : Et à votre avis quel type de patient devrait être inclus dans l'étude ?**

MED5.24 : Quel type de patient devrait être inclus ?

**NC25 : Oui**

MED5.25 : Vous voulez dire en termes de ... de-de personnalité ou de critères cliniques?

**NC26 : Plutôt de critères d'inclusion et d'exclusion oui ... de critères cliniques exactement**

MED5.26 : Oui oui les critères qui sont bien définis par l'étude

**NC27 : Le fait que le patient doit avoir une grande toux et en plus soit de la fièvre soit =**

MED5.27 : Oui je pense qu'ils sont des bons critères

**NC28 : Vous pensez qu'incluent les justes ... le bon type de patients ?**

MED5.28 : ((Hoche la tête)) Je pense que ça risque de nous faire inclure peut-être un petit peu trop de patients + parfois + fin j'ai l'impression qu'il y a beaucoup de patients + ehm .... chez qui moi j'ai aucun- aucun doute en disant il y a pas besoin d'antibiotiques là je suis sûre que ... que c'est rien ... fin que c'est rien de grave disons ... mais où le-la-le protocole nous pro- nous propose quand même de les tester disons ... fin de les inclure + alors peut-être c'est moi qui a des critères qui sont pas ... suffisamment ... larges pour

**NC29 : Par exemple quand vous auriez pas de doute ? Pour quels critères ?**

MED5.29 : ++ Je peux avoir la liste ? ((en se référant au feuil sur lequel il y a expliqué les critères d'inclusion et d'exclusion))

**NC30 : Ah oui aboslument**

MED5.30 : Je sais pas si ça porte sur un critère en particulier

**NC31 : Mhm**

MED5.31 : ((Silence)) Par exemple une toux aigüe depuis moins de 21 jours bon du coup s'il y a que ce critère là on inclue tous parce qu'ils viennent nous voir pour la toux ... une histoire de fièvre depuis que quatre jours ... ehm bon ça c'est rare quand même ++++ histoire de fièvre depuis quatre jours c'est difficile comme critère

**NC32. Mhm**

MED5.32 : Je peux pas- fin je peux pas vous répondre précisément à cette question parce que c'est plutôt une question de feeling je pense ... que de critères précis ... après l'histoire de la fièvre de plus de quatre jours c'est toujours difficile de juger parce que la plupart de patients ne mesure pas leur température

**NC33 : Okey**

MED5.33 : J'ai l'impression ++ donc du coup on se base sur une impression puis souvent bah on a des patients qui savent quand même aussi ce qu'ils doivent dire et don- vont facilement dire oui j'ai de la fièvre ... et- alors qu'en fait que pour le moment ils en ont pas

**NC34 : Mhm ... c'est plus dans la relation avec le patient alors que vous ... comprenez en fait s'il y a une nécessité ou non**

MED5.34 : Oui

**NC35 : Et il y a des types de patients en particulier pour lesquels vous avez besoin d'outils diagnostiques supplémentaires ... autres que la procalcitonine ?**

MED5.35 : Ehm ...

**NC36 : Pour lesquels ce test ne suffit pas pour comprendre**

MED5.36 : Alors en général si je fais une procalcitonine je fais aussi une radio ... en tout cas ... parce que c'est ce que j'ai plus l'habitude de me baser sur la radio

**NC37 : Mhm**

MED5.37 : Ehm ... par contre est-ce que je fais la prise de sang avec ou pas pour d'autres critères ... ehm j'en ai inclus que dix je crois donc c'est difficile à vous répondre- je crois que tant qu'à faire si je les pique je fais quand même le reste oui ... vous avez besoin de savoir en détail ce que je fais ?

**NC38 : Oui si vous pouvez me dire oui=**

MED5.38 : Alors je fais une formule sanguine complète pour voir si j'ai des ... une évaluation des globules blancs ehm ... pathologique je vais faire une crp donc une protéine c réactive pour voir s'il y a des signes d'inflammation mais au même temps ils sont pas spécifiques pou- pour une infection ehm pour une infection tout court d'ailleurs ... fin ils peuvent être aussi dus à une inflammation ou autre ++ ehm ... cette protéine c et puis je vais faire en général une créatinine ... une étude de la fonction des reins pour voir parce que si je les mets sous antibiotique j'aimerais savoir comment fonctionne leur reins... en gros c'est ça

**NC39 : Okey**

MED5.39 : Après si j'ai des patients chez qui je suspecte des bactéries qui peuvent s'attaquer au foie en même temps il y a une qui peut- qui fait ... ehm l'XXnéose qui peut faire des ... des tests hépatiques perturbés mais ... je vais faire ces tests là aussi mais ... mais largement en général pas ... oui

**NC40 : Et comment se passe la proposition au patient du test de la procalcitonine ? Quelle est leur réaction ?**

MED5.40 : Ehm bonne en général ... on a certains que toute de suite sont opposées et ont l'impression qu'on veut leur- leur IMPOSER un truc qui va être pénible pour eux ou qu'on leur refuse les antibiotiques- certaines vivent ça comme ... vous m'embêtez parce que vous voulez pas donner d'antibiotique donc vous cherchez un moyen à tout prix pour ne pas m'en donner

**NC41 : Mhm**

MED5.41 : C'est un petit peu- c'est un peu la réaction qu'on lit dans leurs yeux en fait ... ehm bah alors là soit ils refusent carrément + soit ils- ils le font et puis après ... j'ai l'impression qu'ils sont allés jusqu'au but de cela ... par contre si on leur a dit non la procalcitonine est négative écoutez + je vous laisse le choix + moi je vous dit il y a pas de raisons de vous traiter et je pense qu'il faut aller dans ce sens-là parce que c'est à partir du moment que vous avez accepté de participer à l'étude ... il

faut pas les prendre aller jusqu'au but comme ça on est logiques ... puis si ça évolue pas bien je vous en donnerai si c'est dev- nécessaire ((soupir)) soit on leur dit bah si on les sentent vraiment très fâchés par exemple ça arrive il y en a qu'ils sont fâchés ehm ... je leur dit bah écoutez je vous donne l'ordonnance ... vous y réfléchissiez ... mais cela les deux ou trois fois qui étaient hésitants les ont pas pris quand même les antibiotiques- et ils ont été CONTENTS parce qu'il ont guéri sans

**NC42 : Bien =**

MED5.42 : Ouais donc en général non l'accueil est bon mais des fois il y a un peu de méfiance

**NC43 : Un p'tit peu de méfiance ...**

MED5.43 : Comme si l'antibiotique était un peu un ... la panacée qu'on donnaient aux gens qui le méritaient uniquement XXX =

**NC44 : Ah ... donc c'est le fait qu'ils pensent de ne pas le mériter**

MED5.44 : Un peu ... qu'on veut pas leur faire bénéficier

**NC45 : Oui**

MED5.45 : Certaines réagissent un peu comme ça surtout ceux ... ehm qu- qui ont- qu'avaient cette habitude de recevoir des antibiotiques à la moindre toux par leur ancien médecin traitant ou ...

**NC46 : Pourquoi vous pensez qu'il y a ce fait des antibiotiques qui rendent les gens plus en sécurité ?**

MED5.46 : ++ Alors je pense qu'il y a entre autres parce que ... ce qui est traitement ehm ... symptomatique, donc uniquement ce qui va soulager + est probablement peut-être un peu trop accessible en vente libre ... peut-être ... ça veut dire que beaucoup de gens qui vienn- quand ils viennent nous voir ont déjà ... pris ... ehm un anti-inflammatoire ... ou du dafalgan ... ou des pastilles contre le mal de gorge ... du coup ont l'impression peut-être que SI on PEUT faire quelque chose ... on doit faire quelque chose et c'est donner un antibiotique parce que tout le reste c'est un peu +

**NC47 : C'est accessible**

MED5.47 : Voilà c'est un peu comme des bonbons à la menthe au fond ... d'avoir déjà pris des anti-inflammatoires c'est qu'on a pris quelque chose qui vaut rien parce que c'est- c'est accessible en vente libre ... des fois j'ai un p'tit peu cette impression là ++

**NC48 : Ehm =**

MED5.48 : Est-ce qu'il y a une autre raison pour laquelle ils pensent que l'antibiotique c'est une panacée + non bah pour moi c'est ça ... c'est le PRIVILEGE du médecin de pouvoir ... de pouvoir ehm ... prescrire ... faire que c'est un POUVOIR qu'ON a un peu fin moi je le viv- je le vois ça comme ça et puis quand on le leur refuse justement bah ils le prennent un peu mal eh vous voulez pas m'aider presque un peu

**NC49 : Mhm**

MED5.49 : On me l'a pas dit comme ça =

**NC50 : Un refus de l'aider**

MED5.50 : Mh ?

**NC51 : Ils le prennent un peu comme un refus de l'aider alors**

MED5.51 : Ouais un peu ça peut-être ... oui ++

**NC52 : Et en passant un peu plus en particulier à la procalcitonine, que c'est ce que vous avez testé dans ces derniers temps ... Vous voyez des barrières dans l'utilisation de la procalcitonine dans votre pratique journalière ?**

MED5.52 : + Ehm la barrière que je vois c'est que c'est un examen qui met quand-même un petit moment à sortir

**NC53 : C'est vingt minutes, c'est juste ?**

MED5.53 : Quelque chose comme ça ouais + alors là + l'étude en elle-même on doit faire pas mal de prélèvement ... ça retarde beaucoup les patients et nous donc dans le cours de nos consultations mais disons que si on faisait QUE la procalcitonine ... bon la barrière principale c'est qu'il faut piquer le patient ... bon moi souvent le pique aussi quand même de toute façon + ehm puis qu'il faut avoir vingt minutes d'attente ça veut dire qu'on doit voir le patient + peut-être en voir un autre entre deux et puis le REvoir après ou leur téléphoner après

**NC54 : Oui**

MED5.54 : Et puis ça je dirais que ça ralenti un p'tit peu tout le monde ça c'est un désavantage + je pense

**NC55 : Et vous avez dit qu'aussi piquer le patient est un désavantage ... vous avez l'impression que ça dérange le patient de devoir prendre une prise de sang?**

MED5.55 : Bon ça dépend les cas il y en a qu'ont peur quand même comme toute autre prise de sang

**NC56 : Oui**

MED5.56 : Autrement non la majorité non

**NC57 : Et pour le temps ça dérange pas mal la consultation alors ?**

MED5.57 : Ça dérange pas mal ... oui ... ça c'est vrai ... alors de toute façon on voit fin en tout cas moi je vois d'autres patients entre deux en attendant les résultats ou quand même je laisse partir le patient en lui disant je vous rappelle puis on décide ce qu'on fait en fonction des résultats

**NC58 : Ouais**

MED5.58 : Mais ça veut dire qu'on a pas CLOS ... le cas ou... le patient ressort dans le cabinet encore une deuxième étape ce qui fait que ça nous charge quand-même pas mal ehm ... la tête dans ... un suivi à faire + alors ce n'est pas les seuls patients pour lesquels on doit faire ça hein il y en a plein d'autres mais ... ehm donc en fait en disons ((inaudible)) assez bien quand on a quelqu'un qui vient

avec une toux parce qu'on s- dit ah mais ça sera vite réglée ((rire)) tandis que si on a un examen complémentaire à faire alors on sait que ça au contraire ça va nous augmenter un peu le retard

**NC59 : Oui ... et puis pour l'étude vous devez appeler après sept jours et vingt-huit jours, c'est ça ?**

MED5.59 : C'est pas nous qu'appellons [c'est] des étudiants en [[médecine]] qui appellent ... qui sont engagés directement par ultrapro donc c'est pas nous

**NC60 : [Ah] [[okey]] Okey**

MED5.60 : Ouais donc ça non après nous une fois qu'on a inclus le patient qu'on vient donner son traitement que ce soit des antibiotiques ou un traitement symptomatique nous on le ... on y pense plus au patient sauf s'il revient nous voir pour autres choses ou pour le même problème et puis là c'est différent mais ... tous ce que j'ai inclus je crois qu'ils ne sont pas revenus

**NC61 : Et pour l'examen de la procalcitonine ... vous faites confiance d'habitude aux résultats ?**

=

MED5.61 : Oui

**NC62 : Oui ?**

MED5.62 : Oui oui complètement

**NC63 : Complètement ... okey ... et ça arrive de ne pas suivre les recommandations du test de la procalcitonine ?**

MED5.63 : Ehm ... sur les dix patients que j'ai inclus non j'ai toujours suivi la recommandation par contre j'ai nuancé une fois au patient en laissant la possibilité de prendre les antibiotiques si n'allait pas mieux après quelques jour

**NC64 : Mhm**

MED5.64 : Je lui ai dit bah écoutez je SENS que vous êtes ... que VOUS vous n'avez pas confiance parce que ça c'était dans l'occurrence une dame qui voulait vraiment les antibio, qui était d'accord de se questionner procalcitonine mais qui était sûre du résultat ... et puis là je lui ai dit bah écoutez ehm ... dans l'idéal il faut pas le prendre comme ça on est cohérents, on suit la recommandation, il y a toujours le médecin garde pour le week-end ou l'hôpital ou NOUS s'il faut ehm ... vous convenez ? je lui ai laissé une ordonnance mais ... elle n'a pas pris donc ... mais autrement non j'ai toujours obéi si vous voulez en guillemets à ... [la recommandation]

**NC65 : [Et vous m'avez dit avant] c'est toujours allé bien**

MED5.65 : Oui ouais c'est toujours allé bien

**NC66 : Pour la patiente que vous m'avez dit qui voulait vraiment les antibiotiques ... vous pensez pour quelle raison elle a décidé de participer ? Peut-être pour une confiance envers vous ?**

MED5.66 : Ehm ++ oui puis probablement ehm + probablement quand même une certaine envie de pouvoir se débarrasser de ses ... de ses antibiotiques qu'elle doit prendre tout le temps, de se dire bah tiens parce qu'elle avait pas confiance parce qu'elle avait peur en fait de ce que ça dure trop longtemps, qu'elle rate son travail trop longtemps ehm mais aussi une certaine envie de ne pas avoir les effets secondaires des antibiotiques je crois je me souviens plus ce qu'elle ... pourquoi elle voulait s'en débarrasser dans un sens mais je peux regarder parce que de toute façon j'sais pas si vous avez le droit de voir le mot ou pas

**NC67 : Non**

MED5.67 : Par rapport à votre étude je veux dire

**NC68 : Oui non je ne pense pas**

MED5.68 : Okey je regarde juste comme ça si vous êtes d'accord

**NC69 : Merci ((long silence))**

MED5.69 : Ouais chez elle c'était vraiment elle voulait les antibiotiques parce qu'elle voulait absolument reprendre son travail deux ou trois jours après ... et donc du coup j'avais augmenté le traitement symptomatique donc pour ... calmer sa toux + et puis ehm ... elle devait y réfléchir ... et après je sais pas vous dire pourquoi elle était d'accord de participer

**NC70 : Okey**

MED5.70 : Mais elle est assez jeune aussi puis elle est ... je crois qu'elle vit dans un milieu ehm ... probablement proche du chuv fin elle est assez progressée je dirais ça aussi

**NC71 : Donc vous m'avez dit avant que vous êtes toujours en confiance avec les résultats du test de la procalcitonine =**

MED5.71 : Oui moi j'avais aussi utilisé ça quand je travaillais à l'hôpital

**NC72 : Ah c'est pas nouveau pour vous**

MED5.72 : Non c'est pas nouveau, alors c'était un nouveau test qui était implémenté à l'hôpital quand j'y étais ehm ... mais c'est quelque chose que j'avais déjà utilisé ouais donc je connaissais je savais à quoi ça servait disons

**NC73 : Et la demi-journée de formation que vous avez fait vous trouvez qu'a servi pour vous sentir en confiance avec le test ?**

MED5.73 : Bon non moi j'étais déjà en confiance parce que je connaissais déjà ... a servi surtout à se familiariser de comment le présenter au patient et puis comment le faire dans leur ... dans leur pratique

**NC74 : Ok j'ai compris ... et vous m'avez dit qu'avec vos patients il n'y a pas eu des visites de suivi, c'est juste ?**

MED5.74 : Oui, s'ils vont bien il n'y a pas besoin oui ((éternuement)) donc on leur dit rappelez-vous si besoin et puis si on les sent hésitants ou si on les sent un peu inquiètes de comment ça va

retourner, moi j'ai pris l'habitude de les appeler deux jours après + mais pas tous j'en ai rappelés deux ou trois

**NC75 : Okey**

MED5.75 : Mais pas de visites de suivi ... non ... la dame en question elle avait rappelé pour demander des antibiotiques deux ou trois jours après

**NC76 : Mhm**

MED5.76 : Le vingt-sept elle avait rappelé le vingt-neuf pour demander des antibiotiques car toux toujours autant + elle toussait depuis au fond ... six sept HUIT jours et puis ehm ... je l'avais vue et puis elle si- elle sifflait un p'tit peut dans ses poumons donc pour moi le problème était pas forcément ehm ... ++ infectieux quoi donc j'ai donné des médicaments ... elle est- ça devrait être la seule qui est revenue je pense

**NC77 : Okey et pour les résultats du test de la procalcitonine, il a souvent changé votre intention de donner des antibiotiques ?**

MED5.77 : Ehm ... non, peut-être deux fois sur dix ou trois

**NC78 : Mhm**

MED5.78 : Donc un quart du temps ehm j'ai modifié un peu mon intention oui

**NC79 : Mhm comment vous vous êtes senti à devoir modifier votre intention ?**

MED5.79 : Ehm ... alors ... je les rappelle deux jours plus tard ... donc peut être un tout p'tit peu ... + craintive mais pas sur le fait- pas parce que je faisais pas confiance à la procalcitonine parce que je ... c'était des patients un peu fragiles au niveau pulmonaire ou cardiaque en disant bon je veux juste m'assurer qui tournent bien

**NC80 : Oui**

MED5.80 : Mais pas forcément ... parce que je leur aurais donné d'antibiotiques dans un deuxième temps si vous voulez

**NC81 : Non c'était juste pour être plus sûre de comment ils allaient**

MED5.81 : Oui ... et puis un peu honteuse d'avoir imaginé que je devais leur en donner

**NC82 : Mhm**

MED5.82 : Sans étude, aussi me dire ah bah tiens effectivement c'est la preuve qu'effectivement on prescrit trop quand même

**NC83 : Oui**

MED5.83 : Même si j'ai l'impression de ne pas en prescrire beaucoup il y a probablement quand même un ... moi je dépasse ce qui est nécessaire réellement

**NC84 : Vous avez l'impression de ne pas en prescrire beaucoup ?**

MED5.84 : Oui j'ai pas l'impression de ne pas en donner beaucoup ... oui

**NC85 : Parce que vous faites la comparaison avec d'autres médecins ?**

MED5.85 : Oui mais au même temps j'ai pas beaucoup de comparaison, j'avais comparaison avec un des collègues avec lesquelles je travaillais qui lui il en prescrivait vraiment beaucoup + autrement je pense que je suis assez alignée ehm j'ai l'impression d'être assez alignée sur mes collègues d'ici par exemple ... quand je vois leur dossiers

**NC86 : Okey et comment vous avez vécu le fait que le choix du traitement soit ... donné par un test de laboratoire et donc c'est plus ... vous m'avez dit au début qu'avant c'était beaucoup basé sur l'anamnèse, l'examen clinique, le feeling, donc peut-être le rapport avec le patient**

MED5.86 : Ehm bien moi je trouve que c'est positif de se dire bah tiens on a un test que nous donne une réponse claire à une question claire et qui peut-être peut éviter une dérive moi je vois ça comme positif + ehm après ça n'empêche pas du tout au contraire je pense ça favorise même la discussion avec le patient cet étude là ... parce que justement on leur expose d'autant plus les tenants et les aboutissants d'un traitement comme ça + moi je trouve bien e puis j- j'ai l'habitude d'avoir travaillé avec des examens para-clinique

**NC87 : Oui**

MED5.87 : Donc pendant toute ma formation on a eu les scanners et tout ça ça existait déjà donc c'est pas ... c'est pas comme si je sortais du dix-neuvième siècle comme ça au 2019 ((rire))

**NC88 : Mhm et pensez-vous que l'utilisation du test de la procalcitonine pourrait avoir aussi un impact sur les patients résistants ? Ceux qu'ils veulent absolument prendre un antibiotique**

MED5.88 : Ah oui oui ... oui je pense justement les deux ou trois auxquels je pense qui étaient assez déstabilisés par le fait qu'on leur donne pas voir fâchés qu'on le leur refuse dans la première intention + ehm ont été quand même eux assez contents effectivement de se dire ah bah tiens on peut faire autrement et puis ehm oui bon je pense que leur a un impact positif + il y aura toujours certains deux ou trois résistants qui je ne recrute pas pour ça parce que pour eux antibiotique égale progrès

**NC89 : Oui**

MED5.89 : Ehm ... progrès dans la science quoi

**NC90 : Donc vous disiez que globalement ça a un effet positif**

MED5.90 : ((hoche la tête))

**NC91 : Okey**

MED5.91 : Alors ... faudrait que je regarde qui j'ai inclus dans les patients ouais ... je pense que j'ai inclus une majorité de femmes

**NC92 : De femmes**

MED5.92 : Et je pense que ça facilite peut-être aussi l'acceptation, j'sais pas ... je veux pas faire des généralités mais j'ai l'impression quand même

**NC93 : Pourquoi vous pensez que ça facilite ?**

MED5.93 : Parce que j'ai l'impression que les femmes ehm ... arrivent peut-être mieux à se dire ah bah tiens je vais écouter les conseils, j'essaie faire confiance et puis ehm ... et puis ira bien j'irai bien

**NC94 : Intéressant**

MED5.94 : Mais je veux pas faire une généralité si vous permettez je vérifie ((rire)) ((en cherchant sur l'ordinateur))

**NC95 : Oui absolument**

MED5.95 : ++ Mais continuez à me poser vos questions

**NC96 : Okey, alors comme vous m'avez dit vous êtes dans le bras de la procalcitonine**

MED5.96 : Mhm oui

**NC97 : Mais pour parler un petit peu d'Ultrapro, vous pensez qu'il y aurait eu des ... des différences entre procalcitonine seulement et l'algorithme qui réunit procalcitonine ET Ultrapro ?**

MED5.97 : ++ C'est dure de se projeter honnêtement + je pense que si j'aurais pu avec un Ultrason VOIR réellement une collection fin une condensation donc une pneumonie + j'aurais probablement eu un petit peu plus de peine à me dire à me baser uniquement sur le test de laboratoire et puis me dire il y a une pneumonie oui mais elle est probablement due à un virus je.. j- alors que je sais très bien qu'une pneumonie peut être assez grande et évidente et même grosse pneumonie virale ... j'aurais été probablement plus déstabilisée je pense

**NC98 : Donc vous avez eu plus de confiance avec procalcitonine ?**

MED5.98 : Seule, je pense

**NC99 : Intéressant**

MED5.99 : Je pense mais comme j'ai pas vécu l'autre situation c'est dur à dire hein

**NC100 : Vous pouvez m'expliquer un petit peu plus ce dernier point ?**

MED5.100 : Parce que si j'ai une procalcitonine négative je sais que c'est pas une infection bactérienne

**NC101 : Mhm**

MED5.101 : Tandis que si je vois une pneumonie par un ultrason, je vois la collection fin je vois la condensation, il veut dire qu'il y a uniquement du virus là-dedans et puis qu'il y a pas une surinfection avec un bactérie ++ j'aurais plus de doute

**NC102 : Okey**

MED5.102 : Alors que je sais, fin je crois savoir que la procalcitonine est complètement fiable

**NC103 : Mhm**

MED5.103 : Alors intellectuellement j'arriverai à me- me discipliner et à me dire je prescrit pas d'antibiotique mais j'aurai plus peur je crois ... de prendre un risque

**NC104 : Mhm et cela parce qu'Ultrasonvous permet de voir=**

MED5.104 : Dans l'Ultrasonje verrais la ... la pneumonie et le truc en disant bah oui c'est peut-être le virus qui est le premier ehm ... responsable de cette pneumonie mais il y a parfois des bactéries qui se mettent par-dessus

**NC105 : Okey**

MED5.105 : Et puis ehm ... je me dirais bon mais la elle est tellement grosse elle est tellement impressionnante que surement il y a des bactéries vous voyez ? Alors qu'au fond les bactéries ne sont pas forcément plus dangereuses

**NC106 : Ouais ... donc vous pensez que le fait de ne pas voir avec Ultrasonça ... ça vous rassure ... vous préférez qu'il y a seulement le résultat du test de la procalcitonine c'est ça ?**

MED5.106 : Je pense oui ... ça me rassure je pense

**NC107 : Et je vous fait la même question que je vous ait fait avant mais avec ultrapro**

MED5.107 : Oui

**NC108 : Avec les patients résistants ... vous pensez que l'utilisation d'ultrapro donc soit Ultrasonique procalcitonine aurait aidé les patients résistants qui veulent absolument prendre des antibiotiques ?**

MED5.108 : Je suis pas sûre mais je pense qu'ils réagiraient comme moi je pense probablement mais ... donc est-ce qu'ils réagiraient comme moi parce que ... le comprendraient comme moi ou est-ce qu'ils réagiraient comme moi parce qu'il verraient le doute sur moi ? Ça je sais pas ...

**NC109 : Vous avez l'impression qu'en étant plus sûre=**

MED5.109 : Oui je transmets cette sécurité + probablement

**NC110 : Mhm ... Et pour continuer comment vous avez vécu le fait de participer dans le bras de la procalcitonine dans cette recherche ?**

MED5.110 : Par rapport au ... au groupe procalcitonine d'ultrapro ?

**NC111 : Oui parce qu'il y a soit un groupe contrôle, soit le groupe procalcitonine, soit le groupe ultrapro avec l'algorithme justement**

MED5.111 : Ehm ... j'étais un petit peu déçue justement à n'être dans le groupe ehm ... ultrason

**NC112 : Ouais**

MED5.112 : Mais ehm je trouve TRES je trouve très intéressant déjà de pouvoir participer dans ce groupe-là j'aurais été déçue de participer dans le groupe ehm ...

**NC113 : De ...**

MED5.113 : De contrôle ouais + ouais parce qu'il y aurait pas eu cette challenge, il y aurait pas eu cette remise en question que je trouve quand même assez ehm ... intéressante là de se dire bah tiens je fais quand même des trucs faux et puis ehm ... il faut se remettre en question ++ ((en se référant à la proportion de femmes dans son échantillon de patients)) alors je regarde sur les neuf, dix, un deux trois quatre cinq six sept huit neuf dix onze sur les onze patients que j'ai inclus ehm il y en a ehm ++ un qui est un homme seulement ++ donc ça c'est aussi à mon avis un peu représentatif, les messieurs vont plus refuser que les dames

**NC114 : C'est intéressant**

MED5.114 : J'ai le souvenir d'un monsieur qu'il m'a ... de deux messieurs qui ont refusé de participer ... assez honnêtement en disant bon mais non moi je suis pas intéressé + manque de confiance aussi, manque de ... ((en souriant)) moi j'interprète ça comme manque de capacité à prendre un petit risque

**NC115 : Ouais**

MED5.115 : Ou à s'adapter

**NC116 : Et vous pensez que cela est lié aux antibiotiques dans le spécifique ou bien en général c'est une difficulté à s'adapter à une recherche qu'on ne connaît pas ?**

MED5.116 : Ehm je pense que c'est plutôt une difficulté à s'adapter à quelque chose qu'on connaît pas ++ et puis au fait que (silence) au fait que c'est nouveau

**NC117 : Mhm**

MED5.117 : Que ça vient de Lausanne ... c'est un peu de la recherche ... c'est un peu déstabilisant ça fait un peu peur

**NC118 : Mhm**

MED5.118 : Je dirais plutôt ça oui mais je veux pas faire une généralité

**NC119 : Mhm ... et pensez vous qu'ultrapro pourrait changer ... pourrait avoir un potentiel de changer la prise en charge de ... des infections respiratoires ?**

MED5.119 : Oui je pense + oui à mon avis oui ... pour ce que je vois avec avec mon échantillonnage quand même si on compte que peut-être un quart des cas, j'aurais eu envie de de prescrire + réellement envie de prescrire ehm s'il y aurait pas eu ultrapro ... si on transpose ça à la population générale des médecins je pense que c'est mieux largement hein + mais vous dites de changer la prescription ? C'est ça que vous dites ?

**NC120 : Oui de l'utiliser comme l'outil diagnostique de préférence**

MED5.120 : Ah oui alors je pense que oui ... + après il faut voir la question de de coûts bénéfiques ... est-ce que ça coûte cher ? Alors ça coûte cher en termes de TEMPS qu'on y passe ça je pense ((inaudible)) grève un petit peu dans nos consultations

**NC121 : Mhm**

MED5.121 : Maintenant est-ce que ça coûte cher financièrement ehm ... est-ce que c'est moins cher de donner des antibiotiques dans le doute ? Financièrement toujours hein

**NC122 : Mhm**

MED5.122 : Ouais ça ça je pense que c'est un GROS ehm ... point d'interrogation qui est important je pense pour déterminer si on peut le mettre en pratique ou pas

**NC123 : Donc si j'ai bien compris les deux points négatifs que vous voyez ehm les deux barrières sont le temps dans la consultation et l'aspect économique**

MED5.123 : Oui

**NC124 : Okey**

MED5.124 : Je crois que ça coûte 70 francs sauf erreur le test + ehm je sais pas pourquoi j'ai cette chiffre en tête je suis pas sûre de ça mais ... c'est vrai que si quelqu'un n'a pas encore eu sa franchise bah 70 francs c'est quand même bah substantiel du prix de la consultation hein + qui ehm ... qui ici en général part plus élevé de 70 francs comme c'est une consultation courte donc

**NC125 : C'est pas remboursé donc**

MED5.125 : Alors bon c'est pas un examen remboursé mais l'idée d'après ce que j'ai compris ça serait de ... de ... valider cette étude comme étant une bonne raison pour le rembourser

**NC126 : Ouais**

MED5.126 : Parce que diminuerait largement notre prescription d'antibios

**NC127 : Et=**

MED5.127 : Mais toujours si vous n'avez pas encore consommé votre franchise de l'année ça vous embêtera quand même d'avoir un test qui coûte 70 francs donc il faudra re-diminuer aussi de toute façon

**NC128 : Mhm... Et après vous avez dit qu'il y a le temps qui dérange**

MED5.128 : Mhm oui ++ après c'est toute une question d'organisation personnelle ... c'est faisable

**NC129 : Et par rapport à la procalcitonine ... vous voyez plus de potentiel dans ultrapro ou seulement dans la procalcitonine ? Pour la prise en charge en général**

MED5.129 : Moi je dirais dans la procalcitonine mais j'ai pas testé l'autre versant donc ... c'est dure à dire honnêtement

**NC130 : Okey**

MED5.130 : Je crois que l'Ultrasonse fait de plus en plus au cabinet médical ... mais c'est vrai qu'en même temps l'Ultrasonencore une fois à mon avis va pas permettre de différencier une pneumonie bactérienne de virale +

**NC131 : Mhm**

MED5.131 : Mais peut être que je me trompe parce que j'ai pas d'expérience la dedans donc je peux pas me prononcer en manière fiable ((rire))

**NC132 : Et pour terminer + vous pensez continuer à utiliser la procalcitonine après l'étude ?**

MED5.132 : Bah non parce que c'est pas remboursé justement + au moins que ça le devienne + et puis que ce soit une machine disons ... qu'on puisse avoir au cabinet alors apparemment oui parce qu'on l'a maintenant ... mais autrement non + fin il m'est déjà arrivé de l'utiliser pour une autre patiente qui avait des symptômes et puis dont je trouvais pas l'origine et j'avais fait procalcitonine pour chercher s'il y avait une infection à quelque part que je ratait

**NC133 : Ouais**

MED5.133 : Elle avait été remboursée je crois à l'occurrence mais je crois que c'est dans des cas rare et puis s'était parti dans un laboratoire à Lausanne donc c'est donc qu'en termes de gestion c'est pas possible + donc si une fois c'est remboursé et facile à faire oui je pense que je le utiliserais

**NC134 : Pour facile à faire vous entendez le temps ?**

MED5.134 : Le temps et ehm ... oui + comme c'est maintenant je pense que c'est intégrable dans une consultation

**NC135 : Okey, et pour Ultrason?**

MED5.135 : Alors Ultrason je sais pas le faire donc ... je sais pas ce que peut nous apporter ... non mais si j'apprenais à l'utiliser je dirais oui

**NC136 : S'il y aurait par exemple une formation**

MED5.136 : Par exemple, oui il existe des formations ehm ... en dehors même d'ultrapro ... existe des formations qui pourraient être intéressants à faire oui

**NC137 : Donc merci beaucoup pour votre**

MED5.137 : De rien

**NC138 : Collaboration ... vous avez de commentaires supplémentaires ?**

MED5.138 : Mhm ... non

*3.2.1. Journal de Bord MED5 – Procalcitonine – Nina Canova*

02 septembre 2019

**Entretien**

Pour ce premier entretien, on s'est retrouvées dans le cabinet médical où exerce la doctoresse, qui se trouve dans un petit village à 40 minutes de Lausanne avec le bus. Quand j'étais sur le bus, j'étais un petit peu stressée pour l'entretien et il y a eu une maman avec son enfant qui parlaient aussi italien et qui m'ont demandé de les aider à comprendre à quel stop du bus ils devaient s'arrêter. Ce petit moment avec eux m'a permis de me distraire et passer un bon moment avant d'arriver au village.

Le rendez-vous avec la doctoresse était fixé à 14h30. Moi j'étais un peu stressée, surtout parce que c'était le premier entretien du Mémoire. J'avais peur de ne pas arriver à proposer des relances intéressantes ou de ne pas comprendre ce que la doctoresse m'aurait raconté. En outre, après ce premier entretien, on avait fixé une rencontre avec les médecins de la recherche d'UltraPro pour discuter de ce premier essai. Si d'une part les feedbacks aident à nous améliorer et à comprendre si notre façon de mener l'entretien est appropriée, d'autre part en ce moment j'avais vraiment peur de les décevoir.

Je suis arrivée au village avec une heure d'avance et pour relâcher la tension et passer le temps, j'ai fait une petite promenade proche d'une ferme et je me suis assise au bord d'une rivière pour relire le canevas avec les questions guide et l'article sur les résultats de l'étude pilote et la méthodologie de la recherche UltraPro. Cela m'a permis de me relaxer et d'arriver à l'entretien avec un peu plus de légèreté.

La rencontre avec la doctoresse c'est bien déroulé en général. Au tout début, elle m'a proposé un verre d'eau et un petit morceau de chocolat, ce qui m'a permis de relâcher un peu la tension. En étant le premier entretien, j'ai essayé de suivre fidèlement mon canevas de recherche. Je l'ai regardé plusieurs fois pendant la discussion afin d'orienter le discours. Je crois qu'elle a pu déceler mon anxiété, mais de toute façon elle a bien articulé ses arguments et elle avait envie de me parler de cet argument. On a parlé beaucoup de la représentation des antibiotiques qu'ont les patients.

Il y a eu des soucis à comprendre des questions (voir : critères pour recrutement des patients)

<b>Memos après l'entretien</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Importance des examens cliniques, auscultation</li><li>• Sensibilité au thème de l'antibiorésistance</li><li>• Antibiotiques : effets secondaires importants</li><li>• Patents qui font confiance au médecin : écoutent</li><li>• Patients demandeurs</li></ul>

- Vision de l'antibiotique par le médecin : rassurant pour eux ! Mais des effets négatifs donc attention et vigilance dans la prescription
- Stratégies de prescription : Expliquer + Donner l'ordonnance « dans le cas où »: si très fâchés, s'il ressent qui n'a pas confiance, surtout en connaissant les patients
- Construction de la confiance dans la relation: Si hésitants ou inquiets de comment, les appeler après + Les convaincre avec des tests objectifs
- Impression clinique vs tests :
  - Confiance au propre feeling, c'est une impression
  - Objectivité du test
  - Possibilité de combinaison : une n'empêche pas l'autre, l'habitude d'y travailler
- Étude : temps et biais des femmes, capacité à faire confiance et prendre un risque
- Elle a une vision ni positive ni négative sur la Procalcitonine. Elle attend vraiment les résultats afin de s'exposer.

### Transcription

En réécoutant l'entretien, j'ai pu prendre conscience du fait qu'elle n'avait pas très en clair la méthodologie d'UltraPro. En particulier, quand elle me parlait de ses représentations à propos de l'algorithme UltraPro, elle m'a fait comprendre que ce qu'elle pensait c'était que même dans un résultat bas de la procalcitonine, le bras UltraPro devait faire un Ultrason, ce qui n'est pas vrai. A part ça, pour être le premier, je suis très contente de cet entretien. Elle a soulevé plusieurs thèmes intéressants et m'a permis d'arriver au deuxième entretien avec un peu plus confiance en moi même et dans mes capacités.

La qualité de l'audio était bonne mais un peu bas, mais la prochaine fois je vais positionner mon ordinateur un peu plus proche du docteur, afin de l'améliorer encore.

En me réécoutant, j'ai entendu que j'utilise trop souvent les « Okey » et « Mhm ». J'essaierai de me contrôler sur ce point les prochaines fois.

#### Memos après la transcription

- En cas de doutes => radiographie / pas de prise de sang (pas un aide dans le diagnostic différentiel)
- Influence du lieu de travail sur niveau de prescription : Disponibilité des tests : la différence entre clinique et hôpital : en clinique plus de prescriptions, il y a moins d'exas donc se fier au feeling / à l'hôpital plus d'exams pour mieux cibler si pneumonie ou autre / Impossibilité de contrôler l'évolution : en hôpital, possibilité d'observer le patient pendant son hospitalisation et corriger la prescription après-coup si nécessaire. Prescription pour rassurer l'incertitude du médecin
- Patients demandeurs :
  - Médicament avec une capacité de soigner indiscutable : Influence des expériences passées, autres médicaments trop accessibles en vente libre (antibiotique comme dernière chance)
  - Médicament qu'il faut mériter : l'épreuve de la volonté de les soigner, le privilège du médecin
  - Dépend du milieu socio-économique d'origine
- Patients anti antibiotique : jeunes, se manifestent après qu'on aborde sujet étude, autrement n'osent pas, sont anti-médicaments
- Vision de l'antibiotique par le médecin : rassurant pour eux ! Mais des effets négatifs donc attention et vigilance dans la prescription
  - Conscience de sa propre pratique de prescription : de pas en prescrire beaucoup, mais quand-même un peu plus, conscience par l'étude, comparaison avec d'autres collègues
  - Antibiotique comme sécurisant : médicament capable de rassurer le médecin en cas de doute sur l'évolution de la maladie
  - Médicament avec des effets secondaires importants
- Face à l'étude : Réception bonne : le général mais certains : punition pour privation d'antibiotiques : ou refusent, ou après font confiance et vont jusqu'au bout. Méfiance au début

- PRO Procalcitonine
  - Capacité de rassurer les patients demandeurs, réception positive
  - Confiance au résultat : suivi les recommandations, expérience précédente avec ce test aide MAIS s'assurée qui ont tourné bien (donc les appeler après visite) pour changement de prescription/le doute d'avoir raté
- CONTRE Procalcitonine
  - Temps : Durée du test 20 min, dérange la consultation que des fois ne peut pas avoir une conclusion à ce moment-là mais se prolonge au téléphone ou le lendemain. Ralenti le cours des consultations VS. autrement, ceci un type de patients qui ne prennent pas trop de temps -> avec ce test s'alourdisse ces consultation pour le médecin
  - Devoir piquer : des patients ont peur, mais c'est une minorité
  - Coût : très important !
- Imaginaire sur Ultrason et Ultrapro : + Potentiel, intérêt, MAIS Coût voir si remboursable, temps, difficile de se projeter, impact de pouvoir regarder (difficulté à voir et pas prescrire, peur de prendre un risque, rassure de ne pas voir l'état de poumons), faible capacité de distinguer pneumonie bactérienne ou virale et importance primordiale de la relation avec les patients
- Influence du patient sur niveau de prescription : Patients demandeurs / Cas clinique pas certain / Patients polymorbides / Patients âgés
- L'influence de la formation sur niveau de prescription : éducation à pas sur-prescrire
- La pratique pendant l'étude : Autres tests utilisés : Le test en plus c'est une radio pour l'habitude, fait formule sanguine complète (crp) + créatinine pour les reins

### 3.3. Transcription MED6

NCanova\_homme\_médecin\_généraliste\_Procalcitonine\_zone\_rurale\_55min22sec

**NC1 : Bon alors comment se passait habituellement le diagnostic et la prescription lors d'infections respiratoires basses avant l'étude ?**

MED6.1 : Bah on le voit ... on entend ce qu'ils racontent, on les ausculte au niveau pulmonaire ... la gorge ... on prend la [température] et puis ... et toutes autres ... choses qui mériteraient notre attention ... en fonction- il y a eu des fois la saturation

**NC2 : [Mhm] Ouais ?**

MED6.2 : Bah souvent ça, c'est très utile je trouve + la pression aussi des fois, pas souvent

**NC3 : Et vous faites pas des tests comme la crp ... ou ... la radiographie ?**

MED6.3 : QUASIMENT ja- ah la radio oui

**NC4 : Mhm**

MED6.4 : Eh ... mais c'est rare

**NC5 : Okey**

MED6.5 : Eh ... c'est vraiment quand j'ai un doute + enf- enfin il y a deux deux situations possibles

**NC6 : Mhm**

MED6.6 : Il y a la situation où je dis mais bon là c'est clair, j'ausculte un truc puis ... je PENSE qu'il faut prendre des antibiotiques ... puis les gens dirons ah moi j'aime pas les antibiotiques, tant pis bah ... on peut faire une radio, puis on va voir s'il y a rien sur la radio bah ça veut dire que vous avez raison et puis qu'on a tort + et puis s'il ... y a ... ce que j'ausculte ça se retrouve sur la radio, bah vous saurez que vous ... ça vaut la peine une fois les antibiotiques quoi ++ alors il y a ça ... et puis le cas où moi je suis en doute ... mais pour ça il faut que les gens soient complètement ... ouais il faut que l'état général soit déjà bien abaissé ... la fièvre en principe relativement élevée ... OU des gens ou je sais que l'auscultation ça va pas être très fiable- bah s'ils ont ... de l'asthme et puis ... voilà la radio nous aide quand-même ++ puis alors la prise de sang je l'utilise QUASIMENT PAS ouais

**NC7 : Okey donc=**

MED6.7 : = Peut-être je devrais mais ... ++ moi c'est l'état clinique ... j'ai pas besoin de la prise de sang pour VOIR que quelqu'un va pas bien [et puis que ...] et puis je vous dit mais là il faut il faut ... descendre à l'hôpital parce que c'est ... vous avez besoin d'un antibactérien intraveineux et puis ... donc c'est ... c'est plus la clinique et puis la RADIO pour ... voilà + à tort d'ailleurs parce que ... les pneumonies virales ça existent mais ... je pense qu'elles sont RARES

**NC8 : [C'est plutôt dans la relation] Ouais + donc si j'ai bien compris la radio vous la utilisez plutôt pour convaincre aussi le patient**

MED6.8 : Soit le patient ... moi j'ai l'impression que ça vaut la peine et puis ... mais toujours avec son accord bien sûr

**NC9 : Absolument**

MED6.9 : Eh ... soit ... si moi ... j'ai un doute et puis que ... j'hésite et puis ... voilà on est de vendredi ... et puis ... ce- c'est deux jours sans rien ... on se dit c'est un peu long ... fin voilà

**NC10 : Donc aussi pour la temporalité dans la semaine, le fait d'être de vendredi=**

MED6.10 : =Alors c'est clair que je vais faire plus de ... gestes je pense- j'ai pas contrôlé mais je pense que c'est tout à fait possible ((rires)) que je fasse plus de gestes en fin semaine qu'en début semaine voilà

**NC11 : Pour être plus sûrs ?**

MED6.11 : Ouais parce qu'il y a le week-end

**NC12 : Ouais donc il y a pas le contrôle comme d'habitude**

MED6.12 : Parce que c'est ... on est pas assez organisés entre nous pour ... pour qu'il puisse être vu ... samedi ou dimanche par quelqu'un ... fin on veut pas charger le gardien ou la gardienne de tout ça donc ouais

**NC13 : Mhm + et donc ... ça c'est les examens que vous utilisez, et dans quels cas vous décidez de prescrire d'antibiotiques justement ? ++ Pour l'auscultation ou ... [il y a des critères ?]**

MED6.13 : [Alors moi j'entends] en principe une auscultation ... nette

**NC14 : Mhm**

MED6.14 : Un état général pas trop grave mais quand-même nettement altéré + en principe je vais quand-même utiliser la fièvre

**NC15 : Ouais**

MED6.15 : Ça peut arriver que pas et puis que tout le reste soit tellement évident que ... je décide d'en donner, mais en principe ils ont la fièvre + qu'est-ce qu'il y a encore ++ c'est c'est le problème de la clinique c'est que de de d'expliquer ce qu'on fait avec des mots là-dessus c'est pas toujours évident=

**NC16 : =C'est plus automatique**

MED6.16 : C'est une perception globale

**NC17 : Ouais**

MED6.17 : C'est ... c'est l'intuition ... je crois ... avec l'expérience vous sentez que ça va pas, soit un peu gris, c'est ... du coup bah s'amuser à mesurer la saturation je pense bien qu'elle sera un peu abaissée enfin- c'est un peu ... c'est par rapport à un tout quoi ++ puis plus les gens vont pas bien ... plus je recrute des paramètres ... et puis plus ... oui + mais en principe tout ça quoi c'est ... une auscultation pathologique ...

**NC18 : Mhm**

MED6.18 : Bon il y a encore le ... non c'est pas vrai, il il y a des gens qui ont une auscultation normale mais à qui je propose d'antibiotiques, quand ils font une évolution dans le temps + ils ont fait une bronchite tout-à-fait classique ... je sais pas ... mercredi

**NC19 : Okey**

MED6.19 : Avec la fièvre etcetera, gentiment ça commençait à aller mieux + pendant le week-end ... ça allait à peu près + et puis mettons lundi mardi ça recommence à aller pas du tout et puis ils font de la fièvre, puis là même si l'auscultation est pas bonne ... si l'auscultation est normale, j'ai la tendance à proposer un ... un antibiotique + donc pas ... on postule que c'est plutôt- c'est pas un deuxième virus mais c'est plutôt une complication de la première infection

**NC20 : Okey**

MED6.20 : A tort ou à raison

**NC21 : ((Rires)) Donc si j'ai bien compris pour vous l'important c'est vraiment le contact avec le patient + plus que ... de faire des tests pour comprendre, c'est en regardant le patient ...**

MED6.21 : Ouais + je pense que ... +++ ah oui tout-à-fait alors ... moi c'est vraiment la clinique ouais

**NC22 : Okey, et avant cette étude aviez vous déjà diminué ou pensé diminuer votre [prescription]**

MED6.22 : [Ouais] Et j'ai la preuve ... c'est que je fais partie d'un cercle de qualité médecins-pharmaciens

**NC23 : Ah okey=**

MED6.23 : =Et puis que je suis dans ceux qui prescrivent le moins

**NC24 : Ah okey**

MED6.24 : Donc ... avant je faisais déjà attention, mais ... tout en sachant que ... c'est évident je pourrais prescrire beaucoup moins, mais ce qu'on montre- c'est pour ça que c'est intéressant de participer à l'étude, ce qu'on montre c'est quand-même ... dans dans dans un ... appui on va dire rationnel et puis ... qui soit un peu solide parce que ... ça c'est le problème de l'ambulance, là je sois pas des gens en permanence, que ... s'ils reviennent pas je m'en fiche + c'est ... je sois des gens qui en principe me connaissent et me font confiance

**NC25 : Ouais**

MED6.25 : Et puis s'ils sont pas contents ++ ils vont ailleurs, donc ... on est un petit peu plus ... on va dire ... un peu moins détendus pour OSER DIRE il y a besoin il y a pas besoin quoi

**NC26 : Mais vous parlez de la confiance ... vous avez l'impression qu'il y a une rupture de la confiance dans le cas de prescrire d'antibiotiques [ou] dans le cas de pas prescrire ?**

MED6.26 [Non] Le le le niveau de confiance qu'un patient révèle en nous, va ... aider ou pas à prescrire ou pas des antibiotiques, à prendre des risques ou pas

**NC27 : Okey**

MED6.27 : Si les gens ont bien confiance, on peut leur expliquer + on va dire voilà on va- peut-être qu'il faut des antibio ... mais moi j'attends encore deux jours, et puis les gens ils vont insister + puis ils parlent de notre service, en disant ouais mais comment vous pouvez savoir ça ... vous m'avez ausculté en trente secondes ... j'ai de la fièvre ... co- comment quoi c'est- et ... c'est une partie importante de de la décision conjointe

**NC28 : Ouais + et comment vous faites avec les patients que vous sentez qu'ils ont pas beaucoup de confiance**

MED6.28 : Eh ... +++ bah de tout façon, fin moi il me semble que j'essaie toujours d'arr- j'ai jamais refusé un traitement à quelqu'un

**NC29 : Okey**

MED6.29 : Si quelqu'un est méfiant puis dit ah moi je suis sûr que je veux des des ... JE VEUX des antibiotiques, je dis okey MOI JE PENSE qu'on peut attendre, mais j'accepte que ... vous soiez pas d'accord avec moi et puis je vous les prescris

**NC30 : Okey il y a un accord donc**

MED6.30 : Bah ... ouais + je trouve j'ai pas ... c'est ... c'est encore eux qui ... qui sont ... c'est eux qui sont malades hein c'est pas moi donc ... donc c'est eux qu'ils décident quoi ++ mais ... après après que je me suis assuré qu'ils aient entendu les arguments pour les contre ... mais après s'ils sont pas d'accords ils ont le droit hein

**NC31 : Mhm**

MED6.31 : Donc ... moi c'est ... ça j'ai hérité de ... la formation aux entretiens motivationnels

**NC32 : Ah okey**

MED6.32 : Où effectivement on prend pas ... nous on sait qu'il faudra arrêter de fumer, faire plus de sport etcetera, mais ... la manière qu'ils ont essayé de nous apprendre, de parler différemment et puis de partir de ce que le patient ... il perçoit ... pense ... le pour le contre puis de laisser élaborer ça et puis prendre le temps et puis d'accepter qu'ils sont pas d'accords + moi ça m'a énormément aidé pour plein d'autres trucs, notamment ça quoi ++ donc ... donc ... voilà

**NC33 : Okey**

MED6.33 : D'où ça vient, je pense en partie

**NC34 : Et ... quelles sont vos motivations à participer à cette étude ?**

MED6.34 : L'argent

**NC35 : L'argent ? ((rires)) Vous êtes payés ?**

MED6.35 : Ah non on est pas payés ?

**NC36 : Ah non ((rires))**

MED6.36 : Ah mince ah j'ai cru que ... la gloire ... ah non non plus

**NC37 : ((Rires))**

MED6.37 : Ah non mais c'est ... moi je suis ... je reste ... ah je pense comme beaucoup de scientifiques ... curieux dans l'âme et puis, ouais c'est c'est ... moi je trouve que c'est juste passionnant de de de ... de pouvoir participer modestement à un protocole comme ça, qui est bien fait, qui est solide et puis qui ... qui permet d'avancer un petit peu ... voilà tester une hypothèse et puis avancer quoi + ouais

**NC38 : Mhm**

MED6.38 : C'est ... au départ j'étais assistant, j'aurais bien aimé continuer à faire ça mais à l'époque c'était pas encore assez à la mode d'avoir des médecins qui sont un peu au cabinet et puis- mais qui restent un peu à ... voilà. Puis moi j'étais je pense pas encore assez brillant pour ... j'étais pas non plus assez- à l'époque assez brillant pour ... leur dire ah oui c'est fantastique, c'est une super idée

**NC39 : Mhm**

MED6.39 : Donc c'est peut-être aussi pour combler un ... un vieux regret comme ça

**NC40 : Et vous avez dit avant aussi que vous étiez déjà sensibles au thème de l'antibio résistance**

MED6.40 : Alors, spécifiquement par rapport à ça oui biens sûr

**NC41 : Mhm**

MED6.41 : Ça c'est ... ouais + c'est effectivement c'est c'est de rester rationnels donc ... bah je pense souvent à la métaphore de marcher sur une crête de montagne c'est ... pas être à gauche ni à droite il faut ... il faut être neutres il faut faire ce qui faut, penser à quand il faut, mais éviter la sur-prescription mais éviter aussi la sous-prescription, par ce dire ah oui moi je veux limiter d'antibios donc je prescris plus à la fin quoi

**NC42 : Vous pensez qu'un test justement comme la procalcitonine il pourrait aider à faire ça ?**

MED6.42 : Ouais bien sûr

**NC43 : A régler dans la prescription**

MED6.43 : Ouais ouais, bien sûr

**NC44 : Okey + alors pour passer un peu plus en particulier aux patients ... comment se situent les patients par rapport à la prescription d'antibiotiques ? Qu'elles attentes ils ont par rapport aux antibiotiques ?**

MED6.44 : +++ Je suis perplexe parce que les gens ils viennent parce qu'ils veulent guérir

**NC45 : Mhm**

MED6.45 : Donc ... la réponse bah ... enfin ... est un peu évidente quoi

**NC46 : L'antibiotique sert pour guérir**

MED6.46 : Ouais c'est pour guérir, ils viennent, ils ont un problème, il faut savoir s'il faut un traitement, si les aide ou pas, ou s'il faut juste attendre + et dans ce sens-là l'antibiotique ça reste quand-même un médicament qui est connu pour guérir les ... infections

**NC47 : Et vous pensez qu'il y a une différence dans a prescription d'antibiotiques par rapport à un autre médicament que vous pouvez prescrire ?**

MED6.47 : Là alors-ça il faut demander aux patients je dois dire, je ... je me suis jamais posé la question

**NC48 : Mhm + vous n'avez pas l'impression qu'il y a une différence**

MED6.48 : Si ... je pense que OUI mais ... je pense que je suis en partie projectif parce que je PENSE que pour moi c'est tellement évident que ... je vérifie même pas le ... si eux ils le voient comme ça + je sais pas en fait + ça serait à ... questionner directement

**NC49 : Okey**

MED6.49 : Eh ... ce qui est sûr c'est que les les ... il y a des ... des des patients qui ont des attentes exagérées par rapport aux antibiotiques ça c'est sûr ++ c'est pour ça que je pense, le distingue nettement des autres traitements symptomatiques ... ils SAVENT que l'antibiotique ça peut vraiment guérir hein

**NC50 : Okey**

MED6.50 : Ouais + puisque ... et s'ils le prennent pas ils guérissent pas donc ... ça ça je pense que ... là quand-même j'ai cette perception là mais je pense que ça sera intéressant de vérifier quoi

**NC51 : C'est un peu un médicament magique**

MED6.51 : Alors ... ça ça dépend du niveau ... sociau-éducatif des gens hein c'est ... la la la l'objet magique c'est voilà c'est quand ... puis plus les gens sont cultivés, plus ils savent comment ça marche, et puis ... plus ils sont compliqués justement pour les convaincre de prendre un antibiotique +++ donc ... est-ce qu'eux ils sont informés, la réalité ... des résistances ... des effets secondaires ... la sur-prescription etcetera

**NC52 : Donc il y a différents types de patients justement**

MED6.52 : Ouais

**NC53 : Il y a ceux qui veulent et qui=**

MED6.53 : Ouais + il y a des gens que vous allez leur faire plaisir en leur disant qu'il faut pas d'antibiotiques, puis des gens qui vous décevez

**NC54 : Mhm +++ et par rapport aux patients qui sont ciblés dans l'étude, parce-que je sais que quand il y a un patient vous devez faire passer une liste de questions**

MED6.54 : Oui

**NC55 : Pour voir si=**

MED6.55 : Oui

**NC56 : Vous pensez que c'est le bon type de patient qui est inclus dans l'étude ?**

MED6.56 : Alors moi moi j'ai vraiment je le jure hein ... j'ai inclus tout le monde

**NC57 : Ah oui vraiment ?**

MED6.57 : Bon mais j'ai inclus ... j'ai j'ai- il y a je crois deux ou trois fois où j'ai mis que j'avais pas le temps de ... d'inclure VRAIMENT les gens jusqu'au bout + OU d'ailleurs le questionnaire est ... il est pas très bien fait sur ce point-là ... les gens- je leur explique le truc, donc je les ... je les screenne, voilà j'ai screenné tout le monde, donc ça- donc j'ai screenné tout le monde, ouais + par un moment peut-être il y en avait un peu trop, puis j'en ai raté deux ou trois mais ++ j'ai essayé justement d'éviter e faire une quelconque différence ... de de sélection ... voilà ... après il y a des gens ... qu'ils refusent

**NC58 : Mhm**

MED6.58 : C'est là que c'est un peu ... c'est pas très logique le le le ... le screening ... voilà ... puis il y a des fois où j'ai pas eu quand-même pas eu le temps quoi donc ... ou c'est en fin journée et puis ... c'est compliqué là en fin journée avec ... surtout en vendredi ((rires))

**NC59 : Ouais ((rires))**

MED6.59 : Eh ... c'est ... justement ((rires)) c'est aussi un paradoxe parce que c'est là où ça serait utile d'avoir ça mais pour l'étude, parce que la machine en fait ça jouerait

**NC60 : Ouais pour l'étude [il y a plus de temps]**

MED6.60 : [Mais pour l'étude c'est compliqué] ouais

**NC61 : Et vous avez parlé du screening que c'est pas très logique ?**

MED6.61 : Ah mais IL ME SEMBLE, dans le screening il y a pas le ... le patient il est d'accord de participer, il dit le patient peut donner son accord ou pas, donc qui est capable de discernement

**NC62 : Ouais**

MED6.62 : Puis après ... c'est une fois que vous avez à tout répondu, il ... il vous met le patient peut être inclus dans l'étude ? Alors vous dites okey, c'est seulement la fois suivante qui dit ... [Est-ce que vous l'avez inclus ?]

**NC63 : [Est-ce qu'il est d'accord ?] Okey**

MED6.63 : Et puis ... ouais il y a des gens qui sont pas d'accord

**NC64 : C'est arrivé ?**

MED6.64 : Ah oui oui oui je dis une personne sur cinq à peu près

**NC65 : Okey**

MED6.65 : Je pense, une personne sur cinq ... ouf ... UNE ETUDE ... je vais être un cobaye ((rires)) non

**NC66 : Vous pensez pour quel motif ça ?**

MED6.66 : Moi j'essaie de me remémorer ceux qui ont refusés ... alors, il y a des gens ils sont juste- ils ont leur propre agenda, ils sont trop mal, et puis ils disent non mais moi j'ai un week-end important là ... et j'ai besoin d'un traitement, donc VOUS ME DONNEZ le traitement comme ... voilà je veux pas commencer à devoir ... il y a ça, il y a des gens ... de toute façon vous prononcez le mot étude ... vous voyez déjà les ... les yeux qui partent un petit peu du côté ((rires)) et puis ... on continue quand-même l'explication juste pour ... la forme et puis après ils nous confirme qu'il est pas d'accord + donc ... de toute façon il y a des gens ils sont de de de de nature, de de par la relation avec le monde, de façon très méfiante par rapport à ça ... je ... je pense que c'est un peu les deux cadres figures que j'ai pu identifier

**NC67 : Vous avez dit ... un patient sur cinq ?**

MED6.67 : ouais

**NC68 : Vous avez inclus plus ou moins combien de patients pour l'étude ?**

MED6.68 : Eh ... je pense je suis à dix-sept

**NC69 : Ah wow c'est beaucoup**

MED6.69 : Donc ... il y en a- sur dix-sept il y en a trois quatre qui ont refusé

**NC70 : Ah ouais + et ... plus en particulier comment ils réagissent au test de la procalcitonine ?**

MED6.70 : ALORS ils sont comme moi, ils aiment bien + non c'est- des- ça c'est l'utilité d'avoir justement des outils ... même si la clinique voilà, mais la clinique ça marche quand les gens font confiance + et puis d'avoir justement un outil comme ça qui permet de ... de donner un chiffre + eh ... c'est hyper rassurant pour tout le monde + et notamment j'ai en tête les gens qui ... qui étaient vraiment pas bien

**NC71 : Mhm**

MED6.71 : Et puis où j'étais étonné de la valeur de la procalcitonine ... qui ont supporté ça- moi j'aurais- là j'aurais craqué je pense j'aurais prescrit des antibiotiques, peut-être pas le premier jour, j'aurais dit on attend un ou deux jours mais ... ouais je pense que j'aurais prescrit des antibiotiques là ou dans ... dans deux jours + donc c'est assez utile par rapport à ça

**NC72 : Mhm**

MED6.72 : Moi je trouve à priori c'est un bon outil

**NC73 : Mhm donc vous avez l'impression qu'ils ont apprécié [ça] + vous pensez que c'est en lien avec le fait que vous avez apprécié ?**

MED6.73 : [Ouais] AH ça alors +++ ça- c- c'est possible

**NC74 : Mhm**

MED6.74 : MAIS j'essaie en général, qu- quand je les inclus parce que ... ils ont les critères et puis que ... moi je trouve- pour moi c'est clair il faut pas d'antibiotique, je présente ça de manière très

neutre + mais ils sont quand-même contents, d'avoir ce ... ce truc- puis il y en a d'autres où ... moi même effectivement je suis ... un peu dans le doute je dis ouf oui là ... là je trouve que ça mériterait quand-même de ... de réfléchir sérieusement à l'antibiotique + là je pense que je mets clairement aussi mon propre besoin dans ce valeur dans la discussion + ouais donc ça ça arrive je pense ... une fois sur trois

**NC75 : Mhm**

MED6.75 : Sur quatre

**NC76 : Ouais**

MED6.76 : Ouais + puis trois fois sur quatre ... c'est clair qu'il y a pas besoin d'antibio mais ... voilà

**NC77 : Ça ne servirait pas**

MED6.77 : MOI pas, mais de nouveau les gens, de nouveau ... bah c'est déjà une sélection hein c'est déjà les gens qui ont accepté l'inconnu d'une étude

**NC78 : Mhm**

MED6.78 : Eh ... et puis eux ils sont assez contents de de ... d'avoir ce chiffre et puis de savoir que ... voilà en fonction des résultats il faut ci ... ou ça quoi + puis en général le résultat est bon quoi donc ça veut dire qu'il y a pas besoin d'un antibiotique ouais

**NC79 : Et pendant l'étude vous avez fait d'autres examens pour des patients ?**

MED6.79 : Rare

**NC80 : Okey**

MED6.80 : Ouais, quasiment pas + non moi j- je ... je trouvais que c'était assez plausible

**NC81 : Mhm**

MED6.81 : Et puis du coup j'ai assez adhéré au truc puis- puis du coup au lieu de faire une radio, je faisais plutôt ça, puis j- j'ai accordé la même valeur qu'à la ... qu'à la radio + de nouveau à tort parce qu'il y a des faux positifs en radiologie et des faux négatifs ... donc ... je pense pas qu'on matche tout à fait ... je crois qu'il y a une vraie corrélation entre la radio et puis la ... la proca mais ... il doit pas être ... il doit pas être à cent pour cent

**NC82 : Et ce test n'a pas dérangé le côté clinique que vous avez dit que c'est celui que vous privilégiez ?**

MED6.82 : Eh ... si parce qu'une fois j'ai prescrit quand-même un antibio alors que le test m'a dit qu'il y a pas besoin, puis moi j'étais pas du tout convaincu

**NC83 : Okey**

MED6.83 : Eh ... donc ... voilà mais j'ai eu des téléphones ((rires)) des collègues du chuv et ils m'ont dit mais pourquoi vous avez fait ça ? ((rires)) Et j'ai dit mais parce que ... elle était pas bien, puis plus le fait que je connais la dame, elle est compliquée que ... c'est ... voilà ++ c'était ... c'est PAS SI

SIMPLE de ... de ... c'est le paradoxe des gens qui sont anxieux, mais qui veulent quand-même consulter un minimum

**NC84 : Mhm**

MED6.84 : Donc ... ils supportent pas très bien de gérer l'anxiété ... de pas prendre quelque chose, parce qu'ils veulent en même temps pas consulter quoi ils veulent en avoir et n'avoir pas besoin ++ donc ... ils ... se rendent pas très bien compte qu'ils fonctionnent comme ça, puis que forcément ... ils vont pas bien ou pire ++ puis nous bah des fois ... l'antibiotique n'est pas justifiable mais on va le faire ... même si on pourrait essayer de faire sans parce que ... parce que ... c'est quelqu'un de compliqué par rapport à ça quoi ++ on peut lui proposer de revenir deux jours plus tard et dira ah non mais ... non ((rires))

**NC85 : Compliqué ... un patient compliqué dans quel sens ?**

MED6.85 : Mais dans le sens que, entre guillemets le bon patient c'est- c'est comme le bon chasseur c'est + le bon patient il ... s'il vous fait confiance, vous lui proposez quelque chose et puis dira okey puis ... si lui dites okey pour l'instant j'ai- c'est limite parfois l'antibiotique ... mais je vous propose que je vois l'auscultation dans quarante-huit heures ou dans vingt-quatre heures et puis ... on décide à ce moment-là ... bah il va nous prendre ... bien

**NC86 : Mhm**

MED6.86 : Ni les frais ... lié à la consultation ... ni etcetera ++ et puis bah il y a les gens ... ouais qui sont ... c'est d'ailleurs les mêmes qui disent voilà puis les coûts de la santé etcetera, puis qui pinaillent sur ... sur les tout petits frais de ... de santé, mais qui vont par ailleurs, quand ils ont un soucis demander pour un subsides, soit une séance de physio pour deux cent balles, soit une irm huit cent balles ... alors que ... entre tel et tel médicament ... c'est c'est un peu les mêmes paradoxes et c'est c'est – ce sont les mêmes gens qui ont ... un peu ce type ... de para- et du coup de- justement de de ... d'y aller sur une forme plus ... clinique bah ... là je me sentais pas quoi

**NC87 : Okey**

MED6.87 : Et puis les décisions on les prend ... on a pas trois jours pour les prendre

**NC88 : Ouais**

MED6.88 : On a quelques minutes, quand tout va bien

**NC89 : Et ... par rapport au test de la procalcitonine que c'est celui que vous avez utilisé pendant l'étude, vous voyez des barrières à l'utilisation de ce test dans votre pratique ?**

MED6.89 : Alors mois je trouverais bien d'avoir un truc comme ça à disposition, la barrière c'est ... c'était plus par rapport à l'étude c'est ce qu'il faut pour faire tout un bazar quoi

**NC90 : C'est le temps**

MED6.90 : Ouais mais on doit ... ils doivent lui faire une prise de sang, moi je dois faire un frottis

**NC91 : Ouais**

MED6.91 : Eh ... il faut expliquer le truc etcetera APRES pour la prise de sang on peut faire au but du doigt si je me rappelle bien, donc c'est c'est c'est hyper simple + la seule barrière c'est le ... au niveau organisationnel c'est qu'il faut faire un calibrage ou un ... ou un test de qualité interne je sais plus, tous les quinze jours

**NC92 : Ouais pour la machine**

MED6.92 : Pour l'appareil ouais + autrement ... je pense c'est beaucoup plus logique ça que la crp quoi c'est clair

**NC93 : Mhm donc ... au niveau de temps c'est plutôt l'étude que le test en particulier**

MED6.93 : Ah oui complètement c'est pas le test qui pose problème

**NC94 : Ouais**

MED6.94 : Non non le test je pense que ... du moment que- ouais c'est une machine en plus

**NC95 : Et vous disiez que tous les deux semaines il faut faire un truc à la machine de la procalcitonine**

MED6.95 : Ouais

**NC96 : Et vous disiez que c'est une barrière parce que c'est compliqué ou c'est long à faire ?**

MED6.96 : Non il faut s- il faut y penser

**NC97 : [Il faut y penser] ouais**

MED6.97 : [Il faut le faire] c'est au milieu de tout ... ce qu'on doit faire, c'est moi qui fait + et puis les ... mais c'est au milieu des téléphones, de de de donner un rendez-vous, de faire une injection, de faire une prise de sang- fin

**NC98 : Il y a déjà beaucoup à faire**

MED6.98 : Ouais c'est ça ouais c'est ça, il y a déjà beaucoup à faire donc ... mais c'est une pe- petite barrière, les- les la plupart des médecins je pense serait ravie d'utiliser ça, du moment que ça fait un test de plus que justement, il y a une réponse en vingt minutes

**NC99 : Mhm**

MED6.99 : Eh ... qui est utile pour une prise de décision, qui est décisionnelle + donc ça répond tout-à-fait aux critères de ... pour rembourser un test au cabinet

**NC100 : Ouais**

MED6.100 : Donc ... voilà je pense c- c'est parce qu'on pose la question mais je pense que ... si on propo- si on propose- oui il y aura après un prix, combien ça coute, puisque ... là les labos ils nous ont fait des ... des espèces de leasing donc ... on a l'impression qu'on paye pas grand-chose mais il faut voir

**NC101 : Mhm okey + et pour l'examen de la procalcitonine, faites-vous confiance aux résultats qu'il donne ?**

MED6.101 : Ouais, j'ai quand-même eu- elle elle a été exclue de l'étude ... parce que c'est une patiente que j'ai inclus, et puis au but d'un moment je la trouvais trop mal j'ai dis mais non là il faut descendre à l'hôpital, elle était pas bien + et puis le fait que .... je l'envoie à l'hôpital ça la exclue de l'étude + ce qui me perturbe beaucoup, c'est que sa procalcitonine était basse alors qu'elle avait une double pneumonie

**NC102 : Mhm**

MED6.102 : Donc là ... à priori oui la plupart du temps ... ça ... ça jouait, mais .... seule une fois elle disait qui tait pas puis moi j'ai décidé quand-même de prescrire un antibiotique, là j'étais- j'ai pas suivi la ... puis l'inverse est-ce que j'ai eu ... je crois que j'ai eu qu'une fois ... un patient qui avait une procac un peu haute et puis on ... on est partis sur l'antibio ouais + donc oui globalement oui je fais confiance ouais

**NC103 : Et pour quel motif vous pensez que vous faites confiance ?**

MED6.103 : Bah parce que ça vient du chuv

**NC104 : Ah okey**

MED6.104 : C'est les initiants à qui je fais confiance

**NC105 : Mhm**

MED6.105 : J'ai pas raison de soupçonner que ... les gens du chuv vont nous donner un truc qui ça marche pas- bah au début quand je me suis installé on a ... on avait acheté des bonbons de gas co2 pour brûler les verrues et ça ... ça a jamais marché ((rires)) + mais c'est ... voilà c- c'est disons que ça vient d'une équipe de recherche- fin plus qu'une seule personne ... bah on a aucune raison de ... ça on se dit que ça a été évalué et puis que ... pas de raisons de remettre en question l- la fiabilité du truc quoi

**NC106 : Et vous avez l'impression que votre feeling ça allait dans le même sens des résultats du test ? Donc l'auscultation, ce que vous faites d'habitude**

MED6.106 : Je pense j'ai pas compris votre question, est-ce que c'est si je fais autant de confiance à mon feeling qu'au test de la procac ?

**NC107 : Non si justement, quand vous avez fait le test, s'il y a eu des fois ou s'il y aurait pas eu le tes vous auriez donné d'antibiotique mais avec le test vous avez pas donné**

MED6.107 : Ouais ouais

**NC108 : Vous avez l'impression que le test va dans le même sens que votre avis ?**

MED6.108 : Ouais mais il y a eu quelques cas, je crois alors là aussi ... je crois une fois sur quatre

**NC109 : Une fois sur quatre**

MED6.109 : Où ... là j'étais plutôt à me dire qu'il faudrait, mais de nouveau comme j'ai pas été jusqu'à la décision, c'était difficile hein + c'est difficile de devoir répondre carrément à la question +++ alors ce qui est sûre est que je fais confiance au test

**NC110 : Mhm**

MED6.110 : Maintenant je continue à faire confiance à mon à mon appréciation + à l'occurrence bah cette dame, j'étais assez perturbé d'ailleurs de voir qu'elle avait une procap BASSE et puis en tout cas elle avait- elle est restée quarant-huit heures quand-même au chuv + donc ...

**NC111 : Comment c'est possible pour vous que ... la procap c'était basse et justement elle avait une double pneumonie?**

MED6.111 : Ah ... je pense qu'elle était juste un peu vite dans ... la cinétique de l'infection je crois je pense

**NC112 : Okey**

MED6.112 : C'est ... difficile de dire + est-ce que ... parce qu'il partait pas d'une histoire virale, partait vraiment d'une infection bactérienne donc ... ouais

**NC113 : Okey + et vous avez dit qu'il y a eu seulement une fois dans lesquelles vous avez pas suivi les recommandations du test**

MED6.113 : Ouais, c'était tout au début

**NC114 : Et le motif c'était justement=**

MED6.114 : = Alors elle était pas bien, l'auscultation était quand-même pas terrible

**NC115 : Ouais**

MED6.115 : Eh ... sans avoir vraiment de foyer là elle était quand-même bien comblée sur les deux plaques pulmonaires, elle était fébrile, ça faisait quand-même trois quatre jours que ça durait

**NC116 : Mhm**

MED6.116 : Et puis ... ce côté paradoxal que j'ai déjà dit ... je me sentais pas de gérer l'incertitude ou ... ou l'inconnu de pas prescrire- ou proposer de pas prescrire d'antibiotique + donc elle en fait j'avais ... je l'ai incluse dans l'étude, on a lancé les analyses et puis j'ai pris ma décision à moi, j'ai même pas attendu le résultat

**NC117 : Ouais**

MED6.117 : Parce que j'avais décidé quel que soit le résultat, je vais pas en tenir compte

**NC118 : Vous pensez qu'il y a donc une influence par le patient, si vous savez que c'est une patiente anxieuse ou que ... elle aimerait beaucoup l'antibiotique ça c'est ...=**

MED6.118 : = Ça c'est ... ça a été décisionnel ouais + tout à fait, c'est juste, ouais

**NC119 : Et c'est arrivé dans des visites de suivi de prescrire l'antibiotique ?**

MED6.119 : Ouais

**NC120 : Mhm et pour quels motifs ?**

MED6.120 : Alors ... un c'est parce qu'il a développé une sinusité

**NC121 : Okey**

MED6.121 : Ça c- c'est un des dernier hein + après les autres je me souviens plus parce que ... ouf ça fait un moment que ça=

**NC122 : =Oui oui ça fait un moment**

MED6.122 : Qu'il y a cette étude + je sais plus dire, VOUS vous savez pas lesquels j'ai vu et puis ce que j'ai fait ?

**NC123 : Non moi je sais rien**

MED6.123 : Vous savez rien ? Ce qui est bien parce que vous êtes neutres sur ce point-là mais ... + parce qu'on a pas vraiment de ... de ... de tableau synthétique individuel qui vous dit ouais celui-là vous à fait-ci vous avez fait-ça etcetera

**NC124 : Mhm**

MED6.124 : Puis dans les visites de suivi c'était pas très clair pour moi si je pouvais refaire une procap ou pas ...

**NC125 : Mhm**

MED6.125 : Eh ... je crois que je peux ... mais en même temps je sais pas trop comment, et puis du coup je prenais mes décisions de manière clinique quoi + et j'ai jamais- j'ai jamais fait de procap après coup + genre à quarante-huit heures

**NC126 : Okey ouais + et comment vous avez vécu le fait que le choix du traitement vous soit proposé par un test de laboratoire et pas par votre avis clinique ?**

MED6.126 : Ça on dirait, ça c'est ce que le protocole dit

**NC127 : Mhm**

MED6.127 : Après moi je ... comme j'ai dit moi j'ai ... dérangé le protocole parce que ... j'estimais que, et puis ... non mais c'est bah c'est comme de conduire une voiture automatique je pense, c'est c'est ... vous ... gardez vos mains sur le volant et puis vous lui faites très souvent vraiment confiance mais vous restez vigilants

**NC128 : Mhm**

MED6.128 : Puis tant qu'il y a pas de problèmes ça joue, puis s'il y a un problème c'est c'est- non j'ai resté vigilant

**NC129 : Vous avez l'impression d'avoir eu le contrôle sur=**

MED6.129 : =Ouais et puis surtout le le le- fin pour moi c'était clair ce qui prime c'est le patient

**NC130 : Oui**

MED6.130 : Donc ... je vais pas commencer à suivre à tout prix un protocole si ... mon instinct ou ma raison ou même souvent le mélange des deux me dit le contraire, ça c'est clair et net hein

**NC131 : Il y a beaucoup de patients qui demandent l'antibiotique et donc justement pour lesquels vous décidez de lui en prescrire ?**

MED6.131 : Alors de manière générale ou dans l'étude ?

**NC132 : En général**

MED6.132 : Alors en général oui ... mais il y a un biais de sélection, parce que si les gens viennent voir le médecin, c'est qu'ils peuvent pas avoir le traitement par un autre moyen + donc forcément voilà + donc LE JOUR ou ... d'autres gens que les médecins ont droit de prescrire de l'antibiotique, on les verra plus quoi + eh ... mais les gens ils font l'effort ET souvent ils sont sous leur franchise donc c'est eux qui vont dépenser de l'argent par rapport à ça, pour ... pour pas qu'ils attendent un traitement ... voilà et puis ça ça dépend quand-même ... un peu du bagage culturel de la personne

**NC133 : Mhm**

MED6.133 : Clairement il y a des des ... des cultures justement plus méridionales où ... c'est pas sérieux de pas donner d'antibiotiques, là il faut que je sois sérieux- il y a aussi les requérants ... eux il faut vraiment chaque fois les rassurer, leur expliquer que c'est pas parce qu'ils sont requérants, qu'ils ont pas besoins des antibiotiques ... qu'on les soustraite pas que ... et puis bah , heureusement souvent ça passe mais pas toujours, des fois il faut quand-même leur donner un antibio parce que ... sinon je ... voilà

**NC134 : vous avez l'impression que des fois c'est difficile de pas prescrire ?**

MED6.134 : Mais ça prend plus de temps de pas prescrire que de prescrire, ça c'est sûr, ça c'est connu

**NC135 : Plus de temps pour expliquer ?**

MED6.135 : Ah bah oui + et puis ... le temps c'est de l'argent

**NC136 : Mhm**

MED6.136 : Donc ... si vous rallongez la consultation de dix minutes parce que ... vous voulez bien faire et puis pas prescrire, bah ... les gens ils savent ça donc ((rires)) ils disent ouais mais ... non seulement j'ai pas d'antibiotiques mais en plus ... ça ... voilà quoi + voilà + d'où l'importance du niveau de confiance, plus les gens ont de confiance plus ça va bien quoi

**NC137 : Mhm**

MED6.137 : Donc ... c'est très dépendant des situations quoi

**NC138 : Vous avez l'impression donc que des fois les gens quand ils arrivent chez vous c'est parce qu'ils sont déjà allés prendre du dafalgan ou ... je sais pas quoi dans la pharmacie et puis ce qu'ils attendent de vous justement c'est l'antibiotique ?**

MED6.138 : Ouais ouais tout à fait mais ils le disent + et puis moi je lui pose la question aussi, ça sert à rien d'être ... implicites là il faut être explicites, puis je dis écoutez moi pour l'instant j'ai l'impression que c'est viral + mais vous ... vous avez envie d'un antibiotique ? Puis ils disent oui ou non ... et justement il y a des gens qui sont soulagés qu'on leur pose la question et puis qu'ils disent oui je veux je pense que ça serait mieux + et je dis AH ... pas trop ((rires))

**NC139 : ((Rires)) Et vous avez l'impression que le test de la procalcitonine pourrait avoir un impact sur ces patients ?**

MED6.139 : Alors clairement, clairement ouais + clairement parce que c'est ... voilà c'est comme de faire confiance au ... au médecin du chuv, c'est parce qu'ils bossent au chuv + PAS parce que c'est Lhopitalier ou ... je sais plus comment elle s'appelle la cheffe là de l'étude, ou professeur z, c'est parce qu'ils bossent au chuv, donc il y a une espèce de conscience objective du ... du truc + c'est pas lié à la personne c'est lié au ... là la procalcitonine c'est ... c'est un dosage chimique, voilà qui qui après ... on va à ... apprendre à utiliser ou pas

**NC140 : Donc vous pensez que c'est plus convaincant justement parce que c'est lié à l'étude et donc au chuv ?**

MED6.140 : Non non non je me suis mal exprimé, c'était pour comparer, c'était pour dire que ... les patients vont faire confiance à la procalcitonine, comme à n'importe quelle autre prise de sang, parce que justement c'est quelque chose qui- en quoi ils ont confiance, parce que c'est fait ...pour eux de toute façon de manière scientifique et ... et puis ça complète la visite du médecin + donc ouais ils ont envie de faire confiance au médecin mais ils ont quand-même un doute, puis sont contents que ... il y a un autre un autre examen qui qui donne un avis ... par rapport à ça quoi + ah et puis c'est beaucoup plus facile à communiquer ça, c'est sûr + si on leur dit- mais mais c'est ce ... je pense ... moi j'en fais pas mais si vous faites de l'homéopathie ou autre magicologie justement ... ils ont des des ... des formules absolument ... affirmatives dans leur manière d'expliquer aux gens ce qu'ils ont, ce qu'il faut prendre comme traitement etcetera + c'est hyper rassurant pour les gens

**NC141 : Oui + c'est l'effet placebo**

MED6.141 : Oui c'est l'effet placebo, et puis ça c'est quelque chose qu'on nous enseigne pas assez bien dans nos études + on est fin ... c'est une chose que je pense qu'il faudrait ... mais mais en nommant ça, en disant ... en étant ... honnêtes avec les gens, en disant on va travailler sur l'effet placebo, parce que c'est un effet qui existe, qu'on connaît, qu'on sait plus ou moins simuler, mais ça reste un effet placebo + et ... là il y a le lien avec les antibiotiques, c'est que les gens ont une idée tellement négative de l'effet placebo que ... faut déjà les rassurer quant à la réalité de l'effet placebo, que c'est utile, que c'est souvent bénin comme traitement etcetera donc on risque moins d'effets secondaires

**NC142 : Pas de soucis**

((téléphone))

MED6.142 : Donc voilà +

**NC143 : Bon vous avez participé dans le groupe procalcitonine, mais je voulais aussi vous faire des questions sur ultrapro justement, donc l'Ultrasonet la procalcitonine ensemble**

MED6.143 : Oui

**NC144 : Vous pensez que le fait que le choix du traitement soit donné par cet algorithme, ça serait été différent ?**

MED6.144 : J'ai aucune idée + c'est pour ça qu'on fait l'étude ((rires)) + j'ai aucune idée moi- MOI j'ai avoué que une des motivations de participer à l'étude c'était aussi de pouvoir utiliser l'ultrason

**NC145 : Mhm**

MED6.145 : Mais je sais pas, je pense qu'Ultrason mériterait d'être développé de manière plus générale en ... médecine de premier recours comme ça, pour débrouiller toute sorte de petits trucs, c'est une sorte de super stéthoscope quoi

**NC146 : Mhm**

MED6.146 : Maintenant est-ce qu'au niveau pulmonaire la sensibilité est assez bonne pour influencer la décision ... ça je sais pas quoi, ça c'est eux qui pourront répondre + vu que j'ai rien pour dire ouais ou non ... je vais pas me prononcer + l'idée est séduisante mais ... en même temps la sensibilité ne paraît pas très bonne comme ça au pif + donc ... si je devais dire que ça marche ou pas ... je tirerais une pièce ((rires)) cinquante pourcent de chance oui cinquante pourcent de chance non ... je sais pas

**NC147 : Et bon vous avez quand-même l'impression que ça serait utile d'avoir une image comme dans l'Ultrason? Ou vous sentez pas la nécessité ?**

MED6.147 : Mais c'est ... j'ai pas d'opinion ... vraiment j'ai pas d'opinion je peux pas répondre- moi j'aimerais bien, parce qu'on adore les gadgets + mais je sais pas, on SAURA je pense

**NC148 : Et même pour les patients vous arrivez pas à prédire si ça pourrait aider d'avoir encore un examen en plus ? Notamment pour ceux qui veulent à tout prix d'antibiotique**

MED6.148 : Ouf ... ça oui parce qu'on est dans la même discussion que le placebo, c'est un effet placebo, c'est ... il y a des gens qu'on sait qu'il faut examiner même s'il y a pas besoin mais il faut les examiner, sinon la crédibilité ... tout ce qu'on dit ... est moins bonne

**NC149 : Mhm**

MED6.149 : Et puis il faut entre autres au niveau communicationnel, dire des choses APRES avoir examiné les gens et pas avant ((rires)) il y a rien de grave mais je vais vous examiner pour être sûr c'est moins bon de dire je vous examine + il y a rien de grave + c'est mieux

**NC150 : C'est plus convaincant**

## Annexes Procalcitonine

MED6.150 : Bah oui, c'est humain et ça c'est des trucs de base en psy, je fais quand-même l'inverse mais c'est comme ça

**NC151 : Mhm + et donc comment vous avez réagi de participer au groupe de la procalcitonine ?**

**Vous avez dit que vous auriez aimé**

MED6.151 : Ah non mais alors- c'était une de mes motivations, après à partir du moment où j'ai dit okey, moi je ... je suis un très bon soldat, je- on me dit tu fais et je fais

**NC152 : Ouais**

MED6.152 : Même si je trouve que ouf du moment u je me suis engagé à le faire je le fais + même si c'est compliqué

**NC153 : Compliqué de participer à l'étude vous dites ?**

MED6.153 : Ouais c'est compliqué, tout ce qu'on doit expliquer aux gens ... de ... après de gérer ces consentements ... de préparer l'étude ... piquer ... frottis ... tout ça- ça rajoute quand-même vingt trente minutes à ... à la consulte hein

**NC154 : Mhm**

MED6.154 : Donc ... c'est pas rien, c'est pas rien

**NC155 : Mhm oui je vois**

MED6.155 : Ouais

**NC156 : Et donc vous avez l'impression que la procalcitonine pourrait aider dans la prise en charge habitu=**

MED6.156 : =Ouais ouais bah je pense Ultrasonpeut-être aussi mais ... moi je me sentirais évidemment moralement à l'aise de faire ça QUE SI ça a démontré un apport objectif

**NC157 : Mhm ouais s'il y a un vrai changement au niveau des prescriptions**

MED6.157 : Ouais, c'est ... ouais

**NC158 : Et vous souhaiteriez utiliser continuer la procalcitonine après l'étude ?**

MED6.158 : Bah à priori oui, moi je trouve ... utile- je la utiliserai moins souvent de ce qui a été fait là

**NC159 : Mhm**

MED6.159 : Parce que les critères étaient quand-même relativement larges, donc ... mais moi je trouve qu'alors ... ça serait agréable d'avoir cet appareil pour justement faire- puis mes collègues seraient ravis de pouvoir aussi utiliser ça ... voilà ((rires)) donc ouais ouais

**NC160 : Okey + donc merci beaucoup pour votre collaboration**

MED6.160 : Mais avec plaisir

**NC161 : Vous avez des commentaires supplémentaires ?**

MED6.161 : Non

3.3.1. Journal de Bord MED6 – Procalcitonine – Nina Canova

26 septembre 2019

**Entretien**

Pour cet entretien, je suis allée dans un village à 40 minutes de Lausanne avec les transports publics. Le rendez-vous était fixé à 13 heures au cabinet médical où exerce le docteur

En m'étant trompée d'arrêt de bus, j'ai eu de la peine à trouver le cabinet. Quand je l'ai trouvé, le studio était fermé et un maisonier m'as dit que le docteur ne travaillait pas ce jour-là et que peut-être il s'était trompé. Cependant, il est arrivé avec un peu de retard mais juste pour faire l'entretien, dans son jour libre, ce que j'ai beaucoup apprécié.

Son cabinet était très confortable, avec beaucoup de plantes et la discussion avec lui est démarrée très facilement grâce à son ironie et ses blagues qui ont créé un climat très agréable et propice à une discussion.

L'entretien c'est bien passé. Il était très relaxé pendant la conversation, ce que se voyait aussi par la position. Je fais l'hypothèse, qu'en étant arrivé là dans son jour libre, il avait le temps pour l'entretien. J'avais donc pas l'impression que je me mettais entre ses consultations et je lui volais son temps de travail.

Effectivement, cet entretien est duré un peu plus des autres jusqu'à maintenant : 55 minutes.

Pendant l'entretien, il a dû répondre au téléphone, ce qui a bloqué un peu la conversation mais qui a vite repris.

Le seul souci que je me pose, c'est qu'il avait un volume de voix très bas et j'ai peur que l'enregistrement sera difficile à transcrire.

**Mémos après l'entretien**

- Diagnostic basé surtout sur l'examen clinique
- Rarement il fait la radiographie : seulement en cas de doute de lui-même ou des patients
- Quais-jamais la prise de sang
- De la peine à se projeter et poser l'hypothèse du point de vue des patients par rapport aux antibiotiques
- Un médecin a les patients qui lui ressemblent = même idéologie et avis par rapport à l'antibiothérapie par exemple
- Idée d'équilibre entre les tests, les arguments objectifs et la clinique subjective d'un médecin dans sa décision de prescription
- Il a parlé des entretiens motivationnels et de l'importance de la conviction du patient dans le choix de prendre ou pas d'antibiotique, en disant que même si son rôle c'était de présenter son avis médical, après c'était à lui de décider si suivre son conseil ou pas
  - Rôle éducateur mais responsabilité du patient par rapport à sa prise en charge. Un discours beaucoup horizontal entre deux experts : un de sa propre vie et un de la médecine
- Prescription plus élevée avec le week-end : pas possibilité de contrôler la suite

### Transcription

Comme je soupçonnais la qualité de l'audio était basse et j'ai eu de la peine à transcrire cet entretien. Jusqu'à ce moment, ceci est l'entretien dans lequel j'ai eu l'impression, en me réécoutant, d'être le plus à mon aise. J'ai vraiment apprécié l'approche de ce médecin et ça façon de parler. Il a créé un climat agréable à la discussion.

En me réécoutant, j'ai eu l'impression d'insister un peu trop à propos de la représentation des antibiotiques par les patients. Il m'avait déjà dit qu'il n'arrivait pas à se projeter. Cependant, en général, le discours a été très naturel.

#### Mémos après la transcription

- Examen clinique : pression, température (très important), auscultation
- Convaincre les patients de la décision de prescription
  - Radiographie : effet placebo
  - Le niveau de confiance qu'une patiente révèle dans le professionnel
    - Permet au médecin d'expliquer, d'éduquer,
- Raisons pour prescrire
  - Requête du patient
    - Pas refuser un traitement à quelqu'un
  - Évolution de son état jusqu'au moment de la consultation
    - Exemple il a fait une bronchite mais continue à avoir de la fièvre
  - Lieu de travail : en ambulatoire il faut créer une certaine fidélité des patients, les faire retourner, ce n'est pas comme travailler à l'hôpital et avoir tout le temps des patients en permanence
- Niveau de prescription : métaphore de marcher sur l'a crête d'une montagne, pas être ni trop à gauche, ni trop à droite : le juste équilibre
- Réflexivité par rapport à sa propre pratique
  - Conscient qu'il pourrait en prescrire beaucoup moins
  - Cercle de qualité médecins-pharmaciens
- Ultrapro
  - Un appui rationnel
- Les patients pensent que l'antibiotique sert pour guérir
- La représentation des patients de l'antibiotique (par ex. médicament magique) dépend de leur niveau socio-éducatif. Ceux plus informés sont plus faciles à convaincre d'une non nécessité d'antibiotiques
- Etude et UltraPro
  - Les patients en ont confiance pas parce qu'ils ont confiance dans l'outil mais parce qu'ils ont confiance dans les médecins chercheurs et dans l'institution CHUV
- La clinique marche quand les gens font confiance.
  - S'ils n'ont pas confiance : ils peuvent être rassurés par le résultat d'un test
- Avis clinique vs. Résultat au test : si pas de confiance, il aurait fait des visites de suivi et regardé l'évolution de l'état du patient. S'il n'y aurait pas eu une évolution avec un autre médicament il aurait décidé de donner un antibiotique
- Les patients qui ont participé sont déjà ceux sélectionnés qui ont accepté l'inconnu d'une étude, donc peut-être pas les plus résistants et demandeurs d'antibiotiques
- Etude : trop de temps
- Procalcitonine
  - Intéressant d'avoir un truc comme ça à disposition en *point-of-care*
  - Calibrage de la machine de la Procalcitonine tous les deux semaines
  - Confiance dans les résultats en général sauf une fois où il y a eu une valeur très basse alors qu'en effet la patiente a dû être hospitalisée avec une double pneumonie
- Ultrapro
  - Remboursement ?

### 3.4. Transcription MED7

NCanova\_femme\_médecin\_généraliste\_Procalcitonine\_ville\_44 :24 min

**NC1 : Alors, pour commencer j'aimerais vous demander comment se passait habituellement le diagnostic et la prescription lors d'infections respiratoires basses ? Avant l'étude**

MED7.1 : Je fais une anamnèse

**NC2 : Mhm**

MED7.2 : J'examine le patient, suivant mon impression je fais ... un examen de laboratoire ou pas + ehm ... suivant mon impression je fais une radiographie ou pas + et puis après je sais du traitement + mais je fais pas toujours de laboratoire [et je] fais pas toujours de radiographie

**NC3 : [Mhm] Oui ... donc vous faisiez pas la prise de sang avant**

MED7.3 : Pas toujours NON non

**NC4 : Parce que vous êtes dans le bras de la Procalcitonine**

MED7.4 : Ouais

**NC5 : Okey**

MED7.5 : Non j- ÇA ARRIVE quand on a vraiment énormément de monde, beaucoup à faire que je dis aux assistants de faire la prise de sang avant que le patient vienne chez moi, mais + en général pas

**NC6 : Parce que c'est plus rapide comme ça**

MED7.6 : OUI si on a vraiment beaucoup de monde et qu'on est content ... de pas envoyer le patient en laboratoire après on doit l'attendre cinq minutes ç a- ça vaut pas la peine pour le patient qui est-etcetera. Mais si à peine je peux je fais l'inverse, je vois le patient je fais l'examen et souvent je fais pas de laboratoire du tout

**NC7 : Ouais donc des fois vous ... vous ne faites pas de laboratoire vous vous basez sur la=**

MED7.7 : Sur la clinique

**NC8 : Sur la clinique [exactement] + okey, et avant cette étude aviez-vous déjà pensé diminuer ou avez-vous déjà diminué vos prescriptions en matière d'antibiotiques pour les infections respiratoires ?**

MED7.8 : [Exactement] Non moi j'ai l'impression que je suis déjà PLUTÔT RESTRICTIVE

**NC9 : Okey ouais**

MED7.9 : Je pense que ça a pas changé ... grand-chose avant ou après

**NC10 : Mhm okey donc vous étiez déjà un peu sensible [à ce] ... à ce thème des antibiotiques, c'est ça ?**

MED7.10 : [Mhm] mhm

**NC11 : Okey et quelles sont vos motivations à participer à cet étude ?**

MED7.11 : Parce que je pense que c'est une question intéressante c'est une question qu'on a très très souvent comme généralistes. Et puis + la- on a déjà fait des études sur la Procalcitonine et on sait que ça peut nous aider décider

**NC12 : Mhm ... avant vous m'avez dit que vous avez l'impression de pas prescrire beaucoup + vous avez cette impression parce que vous voyez que vos collègues en prescrivent un petit peu plus ou ... ?**

MED7.12 : Mhm, moi j'ai l'impression ... des collègues ou bien si j'entend des ... des gens des patients comme ça ouh excusez-moi (réponde au téléphone)

**NC13 : Oui pas de soucis**

(10 secondes)

MED7.13 : Oui oui si j'entend des patients qui me disent ah j'ai eu ça et ça et ça ... et puis j'ai reçu un antibiotiqu- mais il y a des fois des patients qui viennent et qui nous disent ah je tousse depuis ... trois semaines MAINTENANT je veux un antibiotique

**NC14 : Oui, okey ... et comment se situent les patients en général par rapport à la prescription d'antibiotiques ?**

MED7.14 : Alors ... justement il y a les deux=

**NC15 : Ouais**

MED7.15 : Il y en a- il y a beaucoup de patients je pense que c'est la majorité, qui sont très contents si on leur dit vous avez pas besoin d'antibiotiques + et puis il y en a quelques-uns qui viennent en disant maintenant .... JE VIENS PARCE QUE JE VEUX un antibiotique, je veux pas qui ça devient pire ou ça dure déjà depuis des ... des- mais ça c'est plutôt la minorité de ceux qu'on doit CONVAINCRE. Puis après + à l'autre bout, des fois il faut essayer convaincre le patient qu'il y a pas d'autres solutions mais dans le cas des infections respiratoires souvent ils sont tellement malades que .. on doit pas discuter longtemps c'est pas ... quand on- quand on donne l'antibiotique c'est nécessaire en général il y a pas de problème

**NC16 : Okey=**

MED7.16 : En tout cas ici au cabinet je sais pas ce qu'ils font après

**NC17 : Et vous avez donc l'impression que la majorité elle est quand-même touchée par le thème et donc ... elle ... elle ne désire pas les antibiotiques**

MED7.17 : Non la majorité non ... ouais

**NC18 : Et comment vous faite pour convaincre ... vous m'avez dit que des fois il faut convaincre les gens qu'il y a pas besoin d'antibiotique**

MED7.18 : Alors j'essaye de leur expliquer ... que je pense que c'est pas une infection bacterienne ... que c'est pas- dans le cas des infections respiratoires que je pense que c'est pas une pneumonie ...

que c'est une bronchite ou une sinusite et qu'on sait que ça guérit très bien aussi sans ant- sans antibiotique mais souvent ceux qui sont un peu comme ça pas sûrs je lui propose de les revoir

**NC19 : Mhm**

MED7.19 : Hein ... je les revois aussi si je suis pas sûre moi MAIS surtout au cabinet il y a il y a pas de soucis vous revenez dans trois jours et puis on verra à ce moment-là et puis souvent ça allait

**NC20 : Oui c'est une manière de les ... rassurer=**

MED7.20 : Mhm mhm

**NC21 : Okey ... et vous pensez que l'étude a inclus le bon type de patients ?**

MED7.21 : ++ Oui

**NC22 : Ouais ?**

MED7.22 : Ouais moi- J'EN AI PAS INCLUS TELLEMENT donc c'est DIFFICILE à dire mais- hein ... oui j'ai l'impression que oui

**NC23 : Vous avez inclus combien de patients si je peux ... si je peux demander ?**

MED7.23 : Trois ... quatre ... je sais pas, il faut que je regarde

**NC24 : Merci**

+++

MED7.24 : OH SEPT

**NC25 : Oh wow (rire)**

MED7.25 : SEPT (rire)

**NC26 : C'est plus du double (rire) okey ++ donc vous avez l'impression que ça inclue le bon type de patients**

MED7.26 : Mhm

**NC27 : Et ... il y a des patients en particulier pour lesquels vous avez eu besoin d'outils diagnostiques complémentaires autre que la Procalcitonine ?**

MED7.27 : ++ Je suis en train de réfléchir ++ oui il y en a UN je crois

**NC28 : Ouais**

MED7.28 : Que j'ai envoyé faire une radiographie

**NC29 : Okey**

MED7.29 : Si je me trompe pas sur le sept là, mais pour finir + bon mais c'est comme toujours hein on fa- on doit envoyer patients, on fait pas de radiographies [ici] alors on réfléchit à deux fois si c'est vraiment nécessaire, peut-être que ... si j'a- si j'avais la ... la radiologie juste là à côté j'en aurais fait [[plus]] ça c'est possible mais là je me fie vraiment, encore plus à la clinique et au laboratoire pour décider

**NC30 : [Ouais] [[Mhm]] Okey**

## Annexes Procalcitonine

MED7.30 : Puis il y en a un qu'on a envoyé faire une radiographie mais là c'était aussi clair et net qu'il avait une pneumonie déjà à la clinique en fait

**NC31 : Okey donc si j'ai bien compris, si vous faites un examen de plus ça c'est une radiographie**

MED7.31 : Oui

**NC32 : Et les autres fois vous vous êtes basés seulement sur le test de la Procalcitonine ou ... ?**

MED7.32 : Alors normalement je fais ... une formule sanguine et puis la crp et puis maintenant pour ceux qui sont dans l'étude la Procalcitonine en plus

**NC33 : Mhm donc vous faite Procalcitonine, crp et ... donc la prise de sang ?**

MED7.33 : Alors c'est arrivé une ou deux fois que je ... que j'aurais pas fait de prise de sang, j'ai dû faire que la proc- que j'ai fait que la Procalcitonine à cause de l'étude

**NC34 : Okey**

MED7.34 : Ou j'aurais fait rien de tout, spontanément

**NC35 : Ah okey vous avez pas eu l'impression que c'était=**

MED7.35 : Que c'était nécessaire ouais=

**NC36 : Oui, pour le feeling avec [le ...] le patient**

MED7.36 : [Mhm] Ouais

**NC37 : Okey + et le patient que vous m'avez dit pour lequel c'était nécessaire une radiographie, vous pouvez m'expliquer pourquoi vous avez décidé ...**

MED7.37 : De faire la radiographie ? =

**NC38 : Ouais**

MED7.38 : Parce qu'il était très malade, à part ça c'est une personne qui fait des pneumonies à répétition on sait pas pourquoi

**NC39 : Mhm**

MED7.39 : Et puis il était + il était malade il il n'av- il était à la limite l'hospitalisation quand on l'a vu, et puis on l'a contrôlé le lendemain et on a dû l'hospitaliser pour finir + donc il était- c'était- il était vraiment malade il fallait savoir si c'était une pneumonie à quel- combien elle était étendue s'il y avait d'autres signes

**NC40 : Et donc la radiographie c'était plus sûre dans un cas comme ça=**

MED7.40 : Ouais

**NC41 : Okey + et comment se passe la proposition au patient de l'utilisation du test de la Procalcitonine pour le diagnostic ? + Comment vous avez l'impression qu'ils réagissent ?**

MED7.41 : Alors ils réagissent BIEN + alors moi l'impression c'est quand je la propose etcetera ++ je crois qu'il n'y a personne qui a refusé. Ce que j'ai l'impression c'est que APRÈS quand il- mê-

même si on leur dit bah cela dure un plus long temps parce que etcetera, au finir ça dure presque une heure et comme ça- ils sont au cabinet pendant une heure et des fois j'ai l'impression qu'ils regrettent

**NC42 : Mhm + donc=**

MED7.42 : Mais sur- sur le moment quand- quand on leur propose quand on leur dit de quoi il s'agit, ils sont plutôt intéressés

**NC43 : Okey**

MED7.43 : Plutôt ... ouais

**NC44 : Et après donc le fait de ... [de rester plus longtemps au cabinet]**

MED7.44 : [Ça dure OUI ça dure] parce que même si on va faire vite moi je trouve que ça dure puisque si d- le labo c'est pas prêt comme un autre laboratoire ... l'assistante doit tout mettre en place et après il y a la prise de sang + ehm ... après on doit attendre les résultats ... il y a il y a le f- bon le frottis on peut le faire entre deux mais + il faut il faut remplir le consentement 'fin c- c'est c'est beaucoup de choses hein vraiment je pense que pour le patient une heure pour nous c'est pas tellement de temps, mais pour lui j- une chose qui serait sinon faite peut-être en vingt minutes ça dure en tout cas double si c'est pas encore plus

**NC45 : Mhm donc vous avez l'impression que le patient au final n'est pas satisfait de ça**

MED7.45 : Je me demande moi je me dis OH pour les patients c'est ... pour nous c'es- c'est c'est pas grand-chose, pour les assistants dans le fond oui c'est- mais c'est des choses aussi qu'elles aiment bien faire, mais pour le patient ... OUAIS c'est beaucoup plus le temps qu'il reste ici

**NC46 : Oui c'est beaucoup plus de [temps] ... et vous m'avez déjà dit que ... le temps donc c'est un peu une barrière à l'installation dans votre pratique de la Procalcitonine, vous voyez d'autres barrières ? D'autres inconvénients dans l'utilisation de ce test [[dans la pratique ?]]**

MED7.46 : [Mhm] [[Non]] Alors je pense que maintenant c'est une barrière parce que c'est dans le cadre d'une étude, c'est pour ça qu'on fait beaucoup de temps + si ça devait être établi, moi je pense que ça serait plus barrière du tout parce qu'on seraient prêts + hein ce- ce- c'est juste une barrière parce que ... c'est dans le cadre d'un étude

**NC47 : Ouais**

MED7.47 : Ouais c'est ça qui- c'est ça qui est la barrière c'est pas le test en soi je crois

**NC48 : Ok donc ... si je me rappelle bien le test dure vingt minutes, ça vous pensez que c'est pas un problème donc, c'est ... le cadre de l'étude qui prolonge beaucoup**

MED7.48 : C'est le cad- ouais + alors vingt minutes ... on- on peut dire au patient ... et puis surtout que on le ferait dans des cas peut être un peu MIEUX sélectionnés et puis on peut dire oui parce que c'est très important parce que je suis en doute + ça ça on le fait- quand on fait un test pour les embolies pulmonaires ... des des- c'est aussi à peu près vingt minutes, il y a pas il y a pas de [problèmes] et

puis selon la probabilité je dis au patient rentrez parce que j- je pense déjà ça sera négatif ou bien attendez, mais ce- dans le cadre de l'étude ça va moins bien donc ouais c'est là sinon ça serait pas un grand problème

**NC49 : [Ouais] Et=**

MED7.49 : Si ça aide à prendre une décision les patients feront avec

**NC50 : Ouais**

M50 : Ils seraient même contents je crois

**NC51 : Mhm + et vous m'avez dit que c'est une heure avec l'étude ... vous prenez des autres patients entre les deux ?**

MED7.51 : Mhm ouais exactement ouais ils attendent ici + SAUF justement dans les cas où ... je suis pratiquement sûre qu'il y aura rien alors là je les laisse partir

**NC52 : Okey=**

MED7.52 : Bah ... disons les cas où je lui dis quel que soit le résultat de la Procalcitonine je vous donne pas d'antibiotique, je les laisse partir

**NC53 : Vous vous fiez plus de votre feeling**

MED7.53 : Ouais mais en généra- j'ai jamais eu après de problèmes du genre ah j'aurais dû .. ouais

**NC54 : Ouais mhm ... et ... d'autres barrières à l'installation de ce test vous en voyez ?**

MED7.54 : Alors ... ce que je sais pas c'est combien il coûte + alors ça ça peut être une barrière mais ((rire)) moi je me suis pas préoccupée de ça DU TOUT + hein ... je pense une question que c'est combien il coûte et puis l'autre question c'est si on peut le facturer au cabinet parce que si je peux pas le facturer et que je dois l'envoyer au laboratoire externe c'est un test qui vaut rien, c'est un test qui vaudra que quelque chose quand je vais pouvoir le faire en *point-of-care* et qui est- et que je peux le facturer en *point-of-care*

**NC55 : Oui donc plutôt l'aspect économique**

MED7.55 : Ouais

**NC56 : Et par rapport à l'examen de la Procalcitonine que vous avez testé, faites-vous confiance au résultat de ce test ?**

MED7.56 : Oui

**NC57 : Et avant vous m'avez que ... des fois vous faites quand-même le test mais vous avez déjà une idée**

MED7.57 : Mhm mais j'ai confiance parce que j'ai jamais été SURPRISE, j'ai jamais eu l'impression que le test était ... que la valeur était haute alors que ... je pensais qu'elle était basse

**NC58 : Mhm**

## Annexes Procalcitonine

MED7.58 : Ça m'a des fois fait un peu changer ce que j'aurais fait normalement mais j- quand je regarde la chose en soi je ... j'ai pas l'impression que c'était faux

**NC59 : Okey donc ... il va dans le même sens de votre feeling**

MED7.59 : Mhm ouais et puis quand j'ai dû changer mon avis c'est pas que j'aurais voulu donner des antibiotiques et puis que le test me disait non c'était l'inverse c'est c'est des patients XX on voit dans deux jours et puis j'ai donné parce que la Procalcitonine était haute

**NC60 : Okey ... vous pensez que cette confiance que vous avez envers le test ça dépend du fait que le test va dans le même sens que votre avis**

MED7.60 : Oui mhm mhm c'est comme un élément DE PLUS je pense ... c'est pas c'est pas nouveau c'est pas tout à fait surprenant mais dans ces cas un peu où on est pas très sûrs c'est un élément de plus + on a l'anamnèse, on a l- l- la clinique, on a peut-être la crp puis on a la Procalcitonine on a au lieu de trois éléments quatre

**NC61 : Ouais**

MED7.61 : Donc ça c'est bon

**NC62 : C'est plus sûr donc**

MED7.62 : Ouais

**NC63 : Mhm ... et c'est déjà arrivé dans le cadre de l'étude de ne pas suivre les recommandations=**

MED7.63 : Non + toujours suivi

**NC64 : Okey**

MED7.64 : Mais j'ai OUAIS j'ai pas j'ai toujours trouvé une certaine logique

**NC65 : Mhm .. et vous continuez en parallèle à utiliser d'autres outils de diagnostic vous m'avez dit, juste ?**

MED7.65 : Alors oui j'utilise assez- oui je fais toujours la ... la formul- non pas toujours mais si je fais je fais la formule sanguine et puis la crp

**NC66 : Mhm et vous pensez que ça serait toujours comme ça ou que ça pourrait arriver d'utiliser seulement la Procalcitonine ?**

MED7.66 : Alors ça pourrait arriv- SI on montre que c'est plus fin, que ça nous permet de poser un diagnostic mieux, c'est clair que ... ça fait pas de sens de faire deux tests si on sait c- hein ... je pense c'est la question, est-ce que c'est bien d'avoir les deux et puis de faire une ... une somme ou une intégration des deux données + ou bien qu'on se rend compte que ... une des valeurs vaut pas grande chose et puis l'autre

**NC67 : Ouais=**

MED7.67 : Ça je sais pas MAIS si on fait- si on contes que ... pour les infections respiratoires la crp n'aide pas et que la Procalcitonine match il y a pas de sens qu'on fasse les deux

**NC68 : Donc vous avez l'impression que la Procalcitonine n'est pas plus fine que la crp**

MED7.68 : Non je sais pas ... j'ai pas encore une impression je sais pas c'est plus- non l'impression c'est plutôt que c'est plus [fin] mais je sais pas, pourtant que je sais pas je fais comme j'ai toujours fait (rire)

**NC69 : [Mhm] oui (rire) et c'est arrivé des fois dans des visites de suivi de prescrire des antibiotiques alors qu'à la première consultation la Procalcitonine était basse ?**

MED7.69 : Moi je crois pas non

**NC70 : Mhm**

MED7.70 : Je crois pa- peut être UNE

**NC71 : Okey**

MED7.71 : Peut-être UNE la première que j'ai inclut je suis pas je suis pas sûre mais en tout cas c'est pas HABITUEL que j'ai dû donner des antibiotiques par la suite

**NC72 : Okey + et vous avez eu toujours des visites de suivi avec les patients inclus dans l'étude ?**

MED7.72 : Non + non

**NC73 : Seulement=**

MED7.73 : Non si c'était clair que c'était rien entre guillemets je lui ai dit de pas repasser

**NC74 : Donc il y a eu une visite de suivi si vous avez donné un antibiotique**

MED7.74 : Alors oui je pense que tous ceux qui ont reçu un antibiotique je les ai revus

**NC75 : Okey**

MED7.75 : Parce que je l'aurais fait étude ou pas étude parce que si je donne un antibiotique ça veut dire qu'ils sont plus malades et alors je vais les revoir en général

**NC76 : Mhm et la patiente que vous avez dit que vous avez donné des antibiotiques après, pour quelle raison vous avez pensé que c'était mieux de lui en donner ?**

MED7.76 : Écoute je suis ... je suis même pas sûre hein mais ... probablement parce que son état c'est péjoré

**NC77 : Mhm donc c'était mieux de traiter avec des antibiotiques, okey ++ et ... les résultats du test vous m'avez dit ils ont pas beaucoup changé votre intention de donner des antibiotiques**

MED7.77 : Oui

**NC78 : Il y a eu quand-même des cas ?**

MED7.78 : Alors deux fois j'aurais pas donné et puis le rés- le test m'as dit d'en [donner] et puis j'ai donné

**NC79 : [Mhm] et comment vous vous êtes senti à faire ce changement ?**

MED7.79 : Je me suis dit bon alors on donne ce conseil je le prends, d'ailleurs ils ont été très bien ces patients, peut-être que ces deux- après je me suis dite je sais pas hein parce que c'est une fois mais je me suis dite que peut-être que ces deux sont ceux qui à la visite de suivi auraient ce problème

**NC80 : Okey**

MED7.80 : Mais je sais pas

**NC81 : Ouais ++ et comment vous avez vécu le fait que le choix du traitement soit déterminé par un test de laboratoire et donc pas par vous?**

MED7.81 : Mais moi de toute façon je les utilise aussi les tests de laboratoire donc c'est pas- on en a toujours besoin et + à la limite j'aurais- pour moi ça avait quand-même une certaine logique parce que ... hein ... j'aurais- non je crois j'aurais pas donné d'emblée

**NC82 : Mhm**

MED7.82 : MAIS c'étaient pas des patients qui allaient très bien donc c'était + je trouvais pas ABSURDE de leur donner des antibiotiques + disons comme ça

**NC83 : Ouais**

MED7.83 : Je trouvais pas- parce que sinon j'aurais pas fait ... c'étaient ceux qui étaient MOINS + un peu comme ça à la limite

**NC84 : Ouais + et les patients que vous avez inclus étaient des patients nouveaux ou ... que vous connaissiez déjà ?**

MED7.84 : Les deux

**NC85 : Et vous avez vu des différences dans la manière de prendre le test entre les patients nouveaux et justement ceux que vous connaissiez déjà ?**

MED7.85 : Alors non peut-être la différence c'est que si c'est un patient que je connais BIEN, j'ai beaucoup moins de peine à lui vendre l'étude et à lui dire- parce que à quelque part c'est un peu ... + moi je les aide et eu ils m'aident + chez les patients nouveaux c'est un peu plus difficile, parce qu'on se connaissent pas encore bien et donc on a pas encore cette relation de confiance + les patients que je connais me disent bah si vous me dites que c'est bien je le fais

**NC86 : Mhm**

MED7.86 : Peut-être c'est ça, la différence

**NC87 : Ouais + et en tout cas vous m'avez dit que ... il y a pas de patients qui ont refusé de ... de participer, juste ?**

MED7.87 : Non je crois ... je crois pas + mais ça on doit pouvoir le voir dans les classeurs mais j-moi j'ai pas l'impression qu'il y a des patients qui ont refusé

**NC88 : Okey + autrement vous m'avez dit que peut-être ils étaient pas très contents de devoir attendre beaucoup de temps, vous avez l'impression qu'il y avait des autres aspects négatifs pour les patients ou ... ?**

MED7.88 : Alors UNE PATIENTE elle a eu beaucoup de peine à remplir le journal

**NC89 : Okey**

MED7.89 : MAIS rétrospectivement ... c'était peut-être un peu d- c'est un peu ma faute c'est une patiente que je voyais il y a qu'une fois + qui est langue maternelle étrangère, avec qui je parlais français mais elle elle est d'une autre langue et je me suis rendue compte ap- à la deuxième ou peut-être même à la troisième visite que probablement elle sait pas lire + ou MAL lire et ça je me suis pas rendue compte au début

**NC90 : Ah oui**

MED7.90 : Et pour elle ça a été un gros problème de ... de remplir ce ... je sais même pas si elle a pu le ... le faire correctement

**NC90 : Okey**

MED7.91 : Et je m'en suis rendue compte APRÈS parce qu'au téléphone de contrôle il y a quelqu'un qui m'a écrit en me disant mais la dame a rien reçu elle savait pas puis elle elle est venue avec les documents donc elle les avaient et puis là je me suis rendue compte que ç devait ça devait être un problème, les autres patients non ils m'ont rien dit donc je pense que ça était pas un problème

**NC92 : Okey + bon + vous pensez que ce test pourrait avoir aussi un impact sur les patients résistants dans le sens que sont des patients qui veulent à tout prix prendre des antibiotiques ? Vous pensez que ce test pourrait les aider et les convaincre ou non ?**

MED7.92 : +++ Disons comme ça c'est peut-être un argument de plus pour le médecin qui doit les convaincre

**NC93 : Mhm**

MED7.93 : Peut-être comme ça + on aurait un peu plus d'arguments

**NC94 : Ouais**

MED7.94 : Dans le sens que la- parce que le patient il va pas se se convaincre par une valeur et c'est un peu ... SI NOUS on se sent plus sûrs et qu'on a plus d'arguments c'est plus facile de convaincre

**NC95 : Ouais c'est par rapport à vous, [pas] par rapport au test**

MED7.95 : [Ouais] Puisqu'on ne dit pas au patient vous avez ... tel valeur, vous avez pas beso- c'est toujours une discussion et plus on est- plus on est sûrs, plus ...

**NC96 : Mhm c'est plus important la relation de confiance qu'ils ont avec vous**

MED7.96 : Ouais si ça nous donne la sécurité c'est plus facile [de vendre] nos arguments

**NC97 : [Vous transmettez ...] Mhm je vois + et bon vous avez participé dans le bras de la Procalcitonine mais il y en avait trois, il y avait le groupe contrôle qui a fait comme d'habitude dans le diagnostic e la prescription, après il y avait la Procalcitonine qui est votre bras et celui avec Ultrapro, que justement c'est l'Ultrason avec la [Procalcitonine] + comment auriez-vous réagi au fait que le choix du traitement vous soit donné par Ultrapro donc soit par le test de laboratoire qui c'est la Procalcitonine mais aussi par l'Ultrason**

MED7.97 : [Mhm] Hein ... en fait très positivement parce que c'est quelque chose qu'on voit et puis en général on croit à ce qu'on voit

**NC98 : Mhm vous pensez que le fait de voir ça serait été mieux ou plus convaincant ?**

MED7.98 : ++ OUI serait serait été peut-être plus convaincant que d'avoir quelque chose qui montre indirectement ce qui se passe

**NC99 : Mhm**

MED7.99 : A part que j'ai pas eu beaucoup de peine à être correcte mais ... aussi pour le patient si on peut lui dire « Ah vous voyez là ... » c'est un tout petit peu différent ... peut-être aussi c'est par le fait justement que je peux ... que c'est plus compliqué de faire une radiographie et puis ici ... ouais avec Ultrason ça serait super

**NC100 : Ouais avec Ultrason=**

MED7.100 : Il est très petit il a pas de charge c- c'est probablement quand on a un peu d'habitude il faut pas beaucoup de temps, je dois pas envoyer le patient ... à l'institut de radiologie bon + oui serait été ... encore plus intéressant MAIS je sais- je sais pas si serait changé quelque chose enfin à la fin de l'histoire

**NC101 : Ouais**

MED7.101 : Fin pour décider comment traiter les patients, mais ... bah serait été encore un argument de pus encore un FAIT en plus

**NC102 : Donc vous pensez en tout cas que pour les patients ça serait été mieux par rapport à une chiffre de pouvoir voir les images et pouvoir les ...**

MED7.102 : Je dirais peut-être pas pour tous parce que ceux pour qui c'est clair + bah c'est ... dans le sens ... qu'on doit rien faire bah c'est clair

**NC103 : Ouais**

MED7.103 : Mais ceux qui sont plutôt dans la zone grise ... peut être que ça- que ça aide un petit peu

**NC104 : Okey, donc vous pensez que vous auriez fait confiance dans cet algorithme ?**

MED7.104 : Mhm la seule question c'est si je fais confiance à l'examinatrice ((rires)) mais à l'algorithme oui

**NC105 : Ouais à l'examinatrice vous disiez vous**

## Annexes Procalcitonine

MED7.105 : Ouais parce que je sais pas comme j'aurais fait ((rires)) [parce que là je pense que ...] que ça c'est une chose mais j'ai aucune idée parce que je fais pas d'échographie sinon

**NC106 : [Oui c'est vrais que ...] Mhm**

MED7.106 : Je pense que ça dépend beaucoup de l'examineur pour les pour les résultats de l'Ultrason alors ça je sais pas comment c'est

**NC107 : Vous pensez que c'est un inconvénient le fait que c'est beaucoup lié à l'examineur ?**

MED7.107 : Parce que c'est vraiment quelque chose de subjectif oui

**NC108 : C'est pas objectif comme un test**

MED7.108 : Comme un comme un ... résultat de laboratoire exactement

**NC109 : Ouais**

MED7.109 : Mais bon moi je pense que ça doit être un test relativement simple sinon on ferait pas comme ça + mais ça reste si ... si je suis fatiguée et puis que ... que je regarde pas bien ou j'en sais rien si le patient est obèse ou la la poitrine- alors ... ouais

**NC110 : Vous pensez que ça pourrait être une source de doute en vous ? Le fait que c'est vous qui devez faire le test ?**

MED7.110 : Bon il faudrait essayer

**NC111 : Okey et vous pensez- je vous fais la même question que je vous avais fait avant, vous pensez qu'Ultrapro pourrait faciliter les patients ... résistants ?**

MED7.111 : Peut-être oui mais là encore une fois c'est parce qu'on a un argument en plus on pourrait dire vous voyez ... j'entends rien, vous avez pas de fièvre, la crp est basse, la Procalcitonine est basse et puis on voit rien à l'Ultrason ... on saurait pas ce qu'on traite

**NC112 : Oui**

MED7.112 : Hein ... ou peut-être l'inverse le patient qui serait réticent à prendre des antibiotiques de dire voyez MÊME à l'Ultrason on voit qu'il y a quelque chose sur les poumons il faut le traiter + peut-être oui

**NC113 : Mhm**

MED7.113 : Mais pas parce que c'est un examen noir blanc mais parce que c'est ... une pièce en plus dans dans ce puzzle

**NC114 : Okey bon et la Procalcitonine vous l'aviez déjà testée avant l'étude ?**

MED7.114 : Non non

**NC115 : Okey donc c'était nouveau pour vous**

MED7.115 : Mhm

**NC116 : Okey et ... comment vous avez vécu le fait d'être inclus dans le groupe de la Procalcitonine ?**

MED7.116 : Normal (rire) ouais

**NC117 : Vous auriez aimé être dans le groupe Ultrapro ou ... ?**

MED7.117 : Alors serait été une plus grande challenge d'être dans le groupe Ultrapro ça c'est clair + mais + j- j'ai eu vraiment aucun problème dans le groupe Procalcitonine

**NC118 : Ça fonctionnait bien dans ce groupe**

MED7.118 : Ouais

**NC119 : Mhm + et vous pensez qu'Ultrapro pourrait avoir le potentiel de changer votre prise en charge par rapport aux infections respiratoires au cabinet ?**

MED7.119 : Alors ... ça dépend un peu de ce qui va montrer l'étude pour finir mais si on- si on voit que ... on fait des diagnostics plus précis plus pointus ... oui

**NC120 : Vous pensez pouvoir prendre en considération le fait d'implémenter=**

MED7.120 : Mhm oui si ... si on voit que vraiment ça permet de mieux traiter ... certains patients peut-être seulement certains sous-groupes donc ... pour ceux en bonne santé on peut ... probablement continuer de se fier à la clinique et puis après il y a les patients plus âgés ou bien des patients avec des comorbidités peut être que pour ceux-ci ... chez lesquels on est de toute façon un peu moins sûrs de ce qu'on fait, ça aide vraiment + ouais

**NC121 : Et avant vous m'avez dit tout au début que ... vous avez eu beaucoup de confiance dans le test aussi par le fait qu'il allait dans le même sens de votre [clinique] ++ si ... je vous demande de vous imaginer dans une situation où votre feeling vous dit par exemple « Ce patient nécessite vraiment un antibiotique » et ... la Procalcitonine elle donne un avis contraire + comment vous pensez réagir dans une situation comme ça ?**

MED7.121 : [Mhm] +++++ C'est difficile de savoir ce que je vais ... est-ce que je vais croire ++ peut-être que dans ce cas-là je dirais bah on essaie, mais je revois le patient pas dans deux jours mais déjà demain

**NC122 : Okey pour être un peu plus sûrs=**

MED7.122 : Pour être un peu plus sûrs exactement + ou peut-être que ... j'essaie de ... de voir si j'ai pas loupé ... un ... diagnostique différentiel je sais pas quoi peut-être une embolie pulmonaire qui peut être semblable avec la toux etcetera ... et je me demanderais tiens est-ce que est-ce qu'il y a pas vraiment quelque chose d'autre ? Et puis, pour finir si j'ai VRAIMENT l'impression qu'il faut un antibiotique je vais ... je sors des conseils de l'étude ++ mais ouais c'est difficile je pense que ça dépend aussi beaucoup de ... du patient etcetera et puis ... et puis souvent on réagit un peu comme ça par peur ou c'est juste chez les gens qui ont beaucoup de comorbidités on se dit bon okey dans ce cas-là je vais pas ... je vais pas RISQUER de louper [une infection] bactérienne

**NC123 : [Ouais] Okey ... et pour avoir le potentiel de changer votre prise en charge des ... des maladies respiratoires, vous pensez qui ça serait plus la Procalcitonine, plus l'Ultrason ou ... la combinaison des deux ? Quelle impression avez-vous ?**

MED7.123 : J'ai encore aucune impression parce que ... parce que j'ai pas essayé Ultrason + OUI je pense que c'est quand-même une méthode qui vas nous ouvrir de plus en plus de portes pour toute sorte de choses ... mais pour finir je sais- je peux p- je sais pas si c'est un ou l'autre ou les deux ensemble + je pense que de toute façon ... oui c'est toujours plus d'éléments, on peut non plus pas- fin je pourrais pas m'imaginer qu'on dit au patient mais pour les infections respiratoires « Allez juste faire un Ultrason sans que personne fasse une anamnèse ou un test plus clinique » ... je pense pas que c'est ... ou « On va faire la Procalcitonine en pharmacie puis après on sait si on doit prendre un antibiotique ou pas indépendamment de tout le reste » je pense ... que ça ça sera JAMAIS une bonne solution

**NC124 : Non c'est importante la partie clinique**

MED7.124 : Oui exactement

**NC125 : Et ++ vous conseillerez à vos collègues d'utiliser la Procalcitonine que c'est ce que vous avez testé ? C'est un test que recommanderiez-vous ?**

MED7.125 : Alors + au point de vue du ... de la faisabilité, je pense que c'est zéro problème + au point de vue de ce qui nous permet de ... de dire ou pas dire je sais pas encore

**NC126 : Mhm vous attendez les résultats ((rires))**

MED7.126 : Oui évidemment ((rires))

**NC127 : Okey et vous ... vous souhaitez continuer utiliser la Procalcitonine après l'étude?**

MED7.127 : Je dirais plutôt oui + j- je sais pas encore justement parce que si on se rend compte que + en fin de compte ça change pas grande chose, ça vaut pas la peine de faire un test qui coûte ... je sais pas combien mais en fait qui ... qui prend du temps, si on se rends compte qui OUI il aide à discriminer + alors oui

**NC128 : Vous pensez que l'aspect économique c'est important à considérer ?**

MED7.128 : Alors il y a l'aspect économique, il y a l'aspect du temps et puis et puis ... premier aspect c'est est-ce qu'on traite mieux les patients ou pas si on les traite mieux avec la Procalcitonine je pense que pour finir que ça coûte quatorze francs ou trente peu importe

**NC129 : Mhm ouais**

MED7.129 : Aussi l' antibiotique il coûte donc (rire)

**NC130 : Bien donc ... si j'ai bien compris pour conclure un peu, vous êtes plus ou moins positive par rapport à ce test, vous attendez les résultats de l'étude pour voir l'utilité et combien ça**

**change vraiment et donc si les résultats vont dans un sens positif vous irez prendre en considération ...**

MED7.130 : Mhm exactement oui + bon après avoir vu- justement cet aspect économique il est très important mais je pense aussi que si on montre que vraiment il sert à quelque chose ++ on pourrait l'utiliser comme *point-of-care* puisque c'est clair que si on doit envoyer le truc au laboratoire et puis qu'on a les résultats le lendemain ...

**NC131 : Ouais + vous m'avez dit que ... tous les patients ont accepté de participer à l'étude, vous pensez que ça pourrait avoir une influence le fait que ... vous exercez dans une grande ville ?**

MED7.131 : Alors ... je pense qu'il y a UN truc ((rire)) c'est que ... en Suisse allemande les gens ils sont contents si on leur dit qu'ils doivent pas avoir d'antibiotique beaucoup plus qu'en suisse romande + donc je pense qu'il y a une différence et je crois que ça, ça nous aide parce que si on dit au patient voyez on fait une étude pour- pour- éviter de donner des antibiotiques je pense que c'est ... relativement facile, et ça a pas tellement à avoir avec + peut-être aussi avec la ville mais je crois que ça a surtout à voir avec la culture

**NC132 : Avec la culture ?**

MED7.132 : Ouais ouais en fait je sais pas mais je- je connais aussi beaucoup de gens j'ai l'impression que + mes neveux et nièces ont reçus beaucoup plus d'antibiotiques que mes enfants et je crois que ça c'est vraiment une question de ...

**NC133 : Donc vous pensez que ça serait un petit peu plus difficile dans la suisse romande**

MED7.133 : Mhm je pense mais je n'en sais rien + la ville + alors peut-être qu'effectivement à la campagne les gens ils ont pas tellement ... le temps de se poser des questions + peut être les médecins non plus hein

**NC134 : Mhm**

MED7.134 : En ville on est quand-même un petit peu plus favorisé on peut se permettre de prendre un peu plus de temps pour les patients

**NC135 : Mhm oui ++ vous avez dit que c'est une question un peu de culture, vous pensez quelle est la différence ? Qu'est-ce qu'il y a ici dans la suisse allemande qu'il y a pas dans la Suisse romande**

MED7.135 : Je sais pas ... je sais pas pourquoi ça je peux pas vous dire + je suis même pas sûre que ça soit vraiment comme ça mais m- mon impression c'est que ... en Suisse allemande on est fiers si on a pas dû prendre des antibiotiques et puis en Suisse romande on est fiers si on est tellement malades qu'on doit les prendre ++ mais c'est- c'est vraiment une impression, c'est c'est un sentiment plus que ...

## Annexes Procalcitonine

**NC136 : Ouais ... et il y a une influence réciproque entre les patients et les médecins**

MED7.136 : Exactement ... on va ensemble

**NC137 : Okey bon moi je vous remercie beaucoup pour votre temps et votre disponibilité**

MED7.137 : Pas de problème

**NC138 : Vous avez des commentaires complémentaires ?**

MED7.138 : Non moi je crois que c'est tout bon

3.4.1. Journal de Bord MED7 – Procalcitonine – Nina Canova

17 septembre 2019

**Entretien**

Le troisième entretien a été fait avec une doctoresse qui travaille dans une grande ville allemande à 1 heure et demie de train à partir de Lausanne. En étant que le rendez-vous était fixé à 9 heures du matin, j'ai demandé à un ami qui vit plus proche de cette ville par rapport à moi si je pouvais dormir chez lui la nuit d'avance l'entretien. Du coup le matin je me suis réveillée et j'ai pris le train pour 30 minutes, après j'ai fait une promenade dans la ville tout au long du quartier où travaille la doctoresse. On s'est retrouvés dans son cabinet. Tout au début, elle m'a proposé un petit café, ce qui a permis d'échanger deux mots avant l'entretien et de relâcher la tension.

Cette doctoresse est dans le bras Procalcitonine. Même si elle a articulé un peu moins ses argumentations par rapport aux deux autres médecins et que des fois j'ai eu de la peine à diriger la conversation et à la faire avancer, l'entretien s'est bien déroulé en général. J'ai eu l'impression plusieurs fois qu'elle n'avait pas beaucoup de temps à disposition à consacrer à l'entretien. Par exemple, à un certain moment il y a eu une interruption de notre discussion parce qu'elle a dû répondre au téléphone et vers la fin elle articulait toujours moins ses propos. De toute façon, je crois que cette impression est due aussi au fait que les premiers deux entretiens étaient avec des médecins qui avaient vraiment beaucoup envie de parler et de partager leurs impressions sur cet outil. Je crois que ces expériences passées ont peut-être un peu augmenté mes attentes. De toute façon, l'entretien au final est duré 44 minutes et je pense qu'il y a des contenus intéressants à analyser.

Une fois l'entretien terminé, on a échangé deux mots et elle m'a dit qu'elle aussi parle italien.

**Mémos après l'entretien**

- Importance de l'examen clinique
- Prise de sang quand elle n'a pas le temps pour bien examiner le patient
- Même si elle s'est bien trouvée avec cette méthode, elle a continué tout au long de la recherche à utiliser encore ses anciens outils de diagnostique
- Elle dit devoir attendre les résultats de l'étude pour pouvoir s'exprimer concrètement et se positionner par rapport à ce test de laboratoire
- Elle a dit aussi que des fois elle laisse aller les patients à la maison avant le résultat du test, disant faire plus confiance à son avis clinique par rapport au résultat du test
- Elle a avancé une possible différence de représentation de l'antibiotique entre les suisses alémaniques et les suisses françaises
- Questionnaire pour le follow-up d'UltraPro : pas facile à comprendre pour une patiente, mais après elle s'est rendue compte que probablement elle avait de la peine à lire
- Radiographie : pas proche, donc pas beaucoup utilisée : se base plus de la clinique et des examens de laboratoire
- Pas sûre d'arriver à manipuler avec confiance l'Ultrason
- Temps et coût

### Transcription

En réécoutant la conversation, je me suis rendue compte que les dernière questions du canevas (partie de confiance dans l'outil pour Procalcitonine et après pour Ultrason) ont forcé la conversation. Cette doctoresse m'avait déjà dit qu'elle avait de la peine à se projeter dans l'utilisation d'Ultrason et dans le futur avec les résultats de l'étude pour la Procalcitonine. Donc, en les écoutant, j'ai trouvé es questions redondantes et j'aurais pu éviter de les poser à nouveau

Cette fois, le niveau de l'enregistrement était adéquat, j'ai réussi à bien positionner l'ordinateur proche de la doctoresse.

#### Mémos après la retranscription

- Ultrason et Ultrapro :
  - « On croit à ce qu'on voit »
    - Cela soit pour le médecin que comme argument pour rassurer les patients
  - Mais de la peine à se projeter
  - Très petit, moins compliqué que la radiographie
  - Ultrapro peut aider pour les patients dans la zone grise
- Pro et contre procap :
  - Aide à décider
  - Important de comprendre si c'est facturable ou non
  - Confiance mais parce qu'elle n'a jamais été surprise des résultats
  - Un élément de plus dans les cas où on n'est pas très surs
    - Elle a toujours trouvé une logique dans le résultat du test
  - Mais : elle utilise toujours la crp : elle attend le résultat de l'étude et la preuve que c'est un examen plus fin
  - Pour les patients : ils seront rassurés mais pas par la valeur d'un test sanguin, mais parce qu'ils voient que la doctoresse est rassuré par ce valeur. Il y a toujours un enjeu de relation et de confiance
- Face a l'étude :
  - Il répond à une question intéressante, très pratique, que les généralistes ont très souvent
  - Les patients pas satisfaits du temps qu'ils doivent y mettre : formulaires, follow-up, ...
- Restrictive par rapport à la prescription d'antibiotiques
  - Le sait par les discours des patients traités par d'autres médecins auparavant
  - Comparaison avec d'autres collègues
- Vision de l'antibiotique par le médecin
- Influences sur le niveau de prescription :
- Stratégies d'anti-prescription :
- Patients et antibiotiques
  - Il y a des patients qui arrivent en demandant un antibiotique : « Je viens parce que je veux un antibiotique »
    - Une minorité
  - Il y a des patients qui ne le veulent pas et qu'on doit convaincre de sa nécessité
- Stratégies de non-prescription :
  - Expliquer, éduquer les patients
  - Visites de suivi si on les voit craintifs : un pro du travail en cabinet
    - Cela même quand elle aussi n'est pas sûre
- La pratique pendant l'étude : une formule sanguine complète : crp et Procalcitonine
  - Mais des fois parce qu'elle faisait déjà la procalcitonine, autrement normalement elle n'aurait rien fait
- L'influence du patient sur niveau de prescription :
  - Les patients : exemple d'un patient qui fais des pneumonies à répétition
  - La relation qu'on a avec eux : ouverture à la discussion « lui vendre des trucs »

### 3.5. Transcription MED8

DGeis\_Homme\_Médecin généraliste\_Procalcitonine\_Ville\_55min55sec

**DA1 : Comment se passe habituellement le diagnostic et la prescription lors des infections respiratoires basses ? Donc avant l'étude**

MED8.1 : Emh ... comment ça se passait ... ça se passait bien. Mais donc ... dans le sens c'est des consultations ou ...

**DA2 : Oui plus ou moins comment ça fonctionnait la consultation**

MED8.2 : Avec les patients on fait l'anamnèse et voilà. On voit le patient on l'examine. À la fin souvent on se fait une idée si ... si le diagnostic qui a ... si l'absence d'infection bactérienne donne ... l'absence de donner des antibiotiques est claire à la fin de l'anamnèse et de l'examen clinique ... emh ... on s'arrête-là. Puis si c'est nécessaire on fait des examens complémentaires

**DA3 : Mhm**

MED8.3 : Une radio ou une prise de sang. Et puis des fois on hésite toujours ou alors on crainte un germatypique et puis on fait une frottis. Un nasopharyngé à la recherche d'un germe atypique ou bien d'une infection autre. Parce qu'on a vraiment envie d'avoir un diagnostic. Ou quand il y a des situations où on craint une coqueluche par exemple. Mais disons voilà en général les étapes sont les ... sont ces que je viens de décrire quoi. Le ... l'anamnèse et les examens cliniques ... des éventuels examens complémentaires et puis à la fin une prise de décision par rapport à si on prend des antibiotiques ou pas

**DA4 : Mhm**

MED8.4 : Et puis c'est donc ... ouais radio du thorax prise de sang ... avant UltraPro j'utilisais déjà des fois la Procalcitonine en fait

**DA5 : Okey ... et normalement dans quelles occasions ... situations vous demandez de faire des examens supplémentaires ?**

MED8.5 : Vraiment dans les cas où emh ... il y a un ... il y a des éléments qui laissent penser que ça prévient un truc comme une pneumonie

**DA6 : Mhm**

MED8.6 : Donc un patient qui tousse qui crache qui a de la peine à souffler qui a de la fièvre. Ou bien un patient qui évolue défavorablement alors qu'au début on pensait que c'était une simple bronchite

**DA7 : Mhm ... donc normalement c'est aussi important la vision qui vous avez du patient. S'il tousse etcetera**

MED8.7 : Oui. Oui oui. Non c'est vrai c'est crucial

**DA8 : Mhm**

MED8.8 : Le ... mais là l'algorithme UltraPro là où il était pratique c'est qu'il identifiait bien les cas pour lesquelles il fallait s'inquiéter. Emh ... mais en fait c'est des drapeaux rouges qu'on utilise déjà. Et puis dès qu'il y a un drapeau rouge donc ... un patient bon aussi ... un patient qui a de la peine à souffler qui a une auscultation anormale et qui a de la fièvre ... fin que ... si c'est tout frais selon quoi on attend un peu ... ça ne fait même pas 24 heures ... mais si ça ... ouais ... il y a aussi une ... il y aussi une part non emh... non ... qui on dit que c'est de l'ordre de l'intuition. Quand on désire d'aller plus loin parce que on a parfois l'impression qu'on a vu deux patients qui étaient semblables et une fois on a décidé de faire la radio et une fois pas ... et puis on arrive pas forcément à l'expliquer par des ... par des faits claires et nettes. Donc il y a ... il y a quand même une partie soit de ... liée à l'expérience ... soit de l'intuition ... soit ... peut-être c'est l'attitude du client je sais pas. J'espère pas (rires). Puis l'avantage d'UltraPro c'est que ... ça ... ça rend la procédure au moins hyper claire. Donc ça simplifie tout ça. Emh ... ça prend ... voilà l'algorithme qui permet de décider si oui ou non il est éligible. C'est très clair. Et puis ... honnêtement je pense que ça a un peu entaché ma manière de faire maintenant. Par rapport à ce que je faisais avant. Mais avant voilà il y a le guide d'antibiothérapie du CHUV qui est très clair

**DA9 : Mhm**

MED8.9 : Qui décrit un peu la même chose que ... que l'algorithme ... UltraPro voilà. Il parle de fièvre depuis 4 jours ... difficulté respiratoire ... respiration rapide ... état fébrile ... oui ça c'est toujours la fièvre depuis 4 jours ... mais des ... fin ces fameux drapeaux rouges qu'ils font que chez un patient qui tousse et qui crache on doit faire une radio du thorax et une prise de sang

**DA10 : Donc vous pensez que les guidelines qu'il y a sont assez important**

MED8.10 : Ouais en tout cas les guidelines sont claires. Et après en fait il faut savoir sorti des guidelines. S'il y a des patients qui sont plus fragiles mais qu'ils ont déjà fait une pneumonie avec peu des symptômes ... emh ... chez qui je vais plus facilement faire une radio ou que je ferais ... chez qui je ferais plus facilement une Procalcitonine.

**DA11 : Mhm ... Donc l'histoire du patient c'est important**

MED8.11 : L'histoire du patient est très importante oui. Bon on risque de répéter des erreurs qu'on a déjà ... non mais on peut imaginer un patient fragile chez lequel on doit mettre le ... on doit mettre le curseur un peu plus bas. On doit être ... l'indice de susceptibilité disons plus bas

**DA12 : Mhm. Et ça vous arrive parfois de donner des antibiotiques sans avoir fait des examens supplémentaires ?**

MED8.12 : Emh ... oui chez les patients qu'on met pas ce n'est pas de cas de pneumonie c'est de cas exacerbation de BPCO. Les patients qu'ont des BPCO et puis qui toussent et crachent plus avec de

la fièvre. Fin il y a des situations qui sont assez claires. Et puis chez les patients qui ont la ... ont déjà fait régulièrement des radios du thorax et puis finalement ne change pas la prise ne charge. Parce que si cliniquement il y a eu une exacerbation ... il y a indication à traiter avec des antibiotiques et avec la prednisone. Donc oui ... mais là c'est pas des situations ... c'est pas vraiment des pneumonies

**DA13 : Sont des cas un peu plus graves**

MED8.13 : C'est des cas plus graves. C'est des maladies pulmonaires chroniques

**DA14 : Mhm**

MED8.14 : Qui se ... que se sur infectent. Donc là c'est vraiment la clinique qui prime. Dans ces cas-là idéalement on devrait aussi faire une radio du thorax. On la fait pas forcément plus par ... paresse que par ... cru scientifique disons. Mais ... par paresse et puis par habitude. Ouais. Donc oui ça arrive de prescrire des antibiotiques sans faire des examens complémentaires. Oui. Et pour les cas de pneumonie ... là on parle de pneumonie. Oui

**DA15 : Okey ... on peut passer alors un peu plus à l'étude UltraPro. Quels sont vos motivations pour participer à cette étude ?**

MED8.15 : Emh bah ... le côté ... l'outil. Là j'ai trouvé l'idée pratique d'avoir l'outil qui donne une Procalcitonine dans les urgences. Bon après j'étais pas sûr de tomber dans ce bras-là. Et puis l'autre option qui était d'avoir l'Ultrason au cabinet j'ai trouvé sympa aussi. Emh ... et puis voilà si j'aurais été dans un bras contrôle ça m'aurais pas dérangé non-plus. Mais donc j'aime bien l'idée de participer aux études

**DA16 : Mhm ... donc c'est pas le premier étude au quel vous participez ?**

MED8.16 : Non non. C'est pas le premier. Ni le dernier je pense (rires)

**DA17 : Okey (rires). Donc c'est aussi un peu l'envie de ...**

MED8.17 : Oui oui l'envie d'aider les confrères qui font de la recherche clinique. Parce qu'en fait c'est des outils qui sont développés pour nous. Donc je crois c'est assez sympa à participer à cet effort. Ouais

**DA18 : Okey ... et avant cette étude aviez-vous déjà diminué ou pensiez-vous pouvoir diminuer vos prescriptions en matière d'antibiotiques ?**

MED8.18 : Bah ... je suis assez restrictif honnêtement. Je pense que je prescrive plus d'antibiotiques quand ... quand je suis des patients pénibles ou je suis fatigué. Mais je suis vraiment assez restrictif. Donc ... j'ai très peu tendance à prescrire des antibiotiques entre guillemets pour rien. Je crois que ça m'arrive un peu prêt jamais

**DA19 : Mhm. Et il y a des motivations particulières pour le quelle vous avez ce type de comportement ?**

MED8.19 : Bah oui ... enfin ... ce que vous parlez dans le ... dans le descriptif ... tous ce qui est augmentation de la résistance des antibiotiques ... le sur traitement ... mais à part ça au-delà de l'augmentation des résistances il y a les risques d'effets secondaires inutiles qu'on peut ... dont on peut faire souffrir nos patients

### **DA20 : Mhm**

MED8.20 : Mais souvent ... c'est vrai que c'est plus compliqué de ... d'argumenter. Bah c'est bateau-là mais ça prend du temps d'argumenter au prêt d'un patient qui tient absolument à son antibiotique. D'argumenter que c'est inutile. Surtout quand on est fatigué on peut imaginer qu'on a moins envie d'argumenter et on a plus facilement envie de retenir ... parce qu'il faut dire aussi qu'il y a une part d'interprétation quoi. Quand un patient lit son anamnèse on doit interpréter certaines choses. Puis quand on lit une radio du thorax on peut aussi interpréter certaines choses. Donc ... et puis quand on examine le patient aussi. Donc quelque part il y a quand même ... oui il y a des faits il y a ... on a l'impression ... il y a la fréquence cardiaque par exemple c'est ... c'est un donné assez dur on peut dire. C'est assez clair. C'est à mesurer. L'auscultation de râle ... la sensation de dyspnée qui peut présenter un patient. Ou même la présence d'un infiltrat à la radio ... c'est ... il y a une marge d'incertitude ! Et puis on peut plus ou moins pousser dans ... il y a des ... tout en étant ... les examens complémentaires qui devraient donner des réponses claires en fait ça reste sujet à interprétation

### **DA21 : Mhm**

MED8.21 : Et puis là où je voulais venir c'est que la manière dont on interprète le cas ... peut conduire à prescrire des antibiotiques ou ne pas en prescrire. Vraiment clairement. Pour tous ces cas qui sont à la marge. Ouais

### **DA22 : Et avant vous avez parlé des argumentations que lorsque vous êtes un peu fatigué c'est un peu plus difficile d'argumenter ...**

MED8.22 : Ouais ouais alors ... est-ce que ça peut arriver ? Mais pas tellement au cabinet mais plutôt aux urgences. Je travaille aussi aux urgences. Tomber sur des patients qui sont convaincu qu'ils ont besoin un antibiotique

### **DA23 : Mhm**

MED8.23 : Emh ... et alors il y a un peu des situations qui sont à la marge. Si on est fatigué on a peut-être moins envie de se battre contre ces patients qui au final ont peut-être raison. Emh ... et puis ... par contre pour les situations où clairement il y a pas besoin bah c'est bon ... pour moi s'est pas compliqué. Je continue de défendre l'abstention à traiter par antibiotique. Mais ... ouais il faut voir qu'il y a quand-même une pression qui peut être très fort de la part de certains patients. Bon au cabinet aussi en fait. Mais au cabinet on arrive ... on a peut-être plus de temps qu'aux urgences quoi. Pour

discuter avec les patients ... on a plus envie disons de les éduquer entre guillemets. Quand ils vont venir et puis savoir comment il s'est ... ou pas qu'ils sont mal habitués

**DA24 : Oui donc si je peux interpréter un petit peu ... c'est toujours le fait de connaître ou de ne pas connaître les patients qui vous donne la possibilité d'argumenter un peu plus**

MED8.24 : Oui ça c'est vrai. Mais dans un sens comme dans une autre. Un patient qui je connais très bien on pourrait avoir une présentation typique que je connais dans laquelle à priori il y aura besoin d'un antibiotique. Emh ... ouais. On peut avoir des schémas qui se répètent et puis qui font qu'on gagne du temps. On va beaucoup plus vite ... ces consultations vont plus vites. Mais qui nous laissent plus temps aussi pour la discussion. On connaît les gens ... on connaît leur état intérieur. On voit la dégradation. Voilà c'est ... c'est beaucoup plus simple que quand on a des patients qui on connaît pas. Mais bon au cabinet on peut aussi avoir des patients qui on connaît pas enfin

**DA25 : Oui oui**

MED8.25 : Quasiment il y a des patients que j'ai vu une fois il y a 4 ans qui vont revenir que pour une urgence. C'est comme si je le connaissais pas

**DA26 : Selon vous quelle est la motivation qui vous pousse un peu à résister à prescrire des antibiotiques ?**

MED8.26 : L'envie de bien faire. Il y a l'envie de bien faire ... donc de ... de bien exercer la médecine. Il y a aussi le ... le problème anthropique quoi qui fait que tous ces ((inaudible)) qui exigent leur antibiotique vont me tuer (rires). Et donc il faut pas céder. J'entends il faut vraiment réserver les antibiotiques aux cas où c'est vraiment nécessaire. Par manière assez égoïste aussi. J'entends fin ... voilà j'entends ... il y a un nombre de raisons qu'on laisse parce qu'il y a vraiment une catégorie d'âge qui était habituée à utiliser des antibiotiques

**DA27 : Mhm**

MED8.27 : Des antibiotiques faciles. Et par un nombre des raisons qu'ils participent au ... à la catastrophe annoncée de ... des résistances antibiotiques croissantes. Et cet aspect là ... donc l'envie de bien faire ... l'envie d'éviter d'augmenter la résistance ... emh ... mais je pense qu'il y a ouais ... sinon il y a les aspects médico-légaux. Parce que c'est plus facile quand-même ... emh ... l'aspect médico-légal ça sera lié ... si on a prescrit un antibiotique inutile et puis que le patient souffre d'un effet secondaire de l'antibiotique inutile ... ça va être difficile de nous défendre que dans le cas où c'était bien ... l'indication c'était bien posée. Ça c'est clairement un argument qui est en dehors de l'envie de bien faire et de la ... de la notion de vouloir limiter l'augmentation de la résistance. Et qui est aussi disons pas égoïste mais ... ouais qui est une sorte de manière de se défendre aussi face aux potentiels attaques. Sans être défensif mais ... ça c'est un argument que j'utilise avec les patients. Je parle pas de ... de l'éventuel procès ... mais je parle du risque de leur infliger des effets secondaires

qui sont toujours pas nécessaires. Mais si non on pourrait aussi décider que ... disons le problème c'est que si les médicaments étaient en libre-service ... si les antibiotiques étaient en libre-service ... ça serait ... c'est le cas aux États-Unis je crois la pénicilline ... il y a certains antibiotiques qui sont en libre-service

**DA28 : Okey**

MED8.28 : Mais ... je suis pas perçu que les patients les achèteraient comme ça. Je crois que quand même ils viennent nous les demander. Je crois quand-même ... emh ... qu'ils sont contents que ce soit prescrit par un médecin et puis que la responsabilité ne revient pas à eux. De temps en temps on tombe sur des patients qui ont commencé un antibiotique du coup on est très embêtés. On sait pas s'il faut l'arrêter ou poursuivre. Après ça dépend vraiment de cas en cas. Mais ... ça reste extrêmement rare. Pourtant je peux imaginer le nombre de mes patients qui a un reste d'antibiotique à la maison. Chez nous les prescriptions elles se font ... se font pas à l'unité. Il y a tout le temps de la perte. Sauf ... non non je vais dire qu'il y a de la perte

**DA29 : Mhm ... et avant vous avez parlé d'une génération qui a été habitué à avoir l'antibiotique presque pour tout. Comment vous pensez qu'ils ont vécu le changement vers une résistance du médecin à la prescription ?**

MED8.29 : Bah ils le prennent ... disons qu'ils ont l'impression qu'on les prend pas au sérieux. Clairement. Donc pas d'antibiotique « ils m'ont pas pris au sérieux ». ((inaudible)) « Je suis venu vous consulter et puis finalement je sors juste avec du Dafalgan ». Alors évidemment c'est réducteur ... évidemment la consultation ne se résume pas à la prescription. Et puis heureusement que c'est une minorité des patients qui voient les choses comme ça. Puis c'est ... voilà ... c'était ... c'était la majorité des consultations que se passaient comme ça. Ça serait pas viable comme outil maintenant. Ça reste extrêmement ... fin ça reste anecdotique. Mais ça existe ouais. Et puis ces patients bah ... je pense que quand-même il y a un petit peu de ... de battage médiatique. Ils ont lu quelque campagne ... fin ... emh ... l'opinion publique il est en train de changer quand-même avec les patients. Pas que par rapport à ... moi j'ai commencé en ... le stage c'est quand en 2005 ... je trouve ça a déjà pas mal changé. Emh ... et les patients sont prêts à entendre nos arguments en général

**DA30 : Mhm**

MED8.30 : Fin ... oui. Ils sont prêts à entendre nos arguments. Ça reste assez rare qu'ils partent fâchés parce qu'on a pas donné d'antibiotique. Ma foi si c'est le cas honnêtement ... je préfère qu'ils partent fâchés et puis que je suis resté droit dans mes bottes que l'inverse

**DA31 : Mhm oui.**

MED8.31 : Mais ... ouais après il faut voir. Les types des pressions qu'on peut avoir des patients c'est par exemple « je pars en vacances dans 3 jours et donc il faut que je sois en forme ». (Rires)

**DA32 : Okey (rires)**

MED8.32 : Ce qui a pas de sens. Ça a vraiment pas du sens. Ou trouver quelque chose pour que j'ai... moi ce que j'aime bien leur dire c'est que j'ai leur donné le médicament que j'ai réserve aux VIP. Parce qu'eux vraiment ils valent la peine et les autres pas de tout quoi. Les autres me sont égales ... mais la personne en face de moi vraiment c'est quelqu'un d'exceptionnel et que je veux mieux soigner que les autres (rires). Si on dit ça c'est tourner en déraison quoi. Ça marche des fois mais ça peut énerver. Ça ne marche pas toujours

**DA33 : Donc parfois ils ont des attentes de la visite médical comme « je dois tourner à la maison avec l'antibiotique »**

MED8.33 : Ouais ouais des fois ils viennent chercher l'antibiotique. Ils viennent en disons « il faut faire une radio et puis donner un antibiotique » ouais

**DA34 : Mhm**

MED8.34 : Mais c'est le tou-... en fait ce qui agace ... quand il y a agacement c'est ceux qui tentent à nous instrumentaliser. Tout le ... les démarches de la part du patient ou même les pharmaciens bien assurés ... qui tentent à nous instrumentaliser nous agacent. Par exemple une personne qui vient en disant « fait moi la radio et le ... en gros donné moi les antibiotiques » en gros ce personne-là nie notre diplôme de compétence et le trend intellectuelle qui supposerait une consultation. Mais voilà de nouveau c'est qu'une minorité. Non ça va je trouve encore. On arrive à discuter avec les patients. Par contre c'est sûr ... ça demande plus d'énergie. Donc c'est beaucoup plus simple de ... d'accéder à leur demande ... de prescrire un antibiotique ... ça prend 5 minutes

**DA35 : Plus d'énergie pour l'explication vous dites**

MED8.35 : Que par rapport à ... ouais prendre le temps d'expliquer et tout ça. Si le patient nous dit « non un fois j'ai reçu de la pénicilline et puis ça allait mieux déjà le lendemain » ... je prescrirais la pénicilline et puis il part 5 minutes après. Ça va plus vite. (rires)

**DA36 : Oui ... (rires)**

MED8.36 : C'est une gagne en temps

**DA37 : Et à votre avis un peu plus en lien avec les critères d'inclusion et d'exclusion ... quel type de patients devraient être inclus dans cette étude ?**

MED8.37 : Tous les patients qui toussaient

**DA38 : Mhm**

MED8.38 : Fin faire le screening. Mais après tous les patients qui entraient dans les ... dans les critères d'UltraPro. Moi j'ai essayé de tous les inclure dès que je pouvais. Au cabinet s'arrivait que je puisse pas les inclure parce que on manque d'assistantes médicales. Emh ... mais j'ai aucun patient qui a refusé. Oui j'ai peut-être forcé un petit peu la main ... (rires)

**DA39 : Okey ... donc vous pensez que les critères sont suffisants ?**

MED8.39 : Mais non moi je trouve ... non non c'était parfait ... c'était hyper simple. D'identifier des fois même moi j'identifiais dans l'agenda en voyant parce que le patient venait. Puis on préparait le terrain très tôt pour que ça puisse rouler

**DA40 : Donc il y a tout une préparation que se fait avant ...**

MED8.40 : Si je pouvais ouais ... ouais. Emh ... pour dire quand je l'ai pas fait ... mais ma femme avait tous les symptômes d'une pneumonie j'ai hésité la faire venir pour la faire entrer dans l'étude ... vraiment j'ai ((inaudible)) ... j'ai dit que c'était un peu bizarre. (rires)

**DA41 : Okey (rires)**

MED8.41 : Que finalement elle avait effectivement une pneumonie. Je pense parce que j'ai reçu le rapport du radio ce matin. Mais non donc ... le frein à inclure les patients c'était plus ... c'est plus le nombre des patients qui se présentent avec des critères d'inclusion. Mais si non ça allait bien

**DA42 : Okey**

MED8.42 : D'autres freins à part ça ... parce que l'outil en soi il est hyper clair. Un frein ... ce qui complique beaucoup c'est que ça prend du temps. Énormément de temps. Et puis quand on a une consultation chargée ... puis qu'on a voilà beaucoup de pain sur la planche ... c'est ... c'est pas évident de se dire qu'on va se rajouter 10 minutes ou une quarte d'heure de retard. À un retard qu'on a peut-être déjà. Donc ça c'est un gros frein. Quand on participe à ces études c'est une des grandes difficultés. Parce que sur le papier c'est facile. On a la ... la table ... le natel là ... alors inclure le patient c'est 10 secondes ... fin voir s'il a les critères d'inclusion ou pas ... mais ensuite faire tout le travail ... expliquer l'étude faire signer le papier ... lui faire la prise de sang le frottis ... le pneumo de crachat ... tout ça prend un temps énorme

**DA43 : Donc ça vous arrive parfois que vous n'avez pas le temps de décider d'inclure ou pas un patient.**

MED8.43 : Ça m'a pas arrivé ... non. Ça m'est arrivé quand j'étais aux urgences ... parce qu'au tout début en fait j'ai essayé d'inclure des patients que je voyais aux urgences qui étaient pas mes patients. Et puis après on avait discuté avec ... emh ... Noemie Boillat... et puis on s'est dit qu'il fallait arrêter. Parce que ça fausse un peu les statistiques. Puisqu'aux urgences je voyais des états ... j'avais énormément de la peine à les inclure parce que j'avais jamais le temps. Emh ... on s'est arrêté mais ... au cabinet j'ai toujours eu le temps de les inclure. On a pris le temps de les inclure quand il y avait les critères

**DA44 : Donc vous avez accordé un certain temps pour ça**

MED8.44 : Ouais. C'est juste que chaque fois il faut se dire « Bon mais tant pis je vais ... je serai encore un peu plus en retard » (rires).

**DA45 : Okey (rires)**

MED8.45 : Et ça ... vraiment ... mais bon j'en ai parlé puis je crois tout le monde se comporte différemment ... mais ça vraiment c'est ... c'est pas évident quand on est ... en tout cas ... voilà. Moi je suis un médecin traitant qui essaye d'être à l'heure. Ou si je suis en retard il faut que soit pour une bonne raison. Qui est l'urgence ... un téléphone d'urgence ... j'en sais rien. Emh ... où je vois parfois des patients qui vont mal et qui prennent un peu plus du temps. Mais c'est pas de tout mon but d'être systématiquement en retard

**DA46 : Mhm**

MED8.46 : Je trouve vraiment gênant parce que les patients font l'effort d'être à l'heure ... et puis moi aussi je fais l'effort d'être à l'heure. Maintenant les patients acceptent quand je suis en retard ... mais ... emh ... c'est ... c'est clair que c'est une des grosses difficultés pour participer à ces études

**DA47 : Mhm**

MED8.47 : C'est de ... et puis il faut être au ... et UltraPro fonctionne bien. Parce que j'ai des autres études où c'était ... presque insupportable. Où chaque fois que je devais me connecter au programme qui permettait d'accéder à l'étude ... emh demandait de changer de mot de passe par exemple

**DA48 : Okey oui**

MED8.48 : Et puis ... toute la fois changer de mots de passe ... on reçoit un mail pour ... parce que je devais mettre à jour le programme tous les mois ... ça c'est des freins ((inaudible)). Parce qu'un patient passe pour mettre à l'ordinateur à gérer des mots de passe ... c'est de trucs que ... ouais. Et puis il faut vraiment qui ce soit fait pour rouler et puis UltraPro était bien pensé pour rouler. Même si ... les 18 prélèvements ... emh ... s'a compliqué un peu quoi. Ça fait que pour l'assistante médicale qu'elle a aussi un programme tout d'un coup elle doit prendre 20 minutes avec un patient. Alors qu'elle les enchaine à la quarte d'heure. Donc là aussi c'est un aide travers ... pas que mon ... pas que mon planning. Aussi ce de l'assistante médicale. Donc voilà quoi. Je dis pas ça pour me plaindre. Je sais que c'est pas tellement possible de faire autrement. Mais ... ouais. Parler avec ... avec Loic ... Loic ?

**DA49 : Oui**

MED8.49 : L'hospitalier et puis Noemie aussi ... fin ... les deux sont au courant

**DA50 : Oui ... et pour quels types de patients avez-vous besoin d'outils diagnostics supplémentaires pour décider de votre prescription d'antibiotique ?**

MED8.50 : Bah là pour tous. Il y a de tout ... des jeunes des vieux des patients avec des maladies chroniques ou sains. Puis j'ai trouvé que l'algorithme est ... fin l'algorithme je sais pas. L'algorithme en fait s'a pas tellement modifié ma pratique. Ça m'a aidé à ... ouais mais ce que j'ai pas dit avant c'est que de participer aux études ... on apprend énormément

**DA51 : Mhm**

MED8.51 : C'est ça aussi l'aspect que j'ai beaucoup ... ce qu'on a dit ... une forme ...là ils nous ont ... là il y a eu tout une formation où on a parlé de tout diagnostic de pneumonie ... des épidémiologies et tout ça. Donc il y a tout un aspect formation que j'ai trouvée hyper intéressant. Emh ... au-delà de la participation est un effort. Et puis du coup ... ouais donc au-delà de l'algorithme et puis des critères pour rentrer qui eux me faisaient répéter ce que je savais déjà mais ... ils m'ont bien aidé je pense. Parce que ... j'ai mieux ... fin ... mieux intégré ces aspects-là. Emh ... l'outil Procalcitonine je trouve hyper bien

**DA52 : Okey**

MED8.52 : Ouais. Et puis j'ai vraiment trouvé utile. Et puis dans les deux sens. J'ai trouvé qu'il y a eu des patients à qui je pensais donner des antibiotiques. Alors ça c'était la ... le cadre de figure le plus fréquente je pense ouais. Je pensais leur en prescrire ... la Procalcitonine était négative et finalement j'ai relancé. Mais c'est arrivé dans l'autre sens aussi. Et ça je me n'attendais pas de tout alors. Je pensais pas mais c'est arrivé. Il y a des patients où au final on dit bon « je pense tout pas qu'il y aura besoin d'un antibiotique » ... je fais mes examens habituelle donc une radio et une prise de sang. Et puis la Procalcitonine était élevée. Ça s'est arrivé un ... je dis une ou deux fois ... mais en tout cas une fois. Ça m'a vraiment surpris. Et puis du coup ... c'est pas que la ... parce que moi je voyais ça que une étude qui allait vraiment aider à diminuer le ... l'utilisation des antibiotiques et puis peut être la résistance sur le très long-terme ... mais en fait c'est aussi la sécurité des patients de leur prise en charge que sont amélioré. Pas que par le moins d'antibiotique mais aussi par un antibiotique pour un cas où on pensait pas d'en donner

**DA53 : Oui oui**

MED8.53 : Voilà. Ça m'avait ... ça m'avait bien perturbé. J'ai trouvé ça ... ouais ... vraiment intéressant

**DA54: Et comment se passe la proposition au patient de l'utilisation du test de la Procalcitonine pour le diagnostic ?**

MED8.54 : Ouais ... ça il faudrait pas peut-être le dire. Mais ... expérience fait avec les études ... les patients des fois ils réfléchissent un peu trop ... il faut leur expliquer les choses de manière honnête mais je leur dis que c'est bien et qu'il faut participer

**DA55 : Mhm**

MED8.55 : C'était ça la question ?

**DA56 : Oui plus ou moins ... comment ça se passe ...**

MED8.56 : Non mais je leur explique. Non mais je leur explique. Je leur dis tous les points clés. Tous les mots clés. De voilà comment ça se passe une étude ... on fait des prélèvements. C'est ... ça sera

anonyme. Ils peuvent sortir de l'étude à tout moment. On va les rappeler après une semaine et après un mois. Ils doivent remplir un journal des symptômes. Puis est-ce qu'ils ont une adresse mail. Voilà il y a ... c'est anonyme mais on a quand-même leur coordonnée. Fin ça reste pour moi toujours mystérieux. Mais après je sais très bien. Les données sont traitées de manière anonyme ... mais les participants on peut quand-même les retrouver. Mais je leur explique tout ça ... disons assez vite. Et puis je leur dis qu'il faut signer là parce que c'est super et qu'ils seront ... qui vont permettre d'améliorer le ... la médecine et puis pour leur propre prise en charge ça sera ... ça sera très bien. Donc ... sont là à dire non mais en fait ils disent oui. (rires)

**DA57 : Et vous avez l'impression qu'ils acceptent ça ?**

MED8.57 : Oui

**DA58 : Oui ?**

MED8.58 : Ouais. Puis je les connaît bien. C'est le patient hab- ça ils ont l'habitude vu que j'ai déjà suivi des autres études. Et puis ... puis je crois à part ça que le message ... parce qu'il y a 5 ou 6 pages à lire ehn ... donc ça je leur dis de les lire à la maison. Parce que c'est pas possible en pratique si non

**DA59 : Mhm**

MED8.59 : Il y a même des patients qui ont pas prise leur lunettes de lecture ... d'autre qu'ont ... qui vont lire très lentement. Fin ... voilà quoi. Je leur fais signer le document et je leur dis de le lire tranquillement à la maison. Je leur ... répète bien que l'étude à tout moment peut s'arrêter. Et puis je le conforme à l'idée que ça va de tout façon pas ... il y aucun danger pour eux quoi

**DA60 : Mhm**

MED8.60 : Et puis du coup ça se passe bien. Mais ... je force un peu la main. Oui ... clairement. J'insiste quoi. Donc ... mais au même temps je ... c'est pas mal honnête. Je fais pas ça de manière mal honnête. Ouais mais expérience fait ... si on leur laisse trop le choix ... si on dit « est-ce que vous avez envie de participer à une étude qui je sais pas quoi ... est-ce que ça vous ... » mais les patients ça les ... ils disent non

**DA61 : Mhm ... donc c'est une stratégie qui vous avez ...**

MED8.61 : Ouais ... moi j'aurais dit plutôt « vous avez de la chance parce que je vais participer à une étude et puis je vais vous inclure sauf si vous ne voulez vraiment pas. En fait c'est absolument génial parce que ça aide à savoir quand il faut donner des antibiotiques ou pas »

**DA62 : Mhm**

MED8.62 : Je présente un peu comme ça. Et puis ils disent « ah oui super » et puis ils signent. (rires). Désolé ehn ... peut-être que cela il faudra le couper (rires)

**DA63 : (rires) Non non ...**

MED8.63 : Non mais ... je suis honnête c'est clair. Je pousse un peu parce que le ... si on laisse trop le choix ... bah des gens disent « non ça m'en merde ça me prend du temps je fait pas ça ». Et puis ... donc ... je laisse le choix mais je pousse. Oui

**DA64 : Okey ... alors maintenant on peut passer à la partie de la Procalcitonine. Voyez-vous des barrières à l'utilisation dans votre pratique du test pro-calcitonine ?**

MED8.64 : Non

**DA65 : Aucune**

MED8.65 : Aucune

**DA66 : Okey**

MED8.66 : Le temps ... bah non puisque c'était hyper rapide. Au contraire c'est génial. Donc si on a besoins d'un examen complémentaire ... bien sûr si c'est évident qu'il faut des antibiotiques bah je vais pas la faire. Ou si c'est évident je ferais quand-même une radio et puis s'il y a quelque chose qui m'inquiète ... emh ... je vais pas forcément la faire. Mais ... non je vois pas des barrières. C'est tellement vite fait. Là avec ce test rapide c'est vraiment bien

**DA67 : Okey ... et pour l'examen de Procalcitonine faites-vous confiance au résultat et à la proposition de prise en charge qui en découle ?**

MED8.67 : Oui. Je pense que c'est même pas arrivé une seule fois d'aller contre ... peut-être que je me trompe ... d'aller contre le résultat. Je pense que c'est une peu mal honnête de faire le test ... non mais c'est pas vrai on avait le droit. Puis imagine une situation où il y a quelque chose à la radio ou à la prise de sang ... qui est pas corrélé à la Procalcitonine ... mais j'ai pas le souvenir de ce cadre de figure. Mais là on aurait pu imaginer que je désobéis entre guillemets. Ouais. S'il y a à la radio une image qui fait vraiment penser à une pneumonie ... il y a le patient qui n'est pas bien ... emh ... j'ai pas ça dans le classeur mais je me souvient pas ... je crois pas que j'ai désobéis entre guillemets au résultat de la Procalcitonine. Mais je peux imaginer le cadre de figure où je le ferais

**DA68 : Mhm ... Donc lorsqu'il y a des images sur la radio**

MED8.68 : Ouais. S'il y a vraiment comment on dit un désaccord ... fin une discrédance entre la clinique et puis les autres trouvailles et la Procalcitonine. Je pense que quand-même que je traiterais le pire que mon ((inaudible)). Les patients rentrent à la maison quand-même. Ils sont pas à l'hôpital dans une lit. On va pas les suivre tous les deux heures. Suivant quoi je préfère être prudent quand-même. Mais ça ne m'est pas arrivé. Sauf erreur

**DA69 : Mais donc vous avez parlé de la possibilité de ne suivre pas les recommandations de la Procalcitonine lorsqu'elle vous dit de ne pas donner un antibiotique. Mais le contraire ? Lorsqu'elle dit de donner un antibiotique ?**

MED8.69 : Alors si elle dit donner un antibiotique là c'est sûr que je vais la suivre. C'est l'idée de ne pas donner un antibiotique ... emh ... imaginons mais ça m'est pas arrivé que tous les autres signaux soient de ... donnent l'envie de donner un antibiotique ... je pense que j'aurais beaucoup de peine à pas le donner

**DA70 : Mhm**

MED8.70 : Emh ... mais j'ai pas eu ce type de cadre de figure. Emh ... mais j'entends moi quand je dis les autres signaux c'est vraiment une radio du thorax avec un infiltra clair ... une auscultation qui vas avec et puis disons une prise de sang avec une grosse inflammation

**DA71 : Mhm**

MED8.71 : Vraiment un cadre comme ça ... chez un patient qui ne se sent pas bien et qui a de la peine à souffler et tout. Mais peut-être qu'en fait ce type de cas par définition il aurait une Procalcitonine élevée. Donc ça m'est jamais arrivé dans un cas comme ça d'avoir une Procalcitonine basse. Et peut-être que ... voilà dans la réalité ça n'arrive jamais. C'est forcément bactérien et puis il faut des antibiotiques

**DA72 : Mhm ... et continuerez-vous en parallèle à utiliser d'autres outils de diagnostic ? Pourquoi ?**

MED8.72 : Oui. La radio je pense que ça reste nécessaire. Pourquoi ? Parce qu'on voit d'autres choses à la radio. On voit les abcès. On voit ... on voit les ... en général des poumons ... fin l'état pulmonaire. Fin bref il y a plein d'autres renseignements à la radio des poumons ... du thorax qu'UltraPro. Fin la Procalcitonine nous donne pas de tout. Emh ... surtout la radio ... je pourrais très bien imaginer d'arrêter des prises de sangs donc pour voir les globules blancs et la CRP le ... le marqueur de l'inflammation. Arrêter ça ... faire la Procalcitonine uniquement. Mais la radio j'arrêtera pas.

**DA73 : Et il y aurait quelque chose qui vous donnerait un peu plus confiance dans les résultats de la Procalcitonine et vous donnerait donc l'occasion aussi d'arrêter la radio ?**

MED8.73 : Emh ... c'est une bonne question. Faire que la Procalcitonine et pas la radio

**DA74 : Mhm**

MED8.74 : Une étude ... il faudrait une étude qui montre que ... qu'on prend pas des risques en faisant ça. Et puis je peux imaginer que ça sera le cas qu'on prend pas des risques. Si est comme ça oui. Puis si c'est bien prouvé il y aura pas des soucis ouais

**DA75 : Okey ... donc des études**

MED8.75 : Peut-être que mes ... ouais ouais ... peut-être que mes craintes sont infondées. Mais souvent ce qu'on entend à la radio du thorax ... emh à l'auscultation des poumons ... souvent ce qu'on entend à l'auscultation on aime bien avoir la radio pour savoir si ça correspond à quelque chose ou pas. Et puis la Procalcitonine elle ne répond pas à cette question-là. Elle ne va pas nous dire si le bruit

bizarre à la base droit en fait c'est rien ou bien ... bah c'est des bruits bizarres parce que on fait on auscultait le tub- on auscultait le tube digestif parce qu'il y a une paralysie diaphragmatique ou bien ... c'est ... c'est pas de réel pneumonie mais il y a une insuffisance cardiaque. Parce que à la radio on voit les insuffisances cardiaques aussi. On voit vraiment un grand nombre des choses à la radio. Emh ... et puis je vois ... je vois pas comment la Procalcitonine pourrait remplacer tout ça mais peut-être que oui. Peut-être qu'il y aura une bonne étude à ... plutôt au CHUV-là. Que montrera que clairement on peut remplacer tous les examens complémentaires par la Procalcitonine. C'est bien ce qui vont montrer. Et puis vont montrer tous les coûts de la ... des examens complémentaires qu'on aura économisés en faisant que la Procalcitonine. Ça me n'étonnerait pas complètement. Et à ce moment-là s'ils le prouvent et puis que c'est ... que c'est sûr que c'est pas dangereux pour les patients. Et puis qu'on arrive à dire qu'en fait la plus-value que j'imagine ... disons la radio dont je vous ai parlé avant ... qu'en fait c'est une solut que je value c'est juste pour répondre à une curiosité de la clinicienne mais que ... curiosité de... répondre à sa curiosité qui elle en soit ne va rien à changer à la prise en charge du patient. Si ça montre ça ... bah ça m'intéresse

**DA76 : Okey ... et si lors des visites de suivi vous prescrivez des antibiotiques ... pour quels motifs ?**

MED8.76 : Chez un patient à qui j'aurais pas prescrit un antibiotique à la base ... est-ce que ça m'a arrivé ? ... Ça a dû m'arriver une fois. Et bah ... emh ... bah soit la demande insistante du patient ... mais oui je crois que ça m'a arrivé une fois. J'ai un patient ... soit parce que ... ouais en fait le cas auquel je pense c'était la demande du patient mais avec raison. Mon assistant du pati- la patiente qui disait « oui mais écoutez ... ça vas pas mieux ça vas même moins bien » puis je l'examinait et puis ... mais là c'était parement ... c'était pas une pneumonie c'était vraiment une ... c'était une exacerbation BPCO comme on dit. C'est une maladie qui s'infecte facilement. Je crois même que j'ai eu un cas comme ça

**DA77 : Okey**

MED8.77 : Ouais. Après-coup je me suis dit « okey bon on est pas dans le ... on est plus dans l'algorithme pneumonie et tout ça mais vraiment exacerbation infectieuse et puis là le ... je sais pas si la Procalcitonine s'applique en fait pour ce cadre de figure. Ça serait intéressant de le savoir. Mais ... oui je vois que ça

**DA78 : Est-ce que vous proposeriez des examens supplémentaires pour éviter des prescriptions lors des visites de suivi ?**

MED8.78 : Emh ... plutôt ... fin je sais pas. En tout cas l'exemple que je pense ... je crois que j'avais rien fait de plus. Mais l'histoire c'est que ça sert rien à faire des examens s'ils vont pas modifier notre décision. Et puis là c'était un peu le cas. Et puis c'est de tout évidence ... ouais ... et puis du reste c'est

un patient avec un cas qui ensuite était beaucoup mieux. Fin c'était l'avenir ... l'évolution a donné raison à l'attitude de prescrire des antibiotiques. Oui. Mais c'est vrai que ... ouais une fois que ... ça revient un peu à ce que je disais au début mais ... si cliniquement c'est évident qu'il faut des antibiotiques ... et que les examens complémentaires sont ... si les examens complémentaires vont pas modifier la prise en- la décision de donner des antibiotiques je pense qu'il faut pas les faire. Mais ... bien sûr que l'étude UltraPro est là justement pour nous pousser à faire la procalcitonine et puis surtout ne pas donner des antibiotiques quand elle est normale. Ça j'ai bien compris. Et puis le reste les cas pour lesquelles on est certains de donner des antibiotiques à la fin de la consultation ... ça reste assez rare. C'est pas la majorité des patients. De loin pas quoi. Fin là je pensais à l'étude je viens à en inclure 15 ou 16 ... c'est arrivé une fois

**DA79 : Oui ... et avant vous avez parlé de certains cas dont vous avez utilisé la Procalcitonine et vous a fait changer d'avis**

MED8.79 : Ouais

**DA80 : Ça vous est arrivé souvent ?**

MED8.80 : Ça en mémoire ça m'est arrivé une fois. Et puis je me souviens pas le cas

**DA81 : Oui c'est pas**

MED8.81 : C'est pas grave mais j'ai mon classeur je peux regarder

**DA82 : Non non c'est pas grave**

MED8.82 : Non ? Parce que ... oui oui c'était vraiment la surprise totale. Je ne l'attendais pas du tout

**DA83 : La surprise au contraire**

MED8.83 : Surprise au contraire. Ça m'a ... je disais un peu chamboulé. Ouais. C'était ... c'était assez désagréable comme sentiment. Mais j'étais du coup hyper reconnaissant de cette étude. Je me suis dit « mais c'est génial »

**DA84 : Mhm**

MED8.84 : Et puis ... ouais. Je m'attendais pas de tout quoi. Pourtant oui ... bah voilà c'était quelqu'un qui avait des critères importants dans l'étude pour le screening. Ensuite ... les critères d'inclusion fin ... je me souviens plus du cas en détail mais je m'attendais pas de tout de tomber sur une Procalcitonine positive

**DA85 : Mhm**

MED8.85 : Ouais

**DA86 : Et aussi le contraire c'est déjà arrivé ?**

MED8.86 : Et le contraire c'est arrivé. Ouais. Des patients ... alors ça s'est arrivé vraiment plus d'une fois. Des patients chez qui intuitivement j'aurais donné des antibiotiques et qu'une radio peut-être un peu douteuse ... pas tout à fait claire ... une clinique disons de pneumonie avec un radio un peu

douteuse et puis qu'au final avait une Procalcitonine négative. Alors s'a m'est arrivé vraiment plusieurs fois que je ... probablement ... que normalement j'aurais donné des antibiotiques. Et puis grâce à l'étude je n'en ai pas donné. Je dis plusieurs fois ... trois fois peut-être. Et puis des cas où ça m'a ... où ça m'a rien ... en fait si je peux ... parce que dans le ... l'étude montre chaque fois est-ce que s'a modifié l'attitude si on avait suivi ... si vous avez suivi la recommandation ... fin est-ce que ça vous a aidé beaucoup ou pas de tout. Fin je sais plus comment c'est dit. Et puis ... expliquer pourquoi si on a pas suivi la recommandation. Je trouve toujours difficile de se positionner parce qu'en fait on se positionne après

### **DA87 : Mhm**

MED8.87 : Et puis là je me dis que c'est un peu dommage. Il aurait fallu dans l'étude qui nous demande de nous se positionner avant. Parce que c'est un peu ... après on est toujours plus intelligent. Puis moi j'ai toujours ... j'avais toujours de la peine à répondre à cette question. Je me disais mais ... ouais ... s'a ... probablement un peu ... donc je pense c'est très ... ça reste une minorité de cas où mon attitude a été diamétralement opposé suite aux résultats de la Procalcitonine. Ça reste une minorité. Mais s'a toujours un peu ... elle m'a toujours un peu aidé. Parce qu'elle appuyait dans le bon sens. Puis les fois où elle a appuyé dans l'autre sens ... bah s'a aidé énormément. Parce que ça m'a permis d'éviter ... je ... c'est difficile de répondre à cette question de l'influence de la Procalcitonine sur l'idée qu'on se fait du cas. Il aurait fallu pouvoir donner une ... un prêt diagnostic et puis une prêt attitude. Pouvoir ensuite ... bah voir en fait ce qui donne la Procalcitonine et puis voir ce qu'on a fait. Pour devenir beaucoup plus honnêtes. Mais ... ouais

### **DA88 : Oui ... Et comment vivez-vous le fait que le choix de traitement en fait soit fait par un test résultat de la Procalcitonine dans ce cas ?**

MED8.88 : Bah ... Je sais pas. Est-ce que je fais confiance à la machine ? Je sais pas dire. La fois où j'ai donné des antibiotiques finalement ça me dérangeais pas ... ça me dérangeais pas complètement. Puis rétrospectivement on trouve des raisons de justifier aussi cliniquement. Donc oui effectivement il faut donner des antibiotiques. Mais le ... c'est vrai que de déléguer le poids décisionnel à la machine ça a un côté très désagréable

### **DA89 : Mhm**

MED8.89 : Emh ... au même temps j'ai apparemment l'impression de léguer son pouvoir- le pouvoir décisionnel. Je ... je vois plus ça comme un ajout. La grande question c'est toujours ... pourquoi on rentre dans un algorithme et qu'est-ce qui fait qu'on rentre dedans. Parce qu'on peut aussi décider que ... ouais il y a une toux mais il y a aussi une sinusite. Bah la sinusite ... il faut donner l'antibiotique. Et puis ... et puis ... on peut faire ou ne pas faire un ... entrer le patient dans l'étude UltraPro mais en

fait on peut argumenter par d'autres manières de tourner qu'il faut donner des antibiotiques ou bien qu'il n'en faut pas. Fin le ... ça peut aller dans les deux sens

### **DA90 : Mhm**

MED8.90 : On peut se ... s'attacher à une autre plainte et puis partir sur un autre problème. Je ... j'ai cité la sinusite parce que c'est assez classique. Les patients qui ont le rhume dans la ... dans leur facial qui toussent qui crachent ... est-ce qu'on va soigner les problèmes respiratoires basses ou bien ... déjà de tout façon au niveau ORL il y a des raisons de donner des antibiotiques

### **DA91 : Oui oui**

MED8.91 : Et puis des fois déjà au niveau ORL il y a des raisons de donner des antibiotiques donc ... emh ... à la limite on réfléchit pas plus que ça. Et puis du coup on décide de pas faire entrer le patient à l'algorithme. La machine décide pas tout. Mais ... est-ce que c'est désagréable ? Ouais je trouve plutôt agréable dans le fait de pouvoir dire à un patient « voyez ... on a pu donner des antibiotiques ou pas. On a un outil diagnostique performant. On est vraiment 50 50 et puis l'outil performant il dit qu'en fait non il n'y a pas besoin ». Emh ... je trouve que c'est ... c'est bizarre. Ça rejoint un peu ce que je dis des fois aux patients. Ils vont faire plus confiance au témoignage d'un ami ou bien à ce qu'ils ont lu sur internet qu'au médecin diplômé qui est un spécialiste et puis d'expérience en face d'eux. Puis ils nous mettent ça ... de fois ils nous opposent ça en contradiction à ce qu'on leur dit. Et bah ... bizarrement pour nous c'est plus facile de justifier notre attitude en rebondissent à un résultat du laboratoire

### **DA92 : Mhm**

MED8.92 : Ouais il y a un ... c'est effectivement désagréable parce que finalement il faut des ... il faut une sorte de technologie qui ... qui nous argumente un peu pour que le patient nous croie. Mais à part ça j'ai trouvé pratique d'utiliser cette technologie justement pour argumenter l'absence ... fin l'abstention de l'antibiothérapie. Disons l'autre sens quand le ... la technologie nous pousse à donner un antibiotique alors qu'on pensait pas en donner ... bah quelque part ... ça reste un ajout pour moi. Ça fait pas tout. Le patient va pouvoir se soigner en venant au cabinet faire une Procalcitonine et puis partir avec une ordonnance sans consultation. Ça marche quand-même pas. Donc ça reste un ajout ... emh ... à la démarche clinique. Et puis c'est un ajout qui des fois fait diamétralement modifier l'attitude. Le problème c'est que c'est une attitude qui c'est complètement binaire. C'est comme quand on décide de faire un scanner ou de ne pas le faire. Emh ... on va des fois faire déposer d'intérêt ... finir par faire un scanner qui va avoir sur lui des conséquences énormes. Puis après on va se dire « mais tien si on l'avait pas fait on aurait pas découvert tout ça ! ». Mais on sait pas ce qui ça serait passé si on l'avait pas fait

### **DA93 : Mhm oui oui**

MED8.93 : Bah c'est un peu la même chose quoi. Ça reste quand-même un être humain qui prend la décision de faire le test et puis d'appliquer ou non ce qu'il y a écrit sur le test. Donc ça va. J'ai pas l'impression de perdre le pouvoir. Si c'est ça la question

**DA94 : Et donc si j'ai bien compris aussi l'utilisation de la Procalcitonine ça vous aide à avoir des arguments en plus pour les personnes qui veulent un antibiotique.**

MED8.94 : Ah oui c'est clair. C'est triste. Je vous ai parlé avec l'histoire d'internet avec le fait que voilà on est censé être une personne de confiance. C'est triste de fois de ... de devoir se cacher derrière ces technologies pour que les arguments convainquent les patients. C'est triste de ne pas suffire à soi-même. Mais c'est ... c'est pratique. C'est pratique parce que c'est voilà ... c'est factuel. Il y a un résultat ... le résultat il dit non pas d'antibiotique et c'est pas d'antibiotique

**DA95 : C'est difficile à aller contre ces résultats**

MED8.95 : Ah non là c'est ... ça devient un truc ... c'est inattaquable

**DA96 : Okey oui. Maintenant on peut passer un peu plus à la partie d'UltraPro dont vous ne faites pas partie. Mais comment vous-auriez vécu le fait que le choix de traitement vous soit proposé par un algorithme qui intègre le résultat d'un test de laboratoire ... donc la Procalcitonine ... et la radiologie comme pour UltraPro?**

MED8.96 : Emh ... j'ai pas compris ... est-ce que j'aurais ...

**DA97 : Oui en fait si vous accepteriez ou pas le fait qu'une Ultrason et la Procalcitonine vous donne le résultat donner ou pas donner l'antibiotique**

MED8.97 : Sans faire une démarche clinique ?

**DA98 : Mhm**

MED8.98 : Qu'on a que l'Ultrason ou que la Procalcitonine ?

**DA99 : Fin ... la chose comme d'habitude mais utiliser aussi l'Ultrason et la Procalcitonine pour prescrire ou pas prescrire l'antibiotique**

MED8.99 : Comment est-ce que je vivrais ça ...

**DA100 : Mhm**

MED8.100 : Emh ... ah mais après on aurait pas le choix

**DA101 : Mhm**

MED8.101 : ça serait ...

**DA102 : Je pense que c'est toujours le choix du médecin mais ...**

MED8.102 : Oui oui ... mais emh ... c'est quoi la différence par rapport à la question d'avant ? C'est ça que je ne comprends

**DA103 : Parce qu'en fait avant c'était que pour la Procalcitonine et pas pour l'Ultrason**

MED8.103 : Ah Ultrason. Bon l'Ultrason de ... des collègues qui l'ont fait c'est très chronophage

**DA104 : C'est-à-dire ?**

MED8.104 : Ouais que ça prend un temps de fou. Alors c'est vrai que ... avec les patients au quart d'heures ... avec un Ultrason à chercher où il y a des ... où il y a un peu d'œdème qui puis correspondent à un foyer pulmonaire. Mais ... à part ça donc utiliser ... vous êtes en train de me demander si je préférerais l'Ultrason à la Procalcitonine ou bien ?

**DA105 : Non en fait parce que le troisième bras dans la recherche c'est Ultrason et Procalcitonine ensemble. Et donc si vous auriez soit**

MED8.105 : Aaah mais alors il faut ... il faut l'Ultrason puis s'il est ((inaudible)) il faut la Procalcitonine

**DA106 : Plutôt le contraire. La Procalcitonine et si elle est positive l'Ultrason je pense**

MED8.106 : Ah ... c'est vrai on m'avait dit ça ... c'est juste. Et puis est-ce que moi j'aurais préféré ça ?

**DA107 : Fin comment vous auriez vécu le fait que le résultat arrive d'un test ... d'un algorithme. Parce qu'en fait il va mettre ensemble l'Ultrason et la Procalcitonie et vous donne le résultat**

MED8.107 : Ah j'ai compris. Okey. Ouais ouais. Et puis ils nous avaient expliqué ça. Mais ça date et puis je me souviens plus. Ouais ... bah en fait comment est-ce que j'aurais vécu ça ... bah c'est vrai que ça fait un peu ... abracadabra. Ça va être peut-être un peu magique

**DA108 : Mhm**

MED8.108 : Une sorte de boîte noire et puis on comprend pas comment elle réfléchit et puis nous donne un ... elle nous donne une attitude. J'aurais très mal vécu. (rires)

**DA109 : Okey ... donc si dans une future vous auriez l'occasion ... fin si c'est obligatoire entre guillemets d'utiliser un outil comme ça vous auriez un peu de la peine**

MED8.109 : Oui je pense. Ouais parce que donc j'imagine ... c'est quoi ils font des mesures à différentes endroits et puis le ... il y a un algorithme qui dit en fonction de qui vont trouver à l'Ultrason et puis du résultat de la Procalcitonine est-ce qu'il faut donner des antibiotiques ou pas. Ouais là ... je trouve que quand on ... on est dans la situation où on perd complètement la maîtrise ... j'aime pas trop

**DA110 : Mhm**

MED8.110 : Ouais. Donc ma perception ça serait ça. On sait pas ce qui se cache derrière et puis ... parce que on a des algorithmes et des scores ... mais c'est très ... c'est transparent. Absolument. C'est voilà à partir de ... puis on imagine bien ... on arrive ... on réalise bien ce qui se cache derrière. Emh ... mais là on ... je peux ... bah je sais pas mais l'Ultrason on sait pas trop ce qui va mesurer ... ce qui va ... ce qui va retenir comme étant de l'ordre du relevant ou pas. Bah ça me paraît bizarre. Il fallait comprendre en tout cas comment exclure ... ou bien comment c'est calculé là derrière. L'algorithme qui est ... qui sous-entend le ... qui permet d'arriver au résultat

**DA111 : Mhm ... donc c'est difficile d'imaginer mais au même temps c'est ... c'est une chose magique qui vous ...**

MED8.111 : Non comme ça de premier abord ça me paraît ... ça me paraît pas très heureux comme idée. Mais si on m'explique bien comment ça fonctionne peut-être que je dirais « bah oui c'est intelligent et puis c'est ... c'est judicieux ».

**DA112 : Oui ... et vous avant vous avez dit que la Procalcitonine aide aussi les patients un peu plus résistants à donner des explications en plus. Vous pensez qu'un outil comme ça ... l'Ultrason et la Procalcitonine ensemble peuvent être aussi un autre type d'outil pour les personnes résistants ?**

MED8.112 : Oui alors clairement. Oui oui. Oui parce que les patients sont ... fin je peux pas faire des généralités ... il y a quand-même une partie des patients qui sont sensibles aux technologies disons. Des patients que ... que s'améliore la prise en charge si on il a un peu des outils comme ça. Mais on pourrait aussi nous servir une chaine Ultrason. Un ((inaudible)) ... un full Ultrason quoi qui peut-être qu'on arriverait aussi nous à accepter l'idée qu'il y a pas besoin d'antibiotique

**DA113 : Oui oui ... okey ... alors on peut passer à la dernière partie. Comme avez-vous vécu le fait de participer à la recherche en faisant partie du groupe Procalcitonine ?**

MED8.113 : Ah c'était parfait. Si je pouvais choisir j'aurais pris ça

**DA114 : Okey ... pour quelles raisons ?**

MED8.114 : Bah parce que je trouvais ... j'aime bien l'idée de la Procalcitonine en version rapide. Et puis ... ouais fin sa m'allait bien quoi. Le bras Ultrason j'aurais trouvé marrant en manière de l'Ultrason. Mais ... mais je crois que j'aurais pas aimé tout le temps qui fallait passer pour faire cet Ultrason. Alors il paraît qu'une fois qu'on a l'habitude ça va vite mais ... mais ... ouais. Non je ... j'ai bien aimé. Puis on a été inclus avec les assistantes médicales donc là ... puis elles aimaient bien aussi de participer à cette recherche. Ça change ... ça sort du quotidienne. Mais en soit la Procalcitonine ouais ... j'ai trouvé que c'était un ... j'aime bien l'idée quoi. Je trouve le test ... comme ça un examen ... un résultat je trouve ça hyper bien. C'est vraiment pratique

**DA115 : Donc vous pensez que l'utilisation en total de l'Ultrason et de la Procalcitonine ensemble pourrait vous donner la possibilité d'améliorer votre pratique ?**

MED8.115 : Mais oui peut-être bien. Après je sais pas si vous voulez ... si quand ils montreront les résultats si c'est plus puissant d'utiliser Ultrason et Procalcitonie ou Procalcitonine seule. S'il faut utiliser les deux bah pour avoir le meilleur résultat je le ferais. Mais s'il y aura pas besoins je trouverais plus simple. (rires)

**DA116 : Donc vous préféreriez utiliser la Procalcitonine**

MED8.116 : Ouais. Seule. Ouais ouais.

**DA117 : C'est parce que vous voyez plus des choses positives c'est ça ?**

MED8.117 : Ouais bah je trouve ... oui. C'est ... je me rappelle mais je trouve plus pratique et ça a une utilisation sans interprétation sans ... fin il y a pas de marge pour ... il y a pas de discussion quoi. C'est clair et précis

**DA118 : Mhm ... oui oui. Et recommanderiez-vous à vos collègues généralistes l'utilisation de le test de la procalcitonine?**

MED8.118 : Oui. Ouais. J'ai essayé mais j'ai eu de la peine à les faire adhérer. Donc clair que oui

**DA119 : Vous avez de la peine parce que pour le moment ça manque d'argument ou ...**

MED8.119 : Ouais ouai. Puis c'est la résistance au changement. C'est pas ...

**DA120 : Et vous pensez qu'il y a des stratégies pour affronter un peu cette résistance aux changements ?**

MED8.120 : Emh ... oui. Stratégies c'est de ... une bonne étude qui leur montre qui c'est efficace et outil. Alors lé ils changeront. S'ils sont sensibles à ça

**DA121 : Donc vous pensez qu'une fois terminé l'étude UltraPro ...**

MED8.121 : Ouais il faut venir à le présenter ici et puis ... il y a une dizaine de médecins qui vont changer sa pratique. (rires)

**DA122 : Okey (rires). Et pour terminer avec nos questions est-ce que vous souhaitez continuer à utiliser la Procalcitonine dans votre pratique clinique ?**

MED8.122 : Oui. Ouais ouais. Je trouve que c'est vraiment ... c'est vraiment utile et pratique.

**DA123 : Quels sont les avantages qui vous voyez ?**

MED8.123 : Bah le résultat rapide. Fin l'examen qui se fait là au cabinet. Et fin le ... le truc immédiat quoi. L'immédiateté. Et puis l'augmentation de la sécurité de la prise en charge

**DA124 : Et donc si l'étude donne des résultats positives aussi pour l'Ultrason ... est-ce que vous auriez aussi envie d'utiliser l'Ultrason dans votre cabinet ?**

MED8.124 : Oui. Ah oui oui je m'y mettrais.

**DA125 : Okey ... est-ce que vous voyez certains avantages mis à part le temps dont vous avez déjà parlé ?**

MED8.125 : L'Ultrasonen soi c'est quelque chose qui m'attire. C'est ... s'a l'air rigolo quoi. Ça serait un nouveau jouet. C'est vraiment ça. Disons que ... et puis autrement ... oui si ... si la ... si la qualité des résultats sont un peu amélioré il y a pas des raisons de priver les patients de ... d'une meilleur prise en charge. Ça c'est évident. Non le ... le freine que je vois c'est comme je disais le temps que ça prend et puis au niveau de l'apprentissage. Mais au même temps je trouverais ça rigolo. C'est un ... un défi. L'Ultrason au cabinet c'est quelque chose que j'aimerais bien faire un fois ou l'autre. Donc pourquoi pas

**DA126 : Okey ... donc alors moi j'aurais terminé avec mes questions. Je vous remercie vraiment beaucoup pour votre participation. Est-ce que vous aimeriez ajouter quelque chose ? Quelques questions que j'ai pas posé mais vous voulez dire quelque chose en plus ...**

MED8.126 : Emh ... il y a rien qui me roule les lèvres. Non je crois que c'est bon. Je crois que je dis tout ce que j'avais d'intéressant à dire si c'est le cas. Si non je crois que je ferais que me répéter. Non non je crois que c'est bon

**DA127 : Okey ... alors merci beaucoup.**

MED8.127 : Je vous en prie

*3.5.1. Journal de Bord MED8 – Procalcitonine – Daniel Geis*

4 décembre 2019

**Entretien**

Ceci c'est mon quatrième entretien, mais le premier pour le bras Procalcitonine. Pour cette raison je prends le temps quelques jours avant la rencontre pour prendre bien connaissance du canevas et des points forts ressortis depuis les entretiens de collègue. Cela m'a permis d'arriver le jour du rendez-vous bien préparé. Le cabinet de ce médecin est à 5 minutes à pied depuis chez moi, pour cette raison j'ai le temps de préparer tranquillement le matériel nécessaire et de réviser le canevas à la maison. Je ne suis pas stressé pour cet entretien. Je pense qu'avec la pratique je commence à maîtriser la situation et à avoir une plus grande confiance dans mes capacités de gérer ce type de rencontre de recherche avec les médecins.

L'entretien a eu lieu le 4 décembre 2019 à 13h00, et comme d'habitude je suis arrivé un peu en avance au cabinet du médecin. Vu qu'il travaille dans une grande clinique, je préfère arriver en avance pour comprendre où je dois aller. Quand j'arrive, le médecin et les assistantes sont encore en pause de midi, pour cette raison j'attends dans la salle d'attend. Après 15 minutes les assistantes médicales arrivent pour m'accueillir. Pour la première fois depuis que j'ai commencé à faire ces entretiens, le docteur se présente à l'heure au rendez-vous. Je suis assez étonné de cela. Avant de commencer l'entretien, j'explique comme toujours les buts de notre recherche qualitative et quel est mon rôle dans tout ça. Cela est une occasion pour créer un premier lien entre nous deux. Il semble être à l'aise dans ce type de situation et il enrichit ce moment avec des blagues. Il souligne tout de suite d'être très content de pouvoir mener cet entretien avec moi et il s'excuse pour les difficultés rencontrées pour trouver un moment à consacrer pour cet entretien. Il semble développer très bien tous ses propos et il aborde une grande quantité des points forts sans un besoin particulier de relancer sur certains aspects. Cependant, sur certains points, j'ai eu quelques difficultés. En effet il parlait assez vite et donc arriver à le suivre dans ses pensées n'a pas été facile tout le temps. Pour cette raison je pense que dans certains moments, j'ai loupé des points importants sur lesquelles relancer. En tout cas, de manière générale, l'entretien il me semble bien passé.

Une fois l'entretien terminé, il me remercie pour ce moment agréable d'échange. Il est très disponible et il me dit qu'au cas où j'aurais eu besoin de lui pour d'autres informations, il reste à disposition. Je suis content de comment s'est déroulé l'entretien dans sa globalité.

### Mémos après entretien

- Il dit prescrire peu d'antibiotiques
- L'expérience c'est central dans la prise de décision
- Aime bien utiliser la Procalcitonine => c'est vite et sûr
- N'est pas trop agréable que la décision soit prise par l'algorithme
- Certaines patientes ont des résistance (pas soigné sans antibiotique)
- C'est un argument à utiliser avec les patients
- Ultrason prend trop de temps. Il faut des études pour démontrer son efficacité.

### Transcription

Avant de commencer cette transcription, j'étais assez tranquille vu que les autres sont plutôt bien passé. Mais en réalité celle-ci a été particulièrement difficile. En effet le médecin parlait assez vite et il y a eu des parties où j'ai eu de la peine à comprendre ce qu'il disait. En plus, là-dedans, c'était encore plus difficile de déchiffrer le vocabulaire médical utilisé. En transcrivant je me rends compte que je pose à nouveau un grand nombre des questions, même si moins directives que les autres fois. Elles semblent avoir un effet positif dans ces entretiens avec les médecins. Toutefois, je devrais m'exercer un peu plus pour varier le type de relance à utiliser. En tout cas, je suis assez content de comment c'est passé cet entretien. Le médecin aborde beaucoup des points importants. Pour cette raison je pense qu'il y a à quoi travailler.

### Mémos après la transcription

- Pratique habituelle
  - ⇒ Anamnèse + examen clinique => Si nécessaire examens complémentaires
  - = Radio + Prise de sang (+frottis)
  - = Utilisait déjà parfois Procalcitonine
  - = Examens lorsque on pense que ça prévient Pneumonie
- Vision patient impo !
- Expérience et Intuition jouent un rôle central dans la décision (donner antibio + faire examens ).
- Guidelines du CHUV = déjà claires.
- Connaitre les patients permet de mettre le courser plus en bas ou en haut.
- On donne antibio sans examens = à qui BPCO, etc. = maladies pulmonaire chroniques
- Restrictif dans la prescription
  - ⇒ Prescrit seulement aux patients pénibles.
  - ⇒ Raisons : résistance aux antibiotiques + éviter effets secondaires
  - ⇒ Mais c'est difficile d'argument aux patients qui veulent l'antibio.
- La visite est faite d'interprétations : même les examens complémentaires qui devraient aider restent à interprétation ! Donc l'interprétation dit oui o non antibio.
- On veut bien faire (prescrire seulement quand on a besoin vraiment)
- Patients :
  - ⇒ Patients résistants qui veulent antibio
  - = font de la pression (soit aux urgences qu'au cabinet = mais cabinet il y a + temps pour les EDUQUER
  - = connaître les patients c'est essentiel
  - ⇒ Patients qui ne terminent pas leur antibio e l'ont à la maison
  - ⇒ En général les patients écoutent médecin
  - ⇒ La minorité qui veut l'antibio = agace les médecins parce que ne valorisent pas leur diplôme.
  - = Pour eux il faut plus d'énergie pour expliquer !
- Génération habituée aux antibiotiques
  - ⇒ « pas d'antibio => ils m'ont pas pris au sérieux ».
- Procalcitonine
  - ⇒ Argument en plus pour les patients résistants !
  - ⇒ Mais c'est triste de devoir se cacher derrière les technologies

- Étude :
  - ⇒ Rend la procédure claire ! On sait quand on doit faire examens ou pas.
  - ⇒ Difficile inclure des patients
  - ⇒ Prend beaucoup du temps
- Procalcitonine
  - ⇒ Dans certains cas a aidé à faire changer d'avis !
  - ⇒ A aidé à voir l'importance de l'étude
  - ⇒ Améliore la prise en charge et la sécurité des patients
  - ⇒ Le test ne prend pas beaucoup du temps
  - ⇒ Confiance aux résultats
  - ⇒ Mais si à la Radio image contradictoire ... peut-être va contre résultat Procalcitonine
  - ⇒ Cette décision pour être sûr. Parce que les patients ne sont pas suivis par un docteur 24h
- Mais si dit « donner un antibio » va suivre la Procalcitonine en tout cas !
- Il continuerait à utiliser la Radio = on voit des autres choses
  - ⇒ Si étude montre qu'il n'y a pas de risque à faire que la Radio = il arrêterait.
- Étude doit aussi montrer que c'est aussi plus ÉCONOMIQUE faire que Procalcitonine
- Est-ce que la Procalcitonine s'applique dans les cas d'exacerbation ? (COMPRENDRE OU ON LA PEUT APPLIQUER)
- Un peu désagréable que résultat soit donné par un test (donner ou pas)
  - ⇒ La machine ne décide pas tout
  - ⇒ Mais est AGREABLE pour l'utiliser comme argument pour les patients
  - ⇒ Mais c'est en tout cas une ajoute !
  - ⇒ C'est toujours un être humain qui prend les décisions = donc pas impression de perdre le pouvoir
- Visite de suivi prescription
  - ⇒ Demande insistante du patient
- Examens
  - ⇒ Ça ne sert pas faire des examens si ne changent pas l'idée de base (donner ou pas)
- UltraPro
  - ⇒ Truc un peu magique = on ne comprend pas comment elle réfléchit
  - ⇒ Il aurait de la peine à l'utiliser = on perde la maîtrise de la situation.
  - ⇒ Mais s'il comprend comment ça marche il est pro à cette chose
  - ⇒ Donc si étude positive = il utiliserait UltraPro
  - ⇒ MAIS il préfère la Procalcitonine seul = trouve plus simple.
  - ⇒ Elle donne un résultat plus sûr
- Ultrason
  - ⇒ Prend beaucoup de temps

## 3.6. Tableau brut analyse Procalcitonine

Thèmes	Catégorie	Sous-catégories	Unités de sens	Verbatim
Perception de la Procalcitonine et vision de l'algorithme	Procalcitonine	Favorable – Procalcitonine	La Procalcitonine est un argument qu'on peut utiliser pour les patients résistants et permet de les rassurer. C'est un outil simple qui améliore la prise en charge et la sécurité des patients. En outre, c'est un test auquel on porte confiance. 1 médecin fait confiance parce que le résultat c'est en lien avec son feeling.	MED5.61-62 MED5.66-69 MED5.77-78 MED5.79-80 MED5.86 MED5.88 MED6.42-43 MED6.70 MED6.71 MED6.74 MED6.92 MED6.98 MED6.127 MED6.139-140 MED7.48 MED7.57-59 MED7.79 MED7.92-94 MED8.52 MED8.66 MED8.67 MED8.69 MED8.79-87 MED8.91 MED8.94 MED8.114 MED8.117 MED8.122-123
		Contre – Procalcitonine	Les coûts et le temps de la Procalcitonine sont une entrave à son utilisation. En tout cas l'impression clinique est prioritaire. 1 médecin pense que la peur d'être piqués e d'imposer une décision de certains patients (une minorité) pourrait être une barrière à l'implémentation de ce test. 1 médecin pense continuer à utiliser la radio même avec la Procalcitonine.	MED5.40-41 MED5.52-53 MED5.132 MED6.83-84 MED6.100 MED6.101-102 MED6.130 MED7.52-54 MED7.54 MED8.67- 69 MED8.72 MED8.93

	Ultrason	Contre – Ultrason	1 médecin : L'Ultrason prend trop du temps à la consultation et à son apprentissage. On n'est pas sûr de ce qu'on peut voir grâce à l'Ultrason.	MED5.101-105 MED5.130 MED7.106 MED8.103-104 MED8.125
	Algorithme UltraPro	Favorable – Algorithme UltraPro	Il y a un intérêt et une curiosité générale à connaître cet outil et voir ses potentiels. 1 médecin : UltraPro donne résultat qu'on voit et qui peut être utilisé comme argument pour les patients. 2 médecins voient son utilité comme <i>point-of-care</i> . 1 médecin dit que cet algorithme permet de sélectionner les justes patients.	MED5.119 MED6.148-149 MED7.97-99 MED7.100 MED7.111-113 MED8.8 MED8.112
Contre – Algorithme UltraPro		C'est difficile de comprendre comment fonctionne cet outil et en conséquence d'expliquer les bénéfices aux patients. De plus c'est difficile de comprendre avec qui il faudrait l'utiliser. En outre il y a un questionnement par rapport aux coûts et bénéfices de l'outil.	MED5.108-109 MED5.120-127 MED8.107-111 MED8.115	
Algorithme UltraPro		Les tests sont des ajoutes à la clinique et il y a une possibilité de combinaison des deux. C'est toujours la subjectivité du médecin qui prime sur la prise de décision et qui permet de ne pas perdre le pouvoir décisionnel.	MED7.120-123 MED7.123	
Étude	Vison de l'étude	Temps	C'est difficile d'inclure des patients à l'étude parce qu'il prend beaucoup de temps.	MED5.53 MED5.57 MED6.53 MED6.57-58 MED6.89-91 MED7.41-45 MED8.42 MED8.38
		Attentes	Il faut attendre la fin de l'étude pour comprendre exactement les améliorations que l'algorithme ou la Procalcitonine peuvent apporter à la pratique du cabinet.	MED6.156 MED7.66 MED7.119 MED7.125-126 MED7.127 MED7.130 MED8.75 MED8.111 MED8.115 MED8.120

<b>Raisons pouvant influencer la décision de prescription</b>	Relation Médecin - Patient	Impression clinique	L'impression qu'on se fait du patient joue un rôle important dans la décision de prescription. C'est l'aspect plus important dans la décision de prescription.	MED5.32-33 MED6.1 MED8.8 MED8.20-21 MED8.78
		Histoire du patient	Le fait de connaître un patient, permet de savoir où on doit mettre le curseur. Le fait que les patients ont certaines fragilités joue un rôle dans la décision de prescrire des antibiotiques. Ce type de prescription a le potentiel de rassurer les médecins. La culture joue un rôle dans la volonté de vouloir ou pas des médicaments.	MED6.83-86 MED7.37-39 MED7.122 MED7.131 MED7.135 MED8.10-11 MED8.24
		Rôle éducatif du médecin	Au cabinet il faut prendre le temps pour éduquer les patients et leur faire comprendre quand serait mieux éviter de prendre des médicaments (et surtout des antibiotiques).	MED5.41 MED6.27 MED6.31-32 MED6.133 MED6.138 MED6.140-141 MED7.18 MED8.23
		Confiance	Le niveau de confiance influence l'ouverture du patient aux explications et à la discussion avec le médecin par rapport à la prescription des antibiotiques.	MED6.24-27 MED6.136 MED8.28
	Comportement de prescription	Réflexivité sur sa propre pratique	Ils sont restrictifs en matière de prescription d'antibiotiques. Il y a plusieurs raisons pour éviter de prescrire des antibiotiques. Par exemple la résistance aux antibiotiques et les effets secondaires qu'ils peuvent avoir. On veut bien faire, donc on prescrit que lorsque on en a besoin.	MED5.83-84 MED5.113 MED6.24 MED6.41 MED7.8 MED8.18 MED8.26
		Expérience du médecin	C'est au travers de l'expérience qu'on comprend si on doit faire des examens complémentaires ou si on doit ou non prescrire des antibiotiques. Même si on fait des examens, il y a toujours une interprétation de la part du médecin, même sur les examens complémentaires.	MED6.15-17 MED8.12-14
		Faire partie des cercles	Le fait de faire partie des cercles de qualité, permet à 1 médecin de se rendre compte de son propre niveau de prescription.	MED6.22-23

Stratégie de non-prescription	Visite de suivie	On fixe des visites de suivi pour éviter de prescrire des antibiotiques. Par contre cela rend plus difficile la non-prescription à ce moment.	MED7.18-19
	Ordonnance de réserve	Parfois ils donnent des ordonnances de réserve pour rassurer les patients. Mais en tout cas les patients se fient de la décision du médecin et ne prennent pas l'antibiotique.	MED5.41 MED5.63-64
	Les comportements des patients ont changé	Les patients plus jeunes sont plus résistants à la prise des médicaments. (Les patients ont changé dans les dernières années. La majorité est au courant de la problématique de la prescription et en conséquence accepte la non-prescription. Parfois il y a aussi des patients qui ont peur d'en prendre. Il y a une pression de la part des médias et des campagnes de préventions.)	MED5.21 MED5.70 MED7.15 MED8.29-30
Motivations à la sur-prescription	Doutes	Le fait de travailler en cabinet, de n'avoir pas toujours la possibilité de faire des examens complémentaires et de n'avoir pas accès à l'évolution de la maladie du patient, pousse les médecins à prescrire des antibiotiques pour se rassurer, même si un test dit le contraire.	MED5.2-17 MED8.68
	Résistance des patients	Il y a des patients qui sont résistants à la non-prescription parce qu'ils en ont toujours eu. Mais on parle que d'une minorité. En fonction de la génération et du milieu socio-économique, il y a une idée magique de l'antibiotique comme d'un médicament qui a une capacité de soigner indiscutable et qu'il faut mériter. Pour 2 médecins, il y a des patients qui consultent que pour avoir un antibiotique. Le médecin peut décider d'en prescrire dans ces cas pour ne pas casser la relation de confiance.	MED5.11 MED5.21 MED5.40-41 MED5.43-48 MED5.46-47 MED6.28-29 MED6.49-51 MED6.66 MED6.132-133 MED7.13-15 MED8.18 MED8.23 MED8.30-32
	Temps	Pour certains médecins le fait de n'avoir pas beaucoup du temps pendant la consultation pour mener des examens complémentaires ou pour expliquer la décision aux patients, les pousse à prescrire des antibiotiques.	MED6.136 MED8.18-20 MED8.34
Outils	Diagnostic clinique	2 médecins : L'anamnèse et les examens cliniques aident à décider pour la prescription.	MED5.2-3 MED6.1

			MED7.1-2 MED8.2-3
	Examens complémentaires	<p>Les médecins pensent que les examens complémentaires sont faits que s'il y a un doute. Par contre la Radio c'est un instrument essentiel. 1 médecin a une préférence pour la radio du thorax. La prise de sang n'est pas utile pour poser un diagnostic différentiel. Les examens sont faits surtout quand on a peu du temps comme lors de la fin de semaine. 1 médecin dit ne pas faire beaucoup parce que les outils ne sont pas présent en cabinet. Les examens complémentaires aident les patients à accepter la décision de prescription des médecins.</p>	<p>MED5.6-7 MED5.36 MED5.38-39 MED6.5-7 MED6.10 MED7.5-6 MED7.29 MED8.2-3 MED8.5-6 MED8.72</p>

## Annexes 4 : UltraPro

### 4.1. Canevas UltraPro

#### **Canevas de l'entretien ULTRAPRO**

##### **Représentations et pratiques liées à l'implémentation d'un algorithme de diagnostic UltraPro dans un cabinet de médecine de Famille lors d'infections respiratoires basses.**

Objectif général du processus : diminution de la prescription des antibiotiques par les médecins de famille

##### **Consigne**

Comment se passait habituellement le diagnostic et la prescription lors d'infections respiratoires basses (avant l'étude) ?

Venons-en à l'étude ULTRAPRO

##### **Pratique journalière du cabinet**

Avant cette étude, aviez-vous déjà diminué (ces dernières années) ou pensiez-vous pouvoir diminuer vos prescriptions en matière d'antibiotiques en particulier pour les infections respiratoires ?

Quels sont vos motivations pour participer à cette étude ?

##### **Patient**

Comment se situent les patients par rapport à la prescription d'antibiotiques ? Quelles attentes en ont-ils ?

A votre avis, quel type de patients devraient être inclus dans cette étude ?

Pour quels types de patients avez-vous besoin d'outils diagnostics supplémentaires pour décider de votre prescription d'antibiotique ?

Comment se passe la proposition au patient de l'utilisation de l'algorithme pour le diagnostic ? (confortable et convaincu ; mal à l'aise ; indécis)

##### **Procalcitonine**

Voyez-vous des barrières à l'utilisation dans votre pratique du test procalcitonine ? (Temps)

Pour l'examen de Procalcitonine, faites-vous confiance au résultat et à la proposition de prise en charge qui en découle ?

Quelles seraient des pistes pour vous sentir plus en confiance ?

##### **Ultrason**

Comment vous êtes-vous senti en manipulant l'Ultrason ?

Avez-vous confiance dans vos conclusions ?

Quelles seraient des pistes pour vous sentir plus en confiance ? formation ? utilisation de l'Ultrason pour l'examen d'autres organes ?

### **Ultrason + Procalcitonine**

Continuez-vous en parallèle à utiliser d'autres outils de diagnostic ? Pour quels motifs ?

- Si oui, quelles seraient des pistes pour vous sentir plus en confiance ? Formation ?

### **Choix de traitement**

Les résultats de procalcitonine ont-ils souvent modifié votre intention de prescrire des antibiotiques ? Et l'Ultrason pulmonaire ?

Comment avez-vous vécu le fait que le choix de traitement (décision ou non de prescrire un antibiotique) vous soit proposé par un algorithme intégrant le résultat d'un tests de laboratoire et parfois d'un examen de radiologie ?

Faites-vous confiance aux conclusions de l'algorithme ?

Si vous n'avez pas suivi les recommandations de l'algorithme, quelles en étaient les motifs ?

- État clinique du patient ? Autres tests discordent ? Patient pas d'accord ?

Pensez-vous que l'utilisation d'UltraPro a eu un impact sur les patients résistants qui veulent absolument prendre des antibiotiques ? Pour quelles raisons ?

Si lors de visites de suivi, vous prescrivez des antibiotiques, pouvez-vous en donner les motifs. Que proposeriez-vous pour éviter ces prescriptions ?

### **Métier de médecin**

Pensez-vous qu'UltraPro a le potentiel de changer votre manière de prendre en charge les infections respiratoires en médecine générale ? et plus spécifiquement la procalcitonine ? et l'Ultrason pulmonaire ?

Recommanderiez-vous à vos collègues généralistes l'utilisation de l'algorithme ?

Pour terminer avec nos questions, est-ce que vous souhaitez continuer à utiliser UltraPro dans votre pratique clinique ? ou seulement la procalcitonine ou seulement l'Ultrason pulmonaire ? Dans quelles situations ?

**Conclusion** : Nous vous remercions pour votre précieuse collaboration. Avez-vous des commentaires complémentaires à faire ?

## 4.2. Transcription MED9

DGeis\_Homme\_Médecin généraliste\_UltraPro\_Ville\_51min17sec

### **DA1 : Comment se passe habituellement le diagnostic et la prescription lors des infections respiratoires basses ? Avant l'étude ...**

MED9.1 : Alors je ... je fais une anamnèse dirigée en fonction de ce qu'ils me racontent. S'il y a de la toux je regarde s'il y a des expectorations dorsales ... les volumes des expectorations ou dyspnées associées ... de la fièvre ... depuis quand ça dur ... le caractère de la toux ... s'il fait mal ou pas mal ... des répercussions sur l'état général ... emh ... voilà en gros c'est ça. Puis après je l'examine ... j'écoute ses poumons ... je regard sa fin gorge ... sa coule ... fin ... parfois le nez pas toujours. Je regard des sinus si c'est ... comment je regarde les sinus en générale ... je fais une percussion. Si c'est douloureux c'est difficile d'examiner mieux les sinus

### **DA2 : Oui**

MED9.2 : Et puis s'il y a une dyspnée trop importante je fais éventuellement un peak flow. Ça vous parle le peak flow ?

### **DA3 : Emh non ... en fait je ne sais pas ce que c'est**

MED9.3 : C'est savoir le débit expiratoire maximale après une seconde. Voir s'il y a une obstruction ... voir s'il y a quelque chose qui vas dans le sens d'un asthme

### **DA4 : Okey**

MED9.4 : Et puis ... puis voilà. Une fois que je me fais cette idée bah ... je me dis il faut faire une radio parce que j'ai une auscultation très particulière ... focale. C'est assez rare. Ça arrive une fois par année ... deux fois par année. Ce qui suggère peut-être une pneumonie. Ou alors j'ai une auscultation sale ... de bronchite peu diffuse ou ((inaudible)). En générale je traite ... je propose un traitement ... un traitement adapté symptomatique pour tout le monde. Et puis lors des rares cas je mets un antibiotique surtout en fonction du contexte

### **DA5 : Mhm**

MED9.5 : Si c'est des gens qui ont ... qui sont immuno-compromis ... qui ont des ... des défenses immunitaires qui ne sont pas adéquates. Ou qui ont des médicaments qui font qu'ils ont des défenses immunitaires inadéquates

### **DA6 : Mhm**

MED9.6 : Ou des gens débilités ou des choses comme ça. Mais chez quelqu'un de jeune avec une fièvre et puis une toux sans auscultation focale ... je fais de ... je donne pas des antibiotiques

### **DA7 : Donc pour vous c'est rare de donner des antibiotiques**

MED9.7 : Ouais ... ouais ...

**DA8 : Okey ...**

MED9.8 : Ouais ouais ça dépend un peu de la consultation qu'on a. Moi j'ai ... j'ai pas mal des personnes bien âgés pour lesquelles je crack plus facilement pour l'antibiotique ... même si ce n'est pas toujours lege artis. Et c'est là où la Procalcitonine pourrait nous aider

**DA9 Okey oui ... et donc vous avez dit que normalement les examens en plus que vous faites c'est la radiographie. Est-ce que vous faites aussi des autres examens ?**

MED9.9 : Non non alors ... je fais aussi de la CRP parfois

**DA10 : Mhm**

MED9.10 : Chez quelqu'un qui n'a pas de CRP élevé de base ... chez quelqu'un qui n'a pas de polyarthrite ou je ne sais pas ... quand on sait que la CRP est normale ... emh ... bah je fais peut-être une CRP si j'ai des doutes. Si la CRP est élevée ça peut être un argument pour moi de mettre un antibiotique si j'ai d'autres arguments contextuels qui font que je dois le donner. C'est pas très bon comme ... comme test mais enfin c'est une aide supplémentaire si vous voulez

**DA11 : Mhm**

MED9.11 : Là la Procalcitonine pourrait nous aider. Pourquoi pas. Mais on n'a pas la droite de la faire. On la fait que dans le cadre de l'étude ehn

**DA12 : Oui oui**

MED9.12 : Alors on peut la faire aussi au laboratoire chez nous. Mais au laboratoire chez nous on sait que ça coûte cher et puis on a les résultats trop tard. Donc disons que ça n'a pas d'utilité ... je ne l'utilise jamais ou presque jamais la Procalcitonine.

**DA13 : Mhm**

MED9.13 : Donc au niveau laboratoire si je fais un peu de labo c'est éventuellement une CRP et éventuellement une formule sanguine quand vraiment je trouve que ça va pas. Mais parfois on donne les antibiotiques avant de faire tous ça. C'est le ... l'aide de laboratoire pour la bronchite c'est souvent peu important. C'est plutôt le feeling qui fait que on décide antibiotique ou pas

**DA14 : Okey ... donc pour vous c'est surtout avant les examens. Même sans examens vous donnez des antibiotiques**

MED9.14 : Sans examens je donne les antibiotiques ... oui bien-sûr

**DA15 : Et donc si j'ai bien compris pour vous c'est important de faire tout le diagnostic corporel ... donc écouter les patients c'est la chose plus importante que les examens**

MED9.15 : Oui ! Comme toujours pour tout. En médecine écouter les gens ... les examiner et puis après prendre des décisions pour des examens complémentaires ou alors une décision thérapeutique

**DA16 : Okey ... alors on peut passer un peu plus à l'étude UltraPro. Avant cette étude aviez-vous déjà diminué ou pensiez-vous pouvoir diminuer vos prescriptions en matière d'antibiotiques en particulier pour les infections respiratoires ?**

MED9.16 : Oui ... oui parce qu'on nous tarabuste pas mal puis je fais partie d'une étude à Bâle

**DA17 : Mhm**

MED9.17 : Emh ... qui en fait ce n'est pas une étude. Simplement j'ai autorisé Bâle à regarder mes prescriptions. Et puis on regarde ce que je prescris par rapport aux antibiotiques ... par rapport aux autres. Donc je suis sensibilisé à cet aspect depuis déjà longtemps. Puis nous en parle beaucoup dans les formations ... les infectiologues en générale nous disent de faire attention. Fin bref on est tous un peu très conscients de ça ... fin qu'il faut faire attention

**DA18 : Mhm**

MED9.18 : Donc de ce fait là oui j'essaye de prescrire le moins possible. Se trouve que dans mon ... dans mes chiffres à moi je suis un peu ... un tout petit peu en dessus de la moyenne. Par rapport aux autres internistes. Je sais pas trop pourquoi. J'imagine que c'est parce que j'ai beaucoup des gens avec des infections urinaires qui ... je distribue passablement d'antibiotiques dans les infections urinaires. Puis j'ai des gens ... plusieurs personnes avec des infections urinaires récidivantes qui font que je distribue pas mal de ce côté-là. On a aussi des cercles pharmaciennes et médecins dont je fais partie. Dans lequel on a regardé aussi ces antibiotiques. Et puis là j'étais assez comparable à mes collègues

**DA19 : Mhm**

MED9.19 : Et puis ce qui sortait c'est justement les médicaments pour les infections urinaires qui sortaient beaucoup. Donc j'ai probablement une patientèle qui est tous orienté pipi si j'ose le dire que des autres. Je sais pas

**DA20 : Donc pour les infections respiratoires en fait vous êtes dans la moyenne vous dites ?**

MED9.20 : On sait rien. Mais par rapport aux antibiotiques autres je ... ouais

**DA21 : Okey. Donc vous avez dit avant que selon vous c'est la formation continue qui vous a aidé un peu diminuer la prescription. Vous pensez qu'il y a aussi des autres facteurs ?**

MED9.21 : Ouais non je pense que l'aspect formation c'est vraiment très important. Et puis la pression aussi des gens. Parce que je pense que dans les journaux il y a beaucoup des choses qui se disent dans ce côté-là et puis les gens ils ... quand on leur dit antibiotiques ils n'aiment pas trop. Donc c'est aussi la pression populaire qui fait qu'on distribue moins et puis on essaye d'être plus conscient. Puis on le sait qu'ici en Suisse on prescrit moins qu'ailleurs heureusement. Les italiens les allemandes et les français prescrivent beaucoup plus que nous. Emh ... Probablement parce qu'on a des formations

au niveau de la médecine générale meilleur en Suisse qu'ailleurs. Fin ça c'est ... des spéculations de beaucoup des choses mais des impressions en tout cas oui

**DA22 : Oui... Et pour les patients vous pensez qu'il y a eu des changements ?**

MED9.22 : Mais j'ai l'impressions que c'est plus en plus que les gens ils ont anti-médicaments en règle générale. J'ai quelque patient du sud ... pas du Tessin mais plus au sud encore. Je pense à une patiente kosovare maintenant qui a des représentations un peu magiques. Et puis les antibiotiques ça fait partie de cette magie. L'antibiotique ... quand on donne pas d'antibiotique on a pas soigné les gens

**DA23 : Mhm**

MED9.23 : Mais ça c'est plutôt une représentation du sud j'ai l'impression. Les gens du nord sont pas comme ça. Je suis impressionné de ça. Vraiment les gens du sud disons ... ont un rapport un peu magique avec la santé. Puis quand on leur donne ce truc ... quand on leur fait un examen x si on a pas ... tant qu'on a pas fait une IRM on a pas guéri les gens. Il faut faire une IRM si non ça vas pas. Alors il y a des gens comme ça. Il y en a aussi chez nous des gens comme ça. Je suis pas en train de faire du racisme du sud ehn. C'est pas de tout ça. Mais c'est vraiment une constatation. Les patients qui arrivent du sud c'est plus ça. Alors dans le temps on a un peu forcé ... forcé contraint de faire ça pour garder l'adhérence des patients. Alors ça c'est pas une bonne prescriptions antibiotiques ... fin on est bien d'accord. Mais dans la relation du quotidien au niveau thérapeutique des fois on fait une entorse à ... à nos principes de prescriptions pour pouvoir garder une adhérence et puis ... essayer d'améliorer les gens. C'est un peu ... vous voyez la médecine toujours ehn. Je sais pas si vous comprenez vous voyez mais c'est aller d'un côté ... de l'autre ... pour essayer que les gens fassent ce qu'on a envie qu'il fassent. Et ça ... bah ça demande parfois quelques conceptions qui je ... moi je suis pas pur et dur et ... très carré ... qui reste à ses principes. J'ai plutôt tendance à aller avec la résistance avec le patient. Et puis d'essayer d'influencer petit à petit les choses pour essayer de les éduquer dans le bon sens aussi en disons que les antibiotiques c'est pas ... ouais une bonne idée. Et puis si ... s'ils insistent bah ... je dis « bon écoutez on peut essayer mais vous verrez ça changera pas grand-chose. » Puis la fois d'après je lui dis « mais vous voyez les antibiotiques sont pas servi à grand-chose ». Et puis on essaye d'économiser la fois d'après. Pour pas aller frontalement ... parce que finalement frontalement c'est des gens qui vont finir aux urgences en disant « il m'a même pas donné de l'antibiotique » et puis les antibiotiques ils ont aux urgences. Donc voilà ... c'est dans le sens-là que je travaille.

**DA24 : Donc les représentations des patients jouent un rôle très important**

MED9.24 : Mhm ... Mhm ... ah oui ... oui oui. Mais il faut se mettre sur la même longueur d'onde avec un patient

**DA25 : Mhm**

MED9.25 : Vous devez être ... en ... en phase. Si on n'est pas en phase ça ne passe pas. Puis de fois on a l'impression d'être en phase alors qu'on ne l'est pas de tout. On l'apprend par rebond ... par derrière. C'est de fois que ... un peu difficile

**DA26 : Si j'ai bien compris cela c'est aussi important pour avoir une certaine alliance avec les patients**

MED9.26 : Ouais ... ouais. L'alliance c'est la clé de la compliance

**DA27 : Mhm**

MED9.27 : Si vous n'avez pas d'alliance vous n'avez pas de compliance. Et puis la compliance c'est ... c'est vraiment ... ça ne sert rien de prescrire des médicaments qu'on prend pas. J'ai une jeune femme qui m'est venue voir et me dit « je tousse comme une bête je suis venu vous voir et vous m'avez donné un truc que ça ne sert à rien. Je suis allée aux urgences et ils m'ont donné de la cortisone ». Et puis ça s'utilise comme si et comme ça et puis ils l'ont montré en tout vitesse et elle n'a rien compris ... puis elle revient 10 jours après « je tousse toujours c'est quoi cette bordelle ». Et puis je ... je lui dis « mais vous avez pris la cortisone ? » « oui je la prends » et puis je regarde comme elle fait mais elle fait tout faux. Parce qu'elle n'a pas compris. Et puis en plus c'est la cortisone donc elle fait une fois sur deux parce qu'elle a peur de la cortisone. Ils lui n'ont pas expliqué. Donc ce ... cette alliance-là si vous expliquez pas aux gens pourquoi et comment et quelles sont les conséquences ... ça passe pas !

**DA28 : Mhm**

MED9.28 : Chez les jeunes comme chez les vieux. Et puis ça prend du temps ... ça prend beaucoup du temps. Passer 10 minutes à expliquer comment prendre un truc à un patient qui tousse ... quand vous avez une consultation qui est pleine c'est des fois compliquées. Mais si vous ne le faite pas vous n'avez pas fait votre job

**DA29 : Oui oui ... Et comment vous pensez que les patients peuvent vivre ce changement de votre diminution de la prescription des antibiotiques ? ... Vous avez parlé un peu de l'importance des représentations ... mais lorsque vous dit à un patient « c'est mieux de ne pas prendre un antibiotique » ... comment vous pensez que les patients vivent ça ?**

MED9.29 : Mais ça dépend des gens. Si vous tombez sur quelqu'un qui est d'accord avec vous il va applaudir. S'il n'est pas d'accord bah ... voilà. C'est tout. Et puis après on discute 10 minutes de plus (rires)

**DA30 : Mhm**

MED9.30 : C'est ... ouais c'est ... c'est pas facile. Mais au même temps c'est passionnant parce que c'est ça qui est intéressant. Prescrire un antibiotique n'a rien à faire. Ce qui est important c'est la

discussion ... c'est l'adhérence ... c'est le suivie ... l'accompagnement des gens. C'est ça que m'intéresse à moi

**DA31 : Okey**

MED9.31 : Si non ... prescrire du Tuxinat ou autres choses ... n'est pas forcément intéressant. Pour moi

**DA32 : Oui donc je vois que la discussion pour vous c'est au centre de la consultation**

MED9.32 : Bah oui ... oui oui. Je crois que le gens ... c'est ce que les gens recherchent. Puis le reste bah ... c'est des outils

**DA33 : Donc la discussion aide à faire comprendre que c'est mieux diminuer la prescription des antibiotiques ?**

MED9.33 : Oui

**DA34 : Oui**

MED9.34 : Ah oui ... ah oui il faut l'expliquer. Mais tout ça prend du temps

**DA35 : Mhm**

MED9.35 : Et c'est le problème principal qu'on a. Si vous mettez vos patients au quart d'heures ... j'ai des collègues qui font ça ... qui mettent au quart d'heures les gens

**DA36 : Mhm**

MED9.36 : Mais quand vous mettez quelqu'un au quart d'heures vous n'avez pas le temps d'expliquer tout ça. C'est impossible parce que vous faites 20 minutes avec un autre ... vous reste 10 minutes pour le suivant. En 10 minutes on peut pas expliquer ça. C'est pas possible. Donc on dit aux gens « faites comme si faites comme ça » et puis après bah les gens se débrouillent et puis finalement ils arrivent à la maison et puis ils ont 3 tiroirs avec pleines des médicaments qu'ils ont jamais utilisé et puis qui sont tous expirés. Emh ... c'est des choses qu'on voit ! Mes patients aussi ils ont ça. Ils ont aussi des tiroirs pleins de médicaments que je leur donné. Je suis pas meilleur que les autres. Mais j'essaye de faire mieux

**DA37 : Oui**

MED9.37 : J'essaye de penser à ça. Et ça c'est vraiment passer du temps avec les gens. C'est que ça. Et le temps se rapport pas ... au niveau purement médecine de premier recours. Il faut aligner les patients ... il faut aligner les examens complémentaires quand on en fait en cabinet pour pouvoir gagner sa vie normalement. Puis c'est tous ces ... tous ces paramètres au même temps il faut essayer de faire un mariage qui soit le plus adéquat possible.

**DA38 : Mhm**

MED9.38 : Pour pouvoir mettre sur les gens ... Mais les gens quand on s'intéresse à eux ils sont contents ehn ... quoi qu'on fasse

**DA39 : Donc vous voyez des choses positives dans le temps qui vous investissez avec les gens**

MED9.39 : Oui ... alors moi ça m'intéresse plus déjà. Parce que de nouveau ... prescrire une radio ... okey ... on lit la radio ... voilà. Mais ... ce qui est important c'est d'avoir un contact avec les gens qui montrent qu'on arrive d'abord à les éduquer vise à vise de leur santé. Et puis ... bah c'est notre rôle d'éducation de la santé. Et puis après bah de voir qu'ils vont mieux. C'est ça qui est important

**DA40 : Oui ... Okey. Et quels sont vos motivations pour participer à cette étude ?**

MED9.40 : Emh ... Bah c'est ... la motivation c'est celle dont on parle maintenant. C'est ... ça c'est un plus. Ça renforce encore cette impression. Et puis une autre motivation c'est que bah ... ça me rapproche un peu de l'université puis moi j'aimais bien être à l'uni. J'ai fait des formations ... fin j'ai fait une formation post-grade si long. Et puis ça me manquait un peu cet aspect. C'est un peu ... emh ... comment on se dit ... de formation interne qui me manque ... emh ... académique voilà. Cet aspect un peu académique des choses ... me manque un peu et puis je me dis ça peut être une manière de me rapprocher de ça sans y être vraiment mais ... et puis de participer à ça ... de mettre une pierre à l'édifice ... c'est une des autres raisons

**DA41 : Oui ... okey ... Donc si j'ai bien compris c'est plutôt une question de formation**

MED9.41 : Alors c'est pas seulement de formation ... c'est essayer de trouver aussi des solutions. S'il y a quelque chose qui peut nous aider ... au niveau technique pour être plus précis ... plus juste en étant cost-effective si je peux parler anglais. Bah c'est bien. Puis ça c'est ... si on fait pas ces études bah on peut pas savoir. Donc il faut avancer. Donc c'est cet aspect académique des choses que ... que je trouve bien.

**DA42 : Oui donc faire partie de la recherche et de la formation ensemble.**

MED9.42 : Oui et puis la recherche en cabinet je pense qu'a aussi une certaine importance. Il faut aussi faire un peu de recherche en cabinet. Parce que la recherche universitaire est souvent déconnectée de la réalité. Donc là on a à faire à quelque chose de vrai quoi ... c'est la vraie vie

**DA43 : Mhm**

MED9.43 : C'est pas la vie de labo. C'est la vraie vie. C'est pas des patients qui sont sélectionnés ... très très sélectionnés pour obtenir le patient qu'on veut pour pouvoir répondre à une question précise. On a besoin de ces études ehn ... mais on a aussi besoin d'autres qui montrent que dans la vraie vie c'est plutôt comme ça que ça se passe. Et ça c'est ... nous on fait partie de la vraie vie. La vraie vie c'est pas une question de ... je veux pas trop juger ehn ... mais c'est vraiment ça c'est le quotidien ... le quotidien du patient ... le quotidien du médecin premier recours. C'est quelque chose que doit avoir une voix dans la ... dans l'évolution de la prescription médicale.

**DA44 : Mhm Mhm ... Oui ... Et vu qu'on a déjà parlé des patients ... comment se situent les patients par rapport à la prescription d'antibiotiques ? Ils ont des attentes particulières normalement ?**

MED9.44 : Bah uff ... j'ai rien de très particulière à dire par rapport à ce qu'on sait. C'est plutôt qu'en général ils n'aiment pas les antibiotiques. À part certaines individus comme je parlais tout à l'heure qui sont un peu particuliers. Mais la plus parts de gens ils ne veulent pas prendre l'antibiotique. Ils n'aiment pas prendre les antibiotiques. Ils ont l'impression qui si on leur donne des antibiotiques c'est que c'est grave ... et puis qui sont plus malades et ça fait leur peur ... ils ont peur des effets secondaires ... des allergies etcetera. Donc ils sont plutôt réticents. Ça c'est la majorité je dirais. Et puis il y a quelques personnes qui s'il y a pas l'antibiotique bah ... ils sont pas été soignés

**DA45 : Mhm**

MED9.45 : Ça existe aussi. Alors expliquer à cela que c'est pas juste ... c'est difficile. Ils sont souvent pas à l'écoute. Ça ne leur intéresse pas. Eux ils sont dans leur représentation dans leur chemin et puis si on sort de leur chemin ça ne vas pas. Ça prend du temps. C'est ... c'est la ... c'est pour ça qu'un médecin de premier recours il y a de la chance par rapport à ça parce qu'on a pas une seule consultation pour expliquer. On a des années. Moi c'est 20 ans qui je suis installé donc il y a des patients qui je suis depuis 20 ans. C'est une attente qu'ils sont ... on modèle nos patients à notre manière de voir les choses finalement. Et puis les gens qui ne sont pas d'accord bah ils nous quittent de facto. Et puis il y a des gens qui sont d'accord avec nous qui nous gardent ... qui nous gardent ... fin qui restent à la consulte

**DA46 : Oui ... donc vous voyez des changements par rapport aux patients que vous avez depuis 20 ans par exemple ?**

MED9.46 : Je sais pas ... Non ça je peux pas répondre ... J'en sais rien. Je sais pas.

**DA47 : Okey ça marche. Et à votre avis quel type de patient devrait être inclus dans cette étude ? Les critères d'inclusions et d'exclusions ...**

MED9.47 : Bah les critères de l'étude. J'ai pas d'autres avis là-dessus

**DA48 : Donc vous pensez que sont des critères suffisants**

MED9.48 : Ouais ouais ... ouais ouais

**DA49 : Vous ajouteriez et vous enlèveriez rien donc**

MED9.49 : Non ... non je me suis pas posé cette questions. Non. Je suis un bon soldat en général. Je fais ce qu'on me dit (rires)

**DA50 : Okey (rires) ... et normalement pour quels types de patients avez-vous besoin d'outils diagnostics supplémentaires pour décider votre prescription d'antibiotique ?**

MED9.50 : Dans le cas de la bronchite ou bien ?

**DA51 : Oui ... dans les cas de maladies respiratoires bas.**

MED9.51 : Emh ... j'ai l'impression que de temps en temps la Procalcitonine ça pourrait quand même nous aider. Ceci dit tous les Procalcitonines que j'ai fait dans le cadre de l'étude elles sont toutes resté négatives. J'ai jamais dû aller à l'Ultrason

**DA52 : Mhm ...**

MED9.52 : + Et c'est pas parce que je choisis des patients qui sont ... pas ... emh ... destiné à ... à avoir une Procalcitonine élevée. Je je ... je trie pas. Si on trie bah ... il y a un biais. C'est pas juste. Il faut pas trier. Une fois j'ai trié ... pour être tout à fait correct. J'ai trié une fois parce que j'étais vraiment labour ... j'arrivais à suivre et puis c'est quelqu'un que je met- ... j'ai mis sous antibiotiques de toute manière. Donc quoi que l'étude m'aurait dit ... j'aurais mis de toute façon sous antibiotiques. Emh ... Une patiente immuno-supprimée avec une auscultation ... emh ... focale. Ça veut dire avec peut-être un foyer

**DA53 : Mhm**

MED9.53 : Elle est ... dans l'étude je pense qu'elle aurait été jusqu'à l'Ultrason. Ceci dit j'étais à labour et ... et puis l'Ultrason ça prend longtemps. Et c'est une ... là c'est une question qui viendra peut-être plus tard ... mais comment vous percevez l'Ultrason. Je ... si c'est une question qui vient ... moi je le perçois plutôt mal. Ils le savent parce que je lui ai déjà dit. Ils le savent aussi parce qu'ils ont lu comment je l'utilise ... pas bien. Et puis c'est difficile l'Ultrason. Je crois qu'on peut pas s'instituer spécialiste de l'Ultrason. Et puis faire un Ultrason qui est compliqué parce que l'Ultrason pulmonaire il est pas simple. C'est ... moi je pense que ça c'est quelque chose qui peut pas être ... transposé dans la pratique quotidienne. Ça c'est clair. Par contre la Procalcitonine c'est quelque chose d'assez binaire. Et puis c'est oui ou c'est non. Et puis ça permet de traiter les choses. Alors je sais pas si l'étude sa permettra de montrer qu'on est mieux avec la Procalcitonine ou pas mais ... ça c'est peut-être une chose que je perçoit plutôt bien au niveau des instruments ... à utiliser. Ceci dit ... il faut l'utiliser en manière intelligent. Pas le faire trop souvent. Parce que tous ces Procalcitonines qui sont négatives je savais qu'ils seraient négatives. Avant ! Ça faisait que confirmer une impression la Procalcitonine. Ça m'a pas fait changer d'avis

**DA54 : Mhm**

MED9.54 : J'ai jamais changé d'avis. J'ai ... peut-être une fois sur les ... j'en ai fait 15 ou 14. 14 je crois. J'ai rempli 14 dossiers pour l'instant. Sur les 15 dossiers ... sur les 14 dossiers il y a une fois où j'ai pas donné l'antibiotique alors que je pensais à en donner. Mais ça c'est la seule fois.

**DA55 : Et pour quelles raisons ?**

MED9.55 : Bah je plus ... je me rappelle plus honnêtement ce truc-là pour vous répondre

**DA56 : Oui ... mais normalement pour quelles personnes vous pensez que c'est mieux de faire des examens en plus ?**

MED9.56 : Mais c'est les personnes avec des ... un contexte particulier

**DA57 : Mhm**

MED9.57 : L'aspect bronchite pure ... emh ... même si vous avez un foyer ... chez quelqu'un de jeune ... il y a pas besoin de faire des examens complémentaires. On donne les antibiotiques pour le foyer ... vous mettez votre antibiotique pour ce foyer. Maintenant il y a aussi la question de ce foyer il est peut-être pneumonie virale

**DA58 : Mhm**

MED9.58 : On sait maintenant aussi qu'il y a des foyers qui sont uniquement virale et on est pas obligé de donner des antibiotiques. Alors c'est là où peut-être que ça sera important de savoir si ça a du sens de faire ... de faire ses examens complémentaires de l'étude. Dans ces ... dans ce cas de figure. Est-ce que le foyer focal ... il mérite toujours des antibiotiques ou pas. Probablement pas. Il y a plein de pneumonies virales qui font des foyers focaux ... une pneumonie clairement ... dans le segment ... ou ... et puis on a pas besoin de l'antibiotique. Ça ce trait sans antibiotique. Mais ça s'est gonflé. Moi je ... pour l'instant j'en reste à ... antibiotique pour un foyer focal

**DA59 : Okey oui**

MED9.59 : Même si on nous dit dans les formations qu'on a eu pour cette étude aussi que parfois on pourrait faire autrement. Et l'étude nous montrera peut-être qu'on pourra faire autrement. Mais c'est dans ces cas là où les ... les moyens alternatifs sont importants pour se rassurer de donner de l'antibiotique ou pas. Parce qu'on a pas des moyens de savoir. Enfin ... moi je n'en ai pas. Si j'ai une auscultation focale avec une pneumonie basale droite par exemple ... bah c'est une pneumonie basale droite pour moi il faut des antibiotiques. Même si on est jeunes

**DA60 : Mhm**

MED9.60 : Parce que c'est potentiellement un haemophilus ou un pneumocoque ou je sais pas. Et puis ... et puis il faut leur donner des antibiotiques. Et puis nous dit non ... ça c'est aussi peut-être un virus. Alors ça ... moi je sais pas quoi faire de ça. Et c'est ... et pour ça il nous faut des examens complémentaires pour pouvoir dire c'est viral ou bactérien

**DA61 : Oui**

MED9.61 : La Procalcitonine par exemple. Ou alors l'ultrason. Mais moi l'Ultrason... je suis pas doué ehn. (rires)

**DA62 : Donc la procalcitonine vous la voyez comme quelque chose d'utile**

MED9.62 : Je sais pas. J'ai ce fantasme ... ou cette idée. Peut-être ... parce que en tout cas ça ne demande pas une interprétation ... importante. Vous êtes en dessus de cut ou en dessous

**DA63 : Mhm mhm**

MED9.63 : Si vous êtes en dessus bah c'est bien et si vous êtes en dessous c'est pas bien. Emh ... enfin ça dépend à quoi ressemblent les choses. Mais l'Ultrason c'est à faire une interprétation. Ça veut dire vous voyez une image est-ce que c'est la bonne ... est-ce que c'est une condensation ... est-ce que c'est pas une condensation ... est-ce que vous voyez vos lignes justes ou pas justes ... comment on le fait jamais. Alors oui on le devrait faire plus souvent. Mais moi je bosse 12 heures par jours parfois en tout cas en début de semaine ... Lundi Mardi et Mercredi c'est 12 heures chaque fois. Donc au bout 12 heures si vous devez encore ajouter des choses ... pour la formation pour utiliser l'Ultrason ... il faut avoir une ... la volonté !

**DA64 : Mhm**

MED9.64 : Moi je l'ai pas. Voilà ... je le dis clairement. Ils peuvent l'entendre mes collègues. C'est aussi pour eux que je le dis (rires)

**DA65 : Donc c'est plutôt une question de temps**

MED9.65 : Mais oui ! Quand-même c'est ... l'Ultrason ça prend du temps. Ça prend du temps je pense ça veut pas la peine. C'est pas ... alors ... on vas dire ouais c'est conne parce que on vous a ... on vous donne le moyen d'apprendre une nouvelle technique et puis d'utiliser cet technique. Ouais ... mais pour le moment je fais de la résistance. Je suis un vieux crocodile. (rires)

**DA66 : Mhm (rires) ... Et comment se passe la proposition au patient de l'utilisation de l'algorithme pour le diagnostic ?**

MED9.66 : Très bien

**DA67 : Il y a ...**

MED9.67 : Il y a tout le monde est d'accord. J'en ai un qui m'a dit non. Mais je savais qu'il m'allait dire non parce que c'est un type un peu spécial. Mais j'ai une seule personne qui a dit non à l'étude.

**DA68 : Vous savez pour quelles raisons ?**

MED9.68 : Ouais ... mais ... je sais pas ... c'est pour des raisons qui lui appartiennent. Je vais pas é discuter de ça ici

**DA69 : Oui oui c'est pas grave.**

MED9.69 : C'est quelqu'un de particulier qui fait qu'il va dire non à ça. Il n'a pas le temps à donner à d'autre. Il pense à lui d'abord. Mais c'est des jugements de valeurs. Ça c'est pas quelque chose que dois figurer là-dedans

**DA70 : Et pour les autres patients qui ont accepté ... ils ont réagi comment ? Ils ont posé des questions ?**

MED9.70 : Très peu ... très peu. Non ils sont en général assez contents de faire partie d'une étude. Ça les valorise. Ils servent à quelque chose ... leur expérience est utile. Non ils sont plutôt ... ils sont

plutôt d'accord. Mais il faut passer du temps de nouveau à leur expliquer. Ça prend à nouveau un peu de temps dire bah voilà l'étude à quoi il sert etcetera. Donc pour nous c'est ... je crois qu'ils ont de la peine à recruter les patients dans l'étude ... c'est pas facile. Parce que ... bah de nouveau. Je pense que cette difficulté au recrutement c'est tout cet aspect temps qui fait que dans la consultation c'est difficile de mettre les gens en cahier et puis de ... on prend sur notre ... notre temps à nous

**DA71 : Mhm**

MED9.71 : Et puis l'honneur ... en général eux ils sont d'accord de ... de donner du temps. C'est rare que les gens sont ... disent non pour des questions du temps. Eux ils ... on s'occupe d'eux ... ils sont valorisés. Les gens sont ... si on leur explique ils sont toujours d'accord

**DA72 : D'accord**

MED9.72 : À part quelques-uns mais un sur 14. Pas beaucoup ehn

**DA73 : Pas beaucoup oui ... Alors on peut passer maintenant à la partie un peu plus Procalcitonine et Ultrason. Voyez-vous des barrières à l'utilisation dans votre pratique du test procalcitonine ?**

MED9.73 : Non ... Non. Alors ça c'est ... les patients acceptent facilement et puis moi j'entends ... dans des situations qu'il faudra définir. Chez qui on fait la Procalcitonine. Je vais pas la faire chez tout le monde. N'a pas du sens. Mais chez qui on doit la faire ... bah ça sera peut-être l'étude qui nous dira chez qui il faut la faire. Emh ... une fois qu'on sait ça je pense que c'est une bonne idée ... une bonne ... fin ... si pour autant qu'on arrive à montrer que ça a une utilité

**DA74 : Mhm**

MED9.74 : Mais ça pourrait éventuellement nous ... moi j'imagine que chez quelqu'un ... chez qui on a envie de mettre des antibiotiques c'est chez ces personnes qui on doit faire de la Procalcitonine. Et puis si elle ... elle nous dit non ... bah il faut écouter la Procalcitonine. Au moins qu'on a vraiment quelque chose ... de très profond qui disent ça il faut donner des antibiotiques. Mais ça fait appel à notre jugement clinique. C'est une question de feeling. À celui-là je donne des antibiotiques. Celui non. Il faut. Alors après est-ce que c'est juste notre jugement clinique. C'est toute la question. Alors je suis pas meilleur qu'un autre. Est-ce qu'il faut que ... il y a peut-être des gens qui ont une sensibilité qu'il faut plus et... c'est là où la technique nous aiderait. Donc il faut définir chez qui il faut l'utiliser. Mais là il y a pas de barrière ... c'est assez simple. C'est une prise de sang. Ça prend 10 minutes ... un quart d'heure ... c'est très facile. Donc Procalcitonine oui pour autant qu'on l'utilise juste. Dans les bonnes ... les bons ... les bons patients et puis ... les bonnes indications

**DA75 : Donc vous avez dit que ça vous prend plus ou moins 10 15 minutes pour faire la procalcitonine ...**

MED9.75 : Oui je sais pas exactement

**DA76 : Mais vous voyez pas peut-être le fait que ça peut être beaucoup de temps par le patients d'attendre ?**

MED9.76 : Ah les patients s'en foutes. 15 minutes ils sont d'accord

**DA77 : Okey**

MED9.77 : Ouais en général je crois ... non non ... si c'est pour leur bien ils sont prêts à passer du temps ehn. C'est pas un souci. De nouveau ils acceptent de faire partie de l'étude. Je leur dis mais si c'est ... si la Procalcitonine est élevée on en a pour une heure « ouais ouais j'ai le temps »

**DA78 : okey d'accord. Donc ils sont assez positifs**

MED9.78 : Oui oui. C'est plutôt moi le problème. C'est moi qui ... Moi je trie pour que la Procalcitonine soit basse. Parce que le jour qui est élevée alors là je vais pas rigoler ehn. Il faut que je fasse l'Ultrason... ça m'est jamais arrivé. Mais c'était pour ça ... parce qu'il faudrait maîtriser ça. Le faire plus souvent. Mais faire plus souvent j'arrive pas ... pour des questions du temps. Je le fais chez mes enfants de temps en temps.

**DA79 : Vous testez d'une autre manière alors.**

MED9.79 : Ouais je teste avec mes gamins (rires)

**DA80 : Et comment ils vivent ça ?**

MED9.80 : Les enfants ?

**DA81 : Oui**

MED9.81 : Ah ils sont ... ils sont ... ils s'en fichent. Ça leur fait égal ... ça leur fait rigoler. Ils essayent après sur moi (rires)

**DA82 : C'est un jeu pour eux aussi (rires)**

MED9.82 : Ouais ouais c'est clair

**DA83 : Et pour l'examen de Procalcitonine ... faites-vous confiance au résultat et à la proposition de prise en charge qui en découle ?**

MED9.83 : La plupart du temps oui. Emh ... mais pas toujours

**DA84 : Mhm**

MED9.84 : Il y a des fois où moi j'ai très très envie de donner des antibiotiques j'ai peut-être tort ehn. Mais je me vois pas traiter cette personne sans un antibiotique. Pour des raisons chez les gens que j'ai cité tout à l'heure. Emh ... chez ces gens là ... je transige pas. Je fais peut-être à tort ... peut-être à raison. J'espère en raison. Mais là j'écoute pas la Procalcitonine. Là je me dis bah ... c'est peut-être la marge d'erreur ... c'est peut-être que c'est pas assez développé mais vas se développer demain ou après-demain. Moi je fais confiance à mon nez

**DA85 : Mhm**

MED9.85 : Et puis ... puis voilà. J'ai quand même ... pas mal d'expérience. Et puis ... puis j'espère de pas me tromper ... mais je pas ... je suis pas sûr de moi mais j'espère

**DA86 : Donc vous nommez l'expérience ... ça c'est important pour vous ?**

MED9.86 : Ouais ouais

**DA87 : C'est plus important qu'un examen clinique ?**

MED9.87 : Ouais ... oui oui oui clairement

**DA88 : Mhm ... okey**

MED9.88 : L'expérience du patient ... l'expérience du médecin ... l'histoire du patient ... tout ça c'est important. Je pense que c'est ça qui a plus de force.

**DA89 : Donc aussi l'histoire des autres rencontres qui vous avez eu avec le patient**

MED9.89 : Oui oui ... l'historique. Le passé de la personne

**DA90 : Et vous pensez que c'est une chose qui peut manquer dans l'utilisation de Procalcitonine ... dans les critères ?**

MED9.90 : Non mais chaque examen qu'on prescrit c'est un examen qu'on doit interpréter avec ... avec ... tout un contexte.

**DA91 : Mhm**

MED9.91 : On peut pas dire oui non sur la base d'un seul examen. On est obligé de mettre ça dans un contexte. Pour n'importe quel examen. La Procalcitonine ... l'Ultrason... n'importe quoi ... scanner ... il faut mettre ça dans un contexte.

**DA92 : Oui**

MED9.92 : Et puis si on a un contexte qui est pour l'antibiotique bah on met l'antibiotique quel que soit l'histoire de la Procalcitonine à mon avis. Mais c'est rare ehn. La plupart du temps on respecte ce qu'elle dit. Parce qu'on ne le fait pas pour rien

**DA93 : Mhm**

MED9.93 : Mais il y a des fois bah ... mais dans ces cas là où on est sûr qu'on donnera des antibiotiques il faudrait pas la faire la Procalcitonine. On la fait que pour confirmer quelque chose. Parce que si est négative ça nous embête mais on fait quand-même.

**DA94 : ça vous rassure**

MED9.94 : Ouais bah s'elle est négative ça nous ((inaudible)) on dit que peut-être qui on a tort mais on la fait quand-même parce qui on pense au fond de nous qu'on doit la faire.

**DA95 : Et il y aurait de manière pour vous aider à être un peu plus en confiance dans le résultat ?**

MED9.95 : Non je vois pas. Peut-être l'Ultrason. Mais vous avez entendu ce que je pense de l'Ultrason

**DA96 : Oui tout à fait. Alors on peut parler maintenant de l'Ultrason. Vous avez déjà parlé un peu de ça ... mais comment vous êtes-vous senti en manipulant l'Ultrason ?**

MED9.96 : Pas bien !

**DA97 : Pas bien**

MED9.97 : Non. Pas bien parce que j'ai pas l'habitude. Pas bien parce qu'on me demande de prendre des décisions que je fais pas de tout confiance sur la base d'un examen que je maîtrise pas. Voilà c'est surtout pour ça

**DA98 : Mhm**

MED9.98 : Et je maîtrise pas parce qu'on a pas assez l'habitude. Parce qu'on a eu 2 heures de formation. Une fois avant de l'utiliser et puis une fois en cours de route. Pas bien parce qu'il faudrait l'utiliser tout le temps. Et puis que je pense qu'on a pas un Ultrason ... on a pas besoin de l'Ultrason tous les jours. Puis c'est juste pas possible

**DA99 : Oui**

MED9.99 : Ah l'Ultrason c'est pas ... c'est un test qui est tout ça et qui après n'est pas invasif mais pour faire confiance en ce qu'on raconte ... c'est seulement de la ... de l'entraînement. Puis l'entraînement ... alors c'est pas qu'il s'appuie sur beaucoup des choses mais il faut juste le faire. Et puis ... nous on a pas ... fin ... moi j'ai pas le temps de la faire. Alors c'est vrai ... puisque j'ai accepté de faire l'outil depuis que je suis dans ce bras-là ... c'est vrai je fais un peu de résistance. C'est ... j'arrive pas à gérer ça dans mon timing

**DA100 : Vous avez avec parlé de la formation qui vous avez fait 2 heures avant et 2 heures après ...**

MED9.100 : Non 1 heure et une demi-heure.

**DA101 : ah okey ... j'ai compris. Mais vous pensez que faire un peu plus de formations pourrait avoir un impact ?**

MED9.101 : Oui. Ouais je pense que si ... alors faire plus de formation ça veut dire aller tous à Lausanne. Parce ce qu'ils sont extra ehn ... il est bien le gar qui nous fait faire l'ultrason. C'est un type plutôt sympa et puis ... j'oublie son nom mais il est sympa et puis c'est ... c'est bien. Quand il est là il donne son temps et puis c'est bien. C'est aussi à nous à mettre ... à mettre ce qu'il faut pour être formé. Donc moi je me ... là c'est ma faute si je me forme pas. C'est ... mais il faut mettre ça dans un contexte de nouveau. Et puis le contexte de consultation fait que bah ... on a pas le temps de faire encore ça. Fin moi j'ai pas le temps. Alors vous me direz « bah alors si vous avez par le temps pourquoi vous êtes dans cette étude ? » ... c'est le paradoxe

**DA102 : Okey ... et donc vous avez déjà dit qui vous ne l'utilisez pas souvent ... mais vous faites confiance aux conclusions de-**

MED9.102 : Non !

**DA103 : Non ...**

MED9.103 : Alors ... mais c'est pas lié à l'appareil ehn

**DA104 : Mhm**

MED9.104 : C'est lié à l'utilisateur. En l'occurrence moi. Donc je me fait pas de tout confiance. Non ça c'est sûr que non

**DA105 : Mais vous pensé que c'est toujours en lien avec la formation ?**

MED9.105 : Bah oui parce que j'entend ... je suis pas plus con qu'un autre. J'ai l'Ultrason je pourrais l'utiliser très bien. Il suffit d'apprendre. Mais en deux heures de formation et puis quelques fois avec les enfants ... pour savoir si ça joue ou pas ça ne suffit pas

**DA106 : Ouais ouais**

MED9.106 : Non. Je pense que les ... heures de vol qui font que on vient pas ... puis là les heures de vol je lei ait pas. Clairement. Et puis on a besoin aussi je pense de formation de ... parce que si un jour je fais un Ultrason à un ... je vais voir des choses mais il y a personne qui corrige derrière. Et si personne ne me corrige derrière ... j'apprends rien ! Là c'est aussi un truc qui est difficile. C'est ... moi je fais les Ultrasons chez les enfants donc je vois des choses et je me dis « voilà c'est ça c'est ça » c'est toujours normal ehn ... mais on apprend ce que c'est l'Ultrasonnormal. Et puis on arrive à utiliser mieux la sonde etcetera. Mais après vous avez personne qui vous dit derrière « vous avez raison ou vous avez tort ». Vous avez pas le prof ... lui que je sais plus son nom ... qui ... qui vous dit « bah voilà regard c'est tout simple et puis c'est tout chachacha et puis là c'est ... t'as le résultat »

**DA107 : Oui**

MED9.107 : Mais lui c'est son job. Il est prof là. Il a fait que ça tout ça vie. Il discute pas des heures à savoir si donner l'antibiotique ou pas avec les gens. Il fait l'Ultrason. C'est son job à lui. Finalement chacun à son job. Moi je pense sincèrement que l'Ultrason c'est pas à ... un truc qu'il faut donner en médecine de premier recours. Ou alors on met ... on lui met ... on lui met le prix. Ça veut dire que ... je crois que les allemands ils ont une formation d'Ultrason((inaudible)) où ils font tout ça

**DA108 : Mhm**

MED9.108 : Et puis il y a les urgences qu'ils font des examens « POC » comme ils disent ... je pais qu'est-ce que ça veut dire ce ... l'acronyme « POC ». Mais c'est des ultrasons aux urgences.

**DA109 : Okey**

MED9.109 : Ils se mettent à faire l'Ultrasoncardiaque ... ils font l'Ultrasonabdominal etcetera. C'est des urgentistes qu'ils font ça. J'en connais pas mal d'urgentistes. Et puis je sais comment ils font. Je sais comment ils ont été formés. Moi quand je vois un Ultrason qui a été fait par un urgentiste je n'y crois pas

**DA110 : Mhm**

MED9.110 : Je n'y crois pas parce que ... bah dans l'urgence on voit s'il y a un épanchement péricardique c'est quand même important de le savoir ou pas. Ça c'est des choses qu'il arrive à dire. Mais tout le reste ... j'ai de la peine à dire. J'ai eu un cas l'autre jour et il a eu un « POC » pour ... un patient ... il a eu un « POC » pour un douleur abdominal basse. Ils ont cherché un abcès sous-diaphragmatique et ils m'ont dit qu'il n'y avait pas. Est-ce qu'ils ont raison ? Peut-être. Peut-être pas

**DA111 : C'est difficile ...**

MED9.111 : Moi je trouve que c'est difficile. Donc ... en Allemagne ils ont des formations pour ça. Je sais pas s'ils ont meilleur que nous ou bien pas. Mais moi je suis persuadé que si on fait pas d'Ultrason tous les jours on est pas bon

**DA112 : Mhm**

MED9.112 : Donc il faut le faire tout le jour. Il faut avoir une certification

**DA113 : Donc pour vous pour être plus confiante à l'utilisation de l'Ultrason c'est l'expérience et la formation**

MED9.113 : Ouais ... ouais

**DA114 : Okey ... alors en fait on peut parler d'Ultrason et Procalcitonine ensemble. Continuez-vous en parallèle à utiliser d'autres outils de diagnostic ? Pour quels motifs?**

MED9.114 : Pour la bronchite ? Non

**DA115 : Mhm ... Maintenant vous utilisez surtout la Procalcitonine ...**

MED9.115 : Bah dans le cas de l'étude. Moi quand je ... je fais ça de mon côté tout seul j'utilise rien. J'ai pas un regard complémentaire. Je fais ça comme ça

**DA116 : Donc c'est surtout une décision qui vous avez fait par rapport à vos habitudes qui vous aviez déjà**

MED9.116 : Mhm ... ouais

**DA117 : Quels seraient des pistes pour vous donner plus de confiance dans l'utilisation de la Procalcitonine et de l'Ultrason ensemble ?**

MED9.117 : Ouais ... Je sais pas. Je sais pas quoi vous répondre. Il me semble que c'est ce qu'on a dit jusqu'à maintenant. J'ai pas tellement beaucoup à ajouter

**DA118 : Okey ... donc expérience et formation ?**

MED9.118 : Ouais ... ouais. Et puis de nouveau le ressenti de ce qu'a le patient. C'est le ressenti liée à l'anamnèse. Ce qui est incontournable c'est une anamnèse qu'un examen clinique. C'est la base de toute. Une fois qui vous avez ça bah vous adaptés. Puis les ... on pourrait dire pour faire ça que chez les gens chez qui on pense antibiotique bah c'est là qu'il faut mettre en brun le ... un ... un cadre paraclinique qui nous permet de prendre une décision plus éclairée

**DA119 : Mhm**

MED9.119 : Voilà. Quand on pense pas antibiotique ... on donne pas d'antibiotique. Et on y va comme ça. Et puis quand on pense l'antibiotique et bom on met en brun un cadre. Par exemple Procalcitonine. Par exemple Ultrason avec les restrictions de l'Ultrason dont je viens de parler. Et puis ... et puis chez ces gens-là bah on essaye de ... de ... de suivre les prescriptions de ces examens complémentaires qu'on a demandé.

**DA120 : Mhm okey. Et par rapport au choix du traitement ... les résultats de Procalcitonine ont-ils souvent modifié votre intention de prescrire des antibiotiques ?**

MED9.120 : Je vous ai dit une fois. Une fois j'ai pas donné à cause de la Procalcitonine qu'était basse. Si non j'ai toujours fait confiance à ce qui nous disent mais ça jouait avec ce que je pensais. Donc c'était bon.

**DA121 : Donc ce n'est pas arrivé qui vous pensiez que l'antibiotique c'était nécessaire mais le résultat disait que non ... et vous l'aviez donné quand-même. J'ai bien compris ?**

MED9.121 : Mais si je fais partie de l'étude et je dois donner un antibiotique je dois aller à l'Ultrason

**DA122 : Mhm**

MED9.122 : Et c'est jamais arrivé sur les 14 cas que j'ai fait. Moi j'ai toujours eu une Procalcitonine basse. Ou alors ... nulle. Donc ... j'ai jamais dû donner l'antibiotique. Et puis la seule fois où j'ai donné des antibiotiques j'aurais dû mettre la personne dans ... dans l'étude je l'ai pas mise parce que j'avais pas le temps.

**DA123 : Oui**

MED9.123 : Mais là je pense que j'aurais dû faire l'Ultrasonnet ...

**DA124 : Okey. Et donc la question pour la question si l'Ultrason poulmunaire a modifié votre intention de prescrire des antibiotiques-**

MED9.124 : Je peux pas répondre.

**DA125 : Oui parce qu'en fait-**

MED9.125 : Je suis jamais arrivé

**DA126 : Mhm. Emh ... Et comment avez-vous vécu le fait que le choix de traitement ... donc le fait de donner ou de ne pas donner l'antibiotique ... vous soit proposé par un algorithme qui intègre le résultat d'un test de laboratoire et parfois d'un examen de radiologie?**

MED9.126 : Emh ... un algorithme il est là pour nous aider

**DA127 : Mhm**

MED9.127 : Pas pour nous contraindre. De ce fait-là moi ça me va. S'il y avait une contrainte ... en nous disons « bah voilà vous avez donné des antibiotiques ... l'algorithme vous disait qu'il fallait pas

... on vous tape sur le doigts » ou on je sais rien ... ça ce serait plus compliqué à vivre. Mais comme c'est une aide ... je pense que c'est bien.

**DA128 : Okey ... ouais ...**

MED9.128 : Mais il faut pas que ça soit une contrainte. Il faut qu'on puisse être libre en tant que prescripteur. Si on est pas libre ça vas pas. La liberté c'est de ... de faire confiance à ... à son instinct à sa formation à son ... à sa perception des choses etcetera

INF1 : Excuse d'interrompre je voulais juste vous dire que la suite est là

MED9.129 : Oui. C'était à quelle heure ?

INF2 : À 10 heures trente

MED9.130 : Et il est ?

INF3 : Ils sont et 45

MED9.131 : Et puis après il y a quelque chose ?

INF4 : Et puis après il y a 2 personnes d'urgence.

MED9.132 : Okey

**DA129 : Oui 10 minutes je pense qu'on a terminé. Oui ... alors on peut passer à la question suivant comme ça je vais couper un peu ... Si vous n'avez pas suivi les recommandations de l'algorithme normalement quelles étaient les motifs ?**

MED9.133 : Alors de nouveau c'est qu'une fois qui c'est arrivé. Mais je me rappelle plus alors ... pourquoi j'ai pas ... pourquoi j'ai donné quand-même ... Je plus. Parce qu'il y avait un contexte

**DA130 : Mhm**

MED9.134 : Je ... alors je sais pas s'il était immuno-supprimé. Je pense pas parce que c'est un critère d'exclusion pour ... pour l'étude. Mais il y a des immunosuppressions ... des immunosuppressions légères. Qu'on peut ... qu'on peut inclure quand-même. Donc je sais plus ... je sais pas quoi vous répondre. J'imagine que c'est le contexte qui fait que j'ai donné quand-même

**DA131 : Donc ce n'était pas que le patient n'était pas d'accord**

MED9.135 : Ouais ouais. Alors les patients sont d'accord en général

**DA132 : Mhm. Et pensez-vous que l'utilisation d'UltraPro a eu un impact sur les patients résistants qui veulent absolument prendre des antibiotiques ?**

MED9.136 : Ouais. Certainement. Oui oui. Ils ont ... c'est plus facile à ... à imposer l'abstention thérapeutique au niveau de l'antibiotique si ... on a le truc qui nous dit « bah voyez ... j'avais raison ... il faut pas vous en donner »

**DA133 : Mhm**

MED9.137 : Ils sont d'accord

**DA134 : Donc c'est un outil supplémentaire qui vous aide à leur expliquer**

MED9.138 : Oui ... ouais ouais. Ça ... ça renforce l'attitude abstentionniste si j'ose le dire

**DA135 : Oui ... donc ils font confiance au résultat de laboratoire**

MED9.139 : Oui j'imagine

**DA136 : Okey. Et si lors de visites de suivi vous prescrivez des antibiotiques ... pour quelles raisons vous le faites normalement ?**

MED9.140 : Bah s'il y a une évolution défavorable. Si quelqu'un qui tousse toujours et puis qui ... pour lequel il y a une auscultation qui devient un peu plus focale. Une détérioration de l'état général

**DA137 : Mhm**

MED9.141 : Tout ça

**DA138 : Et vous faites des examens supplémentaires ?**

MED9.142 : Ça pourrait arriver ouais. Une radio qui sorte ou une prise de sang ou ... oui ... oui oui. Ça dépend de l'état clinique ... de la clinique qui est présenté

**DA139 : Ouais. Et vous proposeriez peut-être quelques prescriptions qui n'est pas un antibiotique pour éviter d'en prescrire ?**

MED9.143 : Bah c'est le traitement symptomatique. Emh ... en général le traitement symptomatique on le met d'emblée. Dans la première consulte. Et puis si ça marche pas ce qu'il y a autre chose. Alors on fait des examens complémentaires pour essayer de savoir pourquoi il y a autre chose. La radio en fait partie j'imagine

**DA140 : Mhm**

MED9.144 : Souvent nous permet de voir s'il y a quelque chose. Alors c'est peut-être là où il faudrait faire un ultrason. Mais l'Ultrason... de nouveau ... il faut savoir l'utiliser et l'interpréter. Donc ... ouais. Je me perds un peu. Je sais plus ce que je devais vous dire mais je crois que ... je crois que j'ai répondu à ça

**DA141 : Oui tout à fait. Et vous pensez qu'UltraPro pourrait vous aider lors de visites de suivi ?**

MED9.145 : Emh ... bah c'est la même réponse qu'avant. C'est ... UltraPro oui jusqu'à Procalcitonine sans l'Ultrason. L'Ultrason nous aide pas. À moins de lui mettre le prix. Le prix en temps de formation ... en temps d'utilisation etcetera etcetera. Tout ce qu'on a dit avant quoi.

**DA142 : Oui. Alors on peut passer maintenant à la dernière partie. Pour ce qui concerne votre métier de médecin ... pensez-vous qu'UltraPro a le potentiel de changer votre manière de prendre en charge les infections respiratoires en médecine générale ?**

MED9.146 : Bah pourrait peut-être affiner les choses améliorer les choses. Mais le changer fondamentalement non. Mais s'améliorer oui. Certainement.

**DA143 : Oui ... donc comme vous avez dit avant c'est plutôt un outil supplémentaire qui vous aide**

MED9.147 : Oui

**DA144 : Et la Procalcitonine seule ?**

MED9.148 : Plutôt qu'UltraPro vous demandez ?

**DA145 : Oui**

MED9.149 : Ouais alors je ... de nouveau j'exclus l'Ultrason dans tout ça. En tout cas pour moi. Maintenant vous avez des gens qui sont geek. Qui adorent les ordinateurs et puis qui savent utiliser les ordinateurs et qui savent toutes les prescriptions etcetera. Alors il faut être un petit peu geek de l'Ultrason pour pouvoir que ce soit utile. Si vous tombez sur un de mes collègues qui est geek de l'Ultrason et puis trouve ça génial puis aime faire ça parce qu'il a une ... une attirance particulière pour faire ça ... bah il trouvera l'Ultrason génial et puis là il ça ce sera certainement très utile. Pour cette personne-là. Mais pour le gars moyen comme moi qui ... prend l'Ultrason comme un examen supplémentaire qui faut faire sur une consultation surbookée ... bah c'est pas utile. Il faut vraiment qui quelqu'un se passionne pour ça pour être compétent

**DA146 : Donc selon vous la Procalcitonine ça ce serait suffisant.**

MED9.150 : La Procalcitonine ça peut être un intérêt pour autant qu'elle soit avec les limitations que je vous ai dit tout à l'heure

**DA147 : Oui. Et recommanderiez-vous à vos collègues généralistes l'utilisation de l'algorithme ?**

MED9.151 : Alors ... pro oui mais ultra non. (rires)

**DA148 : Pour quelles raisons ?**

MED9.152 : Bah pour toutes les raisons que je vous ai dit tout à l'heure

**DA149 : Okey. Et pour terminer avec nos questions est-ce que vous souhaitez continuer à utiliser UltraPro dans votre pratique clinique ?**

MED9.153 : Ouais je pense que la Procalcitonine si je pourrais la garder ouais. Je pense que je la garderai. Mais il faudrait définir ... il faudrait qu'on nous définisse ... l'étude nous le dira peut-être ... comment on doit l'utiliser. Chez qui. Chez qui ça pourrait être un apport. Moi j'ai mon idée mais c'est mon idée à moi. Est-ce qu'elle basé juste mais ... c'est ce que j'ai dit tout à l'heure. C'est ... chez celui à qui on veut mettre des antibiotiques. C'est chez celui-là que je ferais probablement l'ultra-  
emh la Procalcitonine

**DA150 : Ouais**

MED9.154 : Je ferais la Procalcitonine qui me permettra d'avoir un argument supplémentaire pour dir oui ou non j'en donne

**DA151 : Mhm ... donc dans quels types de situations ?**

MED9.155 : Techniquement ?

**DA152 : Oui**

MED9.156 : Bah ... chez qui on a envie de donner un antibiotique. C'est ... chez quelqu'un qui a un foyer ... clairement auscultatoire. Une auscultation focale. Si on a une auscultation focale clairement moi je donne un antibiotique. Toujours. Toujours ... ça n'existe pas toujours en médecin ... mais presque toujours. Emh ... et là c'est pas forcément juste. Je pense qu'il y a quelque chose là où on pourrait faire mieux

**DA153 : Et c'est là que-**

MED9.157 : C'est là où la Procalcitonine peut nous aider à mon sens. Mais c'est un peu manichéen. C'est oui ou non. Et puis ... l'Ultrason peut-être que là ... il est peut-être important de la faire là aussi dans cette ... dans cette optique-là. Mais il faut dire que nous on a des pneumonies ... moi j'en ai deux par année de pneumonie quand tout va bien. C'est souvent une par année ... dans ma consultation. Je vois ... 980 personnes ou 950 personnes par année différentes. C'est par ma ... par rapport mes collègues un peu plus que la moyenne. Je suis à 110% un peu prêt par rapport à mes collègues. Au niveau de gens consultés. Donc je pas une petite consultation. Mais là-dedans je vois deux pneumonies par année ... pas plus. Non je consulte de gens en bonne santé. J'ai peut-être de la chance. Une population en bonne santé par rapport à d'autres collègues. Mais c'est rare la pneumonie. Donc vous avez pas la ... la possibilité d'utiliser ça fréquemment

**DA154 : Oui ... okey. Donc alors en fait moi j'ai terminé avec les questions. Je vous remercie beaucoup pour votre temps. Est-ce que vous avez des commentaires supplémentaires. Quelque chose que j'ai pas demandé ou qui vous voulez ...**

MED9.158 : Non non

**DA155 : Ça va comme ça ?**

MED9.159 : Tout va très bien. Merci à vous

**DA156 : Alors merci beaucoup.**

*4.2.1. Journal de Bord MED9 – UltraPro – Daniel Geis*

18 octobre 2019

**Entretien**

Pour ce troisième entretien je me dois préparer un peu plus que le dernier, vu qu'il s'agit du premier pour le groupe UltraPro. J'ai relu le canevas plusieurs fois et j'ai regardé à nouveau le protocole de recherche pour être sûr d'avoir toutes les étapes de cet outil en tête.

L'entretien a eu lieu le 18 octobre 2019 à 09h30 dans une ville loin de Lausanne pour laquelle j'ai dû prendre le train. Pour cette raison j'ai contrôlé plusieurs fois d'avoir l'ordinateur et mon téléphone portable avec la batterie plein et d'avoir tout le matériel nécessaire. Vu mes expériences passées, j'ai préféré prendre un train qui, dans le cas il aurait été annulé, me permettait de prendre le suivant et d'arriver quand-même à l'heure au rendez-vous. Pendant le voyage j'ai pu regarder à nouveau le canevas et mémoriser les parties plus importantes. Pour cet entretien je suis un peu plus stressé que pour le dernier, mais je ne sais pas le vrai motif. C'est possible que ça puisse être en lien avec la peur d'arriver en retard.

J'arrive à l'heure au cabinet, mais les assistantes médicales me communiquent que le médecin a déjà du retard sur ses consultations. Finalement, après plus de 30 minutes d'attend, le docteur se libère et on peut commencer l'entretien. Avant de lui expliquer la recherche et de lui faire signer la feuille de consentement, il m'offre un café et il me pose des questions sur mes études en psychologie. Cela a été une bonne occasion pour m'apaiser et pour créer une bonne ambiance pour la suite de l'entretien. Il me dit d'être très intéressé à faire un entretien avec moi et d'avoir beaucoup de questionnements par rapport à cette étude. Il arrive à bien développer ses propos en apportant aussi des explications aux motivations qui le portent à se méfier de l'algorithme UltraPro. Il me semble d'avoir bien relancé sur les points forts de l'entretien pour l'aider à développer ses pensées. À un certain moment une assistante médicale a interrompu la rencontre en disant qu'il y avait beaucoup de gens dans la salle d'attente. Cela a beaucoup dérangé le bon déroulement de la conversation : moi j'ai essayé de couper certaines questions pour aller plus vite et de son côté le médecin a moins développé ses propos avec des réponses courtes.

Malgré ça, il me semble que l'entretien c'est plutôt bien passé. Une fois terminé il me dit être content d'avoir pu parler un peu de cette recherche avec quelqu'un et qu'il espère avoir apporté une vision suffisamment critique afin d'améliorer l'implémentation future de cet outil. En dehors de l'interruption de la part de l'assistante médicale, je suis content de comment s'est déroulé l'entretien.

Mémos après entretien
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pense ne pas prescrire trop                             <ul style="list-style-type: none"> <li>⇒ Seulement à un certain type de population</li> <li>⇒ Fait partie des autres études qui lui permettent de prendre conscience de sa prescription</li> </ul> </li> <li>• Pense que l'alliance c'est au centre. Il faut prendre le temps de parler avec les gens.                             <ul style="list-style-type: none"> <li>= pour ne pas la casser =&gt; prescription</li> </ul> </li> <li>• Il manque le temps dans les consultations pour pouvoir discuter avec les gens                             <ul style="list-style-type: none"> <li>Importance de la subjectivité</li> </ul> </li> <li>• Procalcitonine oui.                             <ul style="list-style-type: none"> <li>⇒ Donne des pistes pour implémentation efficace</li> </ul> </li> <li>• Ultrason Non. Il faut trop de pratique. Il faudrait l'utiliser tous les jours.</li> </ul>

## Transcription

Comme a été aussi pour les autres deux premières transcriptions, j'ai eu un peu de la peine à transcrire les parties où le médecin utilisait un vocabulaire surtout médical. En tout cas, il me semble que j'arrive de plus en plus à maîtriser certains aspects de ce vocabulaire spécifique et de comprendre donc de quoi les médecins parlent. Je pose comme d'habitude un grand nombre des questions pendant l'entretien, et même si cela semble avoir un effet positif sur ce type de discussion avec les médecins, je dois essayer de diminuer ce type de relance. En transcrivant je me suis rendu compte du changement qu'il y a eu dans les échanges suite à l'interruption de la part de l'assistante médicale. Jusqu'à ce moment la conversation était beaucoup plus naturelle, tandis qu'après on voit qu'il y a eu une certaine urgence à terminer la rencontre. À part cet aspect un peu négatif, je suis content de comment est sortie l'entretien. Le médecin a bien développé ses propos, ce que nous permettra d'avoir du matériel sur lequel travailler.

Mémos après la transcription
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Radio rare = 1 ou 2 fois par année</li> <li>• Propose traitement symptomatique pour tous</li> <li>• C'est rare qu'il prescrive des antibiotiques                             <ul style="list-style-type: none"> <li>⇒ Prescrit à des personnes plus fragiles</li> <li>⇒ Donne surtout à des personnes âgées</li> <li>= PROCALCITONINE ICI PEUT AIDER !</li> </ul> </li> <li>• CRP = Quand a doutes                             <ul style="list-style-type: none"> <li>⇒ Aide supplémentaire</li> </ul> </li> <li>• COÛT = chère = pour cette raison on ne la fait pas tjrs</li> <li>• Feeling avec patient qui fait décider si donner ou non antibiotique                             <ul style="list-style-type: none"> <li>⇒ Écouter patient</li> </ul> </li> <li>• Conscient de la problématique                             <ul style="list-style-type: none"> <li>⇒ Formation + étude Bâle (regardent ses prescriptions)</li> <li>⇒ Essaie donc de prescrire moins possible</li> <li>⇒ Les Suisses prescrivent moins que les autres pays = Formation meilleur ?</li> </ul> </li> <li>• Étude Bâle                             <ul style="list-style-type: none"> <li>⇒ Il est au-dessus de la moyenne = prescrit beaucoup pour infections urinaires</li> </ul> </li> <li>• Fait partie du cercle des pharmaciennes                             <ul style="list-style-type: none"> <li>⇒ Prescrit autant que les autres médecins</li> </ul> </li> <li>• Aussi patients sont conscients du problème                             <ul style="list-style-type: none"> <li>⇒ Ils n'aiment pas trop les antibiotiques</li> <li>⇒ Journaux</li> <li>⇒ Différences culturelles</li> <li>= Kosovo = idée magique = sans antibiotique on n'est pas soigné !</li> </ul> </li> </ul>

- = Mais ça c'est une représentation du SUD
- ⇒ Idée magique de la médecine = il faut faire des examens + donner des médicaments
- ⇒ Pour maintenir une certaine adhérence = on prescrit des antibiot à ce type de personne = on le fait pour faire que les gens font ce qu'on veut qu'ils fassent => il faut aller avec la résistance pour peu à peu changer l'habitude, d'éduquer
- ⇒ Il faut se mettre au même logeur d'onde
- ⇒ ALLIANCE c'est la clé de la COMPLIANCE
  - = Il faut prendre le temps d'expliquer aux gens
  - = La plupart des gens en tout cas n'aiment pas les antibiotiques
- La discussion c'est vraiment au centre de la consultation
  - ⇒ Les outils sont à côté
  - ⇒ Mais la discussion sa prend du temps
  - ⇒ Grâce à ça on arrive à modeler les patients = au travers des années de consultation
  - ⇒ Les personnes que ne sont pas d'accord changent de médecin
- Procalcitonine
  - ⇒ Peut-être utile
  - ⇒ C'est quelque chose de binaire (oui ou non)
  - ⇒ Il faut l'utiliser de manière intelligent (pas chez tout le monde)
  - ⇒ Il faudrait définir chez qui on fait la Procalcitonine
  - ⇒ On accepte le résultat, mais si un jugement subjectif à un idée contraire => il suit l'idée subjectif = Plus part de fois on écoute ce qu'elle dit. On ne fait pas pour rien cet examen
  - ⇒ Il continuerait à utiliser que la Procalcitonine, sans Ultrason
  - ⇒ Serais utile pour avoir des arguments supplémentaires concernant la décision de prescrire ou non
- Ultrason
  - ⇒ Jamais utilisé sur les patients
  - ⇒ Prend longtemps
  - ⇒ Pas à l'aise à le manipuler
  - ⇒ Compliqué à interpréter
  - ⇒ Il faut s'exercer, mais il manque le temps pour le faire
  - ⇒ Difficile faire confiance en ce qu'on voit
  - ⇒ C'est un outil qu'on n'utiliserait pas tous les jours !
  - ⇒ Contexte de consultation ne donne pas le temps pour exercer l'Ultrason.
  - ⇒ Ne fait pas confiance à ses interprétations de ce qu'il voit.
  - ⇒ Ce n'est pas un outil à donner aux médecins de premier recours (ce n'est pas leur job)
  - ⇒ Il faut faire tous les jours pour être bon
- À qui fait examens
  - ⇒ Personnes avec contexte particuliers
- Pratiques
  - ⇒ Il reste que s'il y a foyer focal = antibiotique = même sans examen
  - ⇒ C'est ici que l'étude est importante pour donner des moyens pour rendre plus sûr la décision
  - ⇒ PROCALCITONINE IMPO pour distinguer viral de bactérienne
  - ⇒ Il faut définir à qui on fait la Procalcitonine
  - ⇒ Expérience c'est plus important qu'examen clinique !
    - = Expérience du médecin + Exp du patient + Histoire du patient
  - ⇒ Il faut être libre de suivre son propre instinct. Pas avoir une contrainte d'un examen.
- Patient
  - ⇒ UltraPro utile pour patients résistants = il y a un truc objectif

### 4.3. Transcription MED10

DGeis\_Femme\_Médecin généraliste\_UltraPro\_Zone rurale\_55min58sec

**DA1 : Comment se passait habituellement le diagnostic et la prescription lors des infections respiratoires basses ? Avant l'étude ...**

MED10.1 : Emh ... alors bah c'est surtout sur l'anamnèse et l'examen clinique avec ... je dirais un regroupement de signes fonctionnelles ... état général du patient ... fièvre ou pas fièvre et surtout est-ce qu'il y avait à l'auscultation une anomalie focalisée.

**DA2 : Mhm**

MED10.2 : Qu'elle soit plutôt crépitante ou de chose comme ça.

**DA3 : Et lorsqu'il y a par exemple quelque chose à l'auscultation vous ...**

MED10.3 : Si j'avais une auscultation avec ... de crépitant un état fébrile associé puis une dégradation de l'état général et puis bien sûr après la durée ... depuis quand ça durait ... généralement je faisais faire une prise de sang avec formule sanguine complète et une CRP. Et pas toujours de radio thoracique puisque l'image est ... décalée dans le temps par rapport aux symptômes. Donc souvent je faisais pas de radio du thorax.

**DA4 : Mhm**

MED10.4 : Et je prescrivais (rires) en fonction du résultat surtout si la CRP était élevée ... je mettais un antibiotique. Si j'avais pas à disposition la prise de sang ... je me fiait à mon ... je vais dire à mon instinct. En disons « voilà le patient ... est un peu pâle ou ... a des difficultés respiratoires » et puis je mettais une couverture antibiotique. Mais je n'avais aucune preuve.

**DA5 : Est-ce que vous arrivez à décrire un peu les signes qui vous regardiez lorsque vous avez aucune preuve ?**

MED10.5 : Si j'ai aucune preuve ... emh ... c'est surtout est-ce qu'il est dyspnéique ? Est-ce qu'il est cyanosé ? Donc coloration. Alors l'état de conscience mais généralement s'il vient qu'il est face à moi il est quand-même avec une conscience conservée. Ou dyspnée ... ouais s'il y a de nause. Ça va être sur- et puis tirage éventuel au niveau ... respiratoire.

**DA6 : Mhm ... mais vous faisiez des examens où s'arrivait aussi de parfois pas faire des examens et donner quand-même un antibiotique ?**

MED10.6 : Ouais ça m'est arrivé de pas faire des examens et de donner des antibiotiques. Fin pas d'examens de laboratoire. Parce que plus de personnel est à disposition ... plus d'échantillon pouvait pas être traité. J'allais pas voir ... dans l'admin le résultat. Et puis je disais « bah mais tant pie je tente le tout pour le tout et puis je mets en route... » notamment quand j'étais de ... quand on est de garde ... qu'on fait des gardes dans un autre endroit qu'au cabinet on n'a pas ... on est tous seules et on a

rien à disposition. Donc là je mettais ... je prescrivais et puis je mettais pas en route ... fin je mets en route des antibiotiques et je faisais pas d'analyse complémentaires.

**DA7 : Mhm**

MED10.7 : Si par contre j'avais une forte suspicion ... comment dire ... de ... de ... d'état vital compromis donc qui nécessite une hospitalisation je faisais hospitaliser la personne clairement. Pour avoir tous ces éléments là avec radio et labo avant l'introduction d'un traitement.

**DA8 : Okey ... si on passe maintenant un peu plus à la partie de l'étude. Quels sont vos motivations pour participer à cette étude ?**

MED10.8 : Justement pour diminuer la consommation et la prescription d'antibiotiques. Parce que je m'inclus là-dedans (rires) dans les médecins où on essaye de prescrire moins d'antibiotiques mais c'est extrêmement je trouve pour ma part compliqué de résister à la pression des patients qui parfois réclament absolument un antibiotique. Alors qu'à mon sens c'est complètement injustifié pour une infection respiratoire mais même quel soit haute ou basse. Et pour laquelle je sais pertinemment que c'est surtout viral. J'ai l'impression que la ... la population c'est maintenant ... fin veut tout et tout de suite. Ils veulent les rendez-vous médicaux immédiatement et si l'horaire ou le jour leur ne convient pas ils vont aux urgences ... ils veulent l'antibiotique tout tout suite. Il faut être guéri en deux jours même si on sait pertinemment qu'un virus il mettra ... voilà une semaine. Que quand vous avez une bronchite vous mettez deux à trois semaines à tousser et à guérir. Donc voilà. C'est ... surtout par rapport à ça. Par rapport à une bronchite. Où on a peut-être tendance ... je dis on mais surement moi ... parfois à baisser les bras pour pouvoir pas résister à la pression des patients et à mettre un antibiotique. Quel que soit la durée même si courte-soit elle ... bah c'est un antibiotique de trop. Donc là quand j'ai l'argument de dire ... réel avec cet Procalcitonine en fait ... parce que jusqu'à présent j'ai pas eu à faire ... j'ai dû faire peut-être qu'une Ultrason parce que la Procalcitonine était positive. Sur les ... j'en ai inclus 10 pour l'instant qui ont nécessité la Procalcitonine. 9 étaient Procalcitonine normale. Donc j'avais un argument béton. Fin pour moi (rires).

**DA9 : Dans c'est surtout pour avoir un argument pour les patients.**

MED10.9 : Et pour moi. Voilà. Là je sais que c'est viral.

**DA10 : Mhm ... en tout cas si j'ai bien compris vous voyez qu'il y a quand-même un problème concernant la prescription des antibiotiques.**

MED10.10 : Oui. Clairement. Il y a des publicités pour ... pour ralentir on va dire cette consommation cette surconsommation. Je pense que les patients ... certains en tout cas ... sont de plus en plus sensibilisés. Mais ... il me semble que c'est une minorité. J'ai aucun chiffre ... je n'ai aucune étude. Voilà. Mais je me dis que c'est qu'une minorité que commence à se dire « ah il faut pas abuser des antibiotiques ». Alors ...

**DA11 : Donc avoir un argument en plus ça aiderait à diminuer.**

MED10.11 : Oui ... oui.

**DA12 : Oui ... et avant cette étude, aviez-vous déjà diminué ou pensiez-vous pouvoir diminuer la prescription en matière d'antibiotiques ?**

MED10.12 : Oui. Oui. J'espère ... j'espère avoir baissé ma prescription d'antibiotiques. Je pense que j'avais fait le maximum pour la réduire. Alors pas seulement pour ... sur le plan respiratoire. Donc de manière générale. Maintenant je ne sais pas du tout par quel biais m'assurer que ma prescription ... mon volume de prescription a été diminué. Je sais pas si au niveau des chiffres de ... de la pharmacie par exemple. Sur mon nom est-ce qu'ils arrivent à me ... à faire une statistique et dire « oui entre telle année et telle année vous avez réduit ». Je pense qu'ils peuvent le faire. Je sais pas si c'est fait. Voilà. On ... je fais partie d'un ... comment on dit ... d'un groupe de ... avec les pharmaciennes justement ... de ... du coin et où les médecins et les pharmaciens et on discute sur les prescriptions ... tout molécules ... on a des thèmes. Mais on voit nos chiffres de prescription justement et par molécules d'une année à l'autre. Surtout par les coûts. Et puis parfois je dis « tien c'est bizarre là j'ai (rires)... j'ai trop prescrit ou ... » voilà donc je trouve ce reflet intéressant. Mais comme je travaille en EMS et qu'en EMS on a quand-même une tendance à mettre des antibiotiques beaucoup pour les infections urinaires ... passablement pour des infections respiratoires basses ... mais parfois on ... je m'abstiens en disant « bah ... voilà la nature ». Si en accord avec la famille ne veut pas qu'on traite une pneumonie ... on traitera pas.

**DA13 : Mhm**

MED10.13 : Et puis on ... j'en ai qu'on survécu à leur pneumonie. Et puis d'autres qui avaient un antibiotique et sont décédés malgré tout. Donc voilà. Je reste très ... on va dire humble. Puis je relativise beaucoup l'intérêt de l'antibiotique pour ces cas-là.

**DA14 : En tout cas vous pensez qu'il y a aussi une différenciation à faire entre des personnes âgées ...**

MED10.14 : En collectivité bien sûr. Une personne âgée vulnérable ... donc en collectivité fin en tout cas en EMS ... rien à voir avec bien sûr un enfant ou bien un jeune adulte. Oui oui ... alors clairement.

**DA15 : Et selon vous quels sont les possibles facteurs qui ont eu un impact sur votre diminution de la prescription ?**

MED10.15 : Quand vous entendez par facteurs en dehors de la Procalcitonine ... c'est un

**DA16 : Oui en dehors de l'étude.**

MED10.16 : En dehors de l'étude les facteurs pour réduire ma prescription.

**DA17 : Oui. Qui ont eu un impact sur votre diminution.**

MED10.17 : Les formations. Très clairement.

**DA18 : Mhm**

MED10.18 : Emh ... à force de répéter et ré-répéter de peut-être ré-affiner au niveau de la ... de la clinique. Et puis je me dis qu'on peut être en droit de s'accorder du temps. C'est-à-dire de ... d'évaluer une personne même si on est en désaccord que le patient réclame son antibiotique. Je suis en droit de dire « non ». Et puis ça il faut que je puisse l'assumer. Mais on lui met un autre rendez-vous de contrôle. Voilà. Et puis ça ... c'est peut-être ça qui est parfois problématique de reprendre les gens entre deux. Ou bah quand on se retrouve à jeudi ou à un vendredi il m'arrive d'avoir le lundi un fax-med des urgences parce que le patient n'a pas accepté d'atteindre. Et puis il va consulter dans le week-end. Ou parce que je ne peux pas le voir ... parce qu'il tousse depuis une semaine et que je ne peux pas le revoir quand il veut. (rires)

**DA19 : Mhm**

MED10.19 : Et il échappe. Voilà. Mais quand je le vois une première fois j'essaie et puis je fais lui comprendre que c'est important qu'on réévalue la situation et qu'il puisse revenir. Puis on essaie de trouver un agenda commun. Mais c'est peut-être un gros problème.

**DA20 : Donc des petites stratégies qui ne marchent pas toujours mais que vous avez adoptées.**

MED10.20 : Oui. Oui.

**DA21 : Et comment vous pensez que les patients vivent ça ? Le fait de ...**

MED10.21 : Alors je pense que si on leur dit « oui ... vous pouvez » fin ... si je ne peux pas les voir ... puis que je ré-conviens un rendez-vous avec eux deux trois jours après mais en mettant un traitement symptomatique et pas d'antibiotique. Je pense qu'ils sont tout à fait aptes à l'entendre ... à le comprendre ... à l'accepter ... avec ou sans arrêt au travail. Et je pense qu'ils se sentent suivis et ça dépend de la relation de confiance établie entre nous et eux voilà. Par contre si je n'arrive pas à les voir et puis qu'ils toussent admettons depuis une semaine ... mais c'est souvent ... je fais un aparté ... c'est souvent des gens qui toussent depuis une semaine 10 jours 15 jours qui n'ont pas de fièvre ... qui n'ont pas de dégradation de l'état général puis qui ont mal à tousser et puis disent « il me faut un rendez-vous tout de suite ». Et cela ... peut-être à tort je dis « bah non. ». Ça peut encore attendre aux yeux de ... de ce qu'ils me décrivent ... de la voix où j'entends au téléphone qu'ils ne sont pas essoufflés ... emh ... qui peuvent quand-même continuer à travailler en fin des petites choses comme ça. Quelqu'un par contre ... bah qui met une grosse pression ou qui pose des problèmes qui vont être plutôt ... il y a des patients comme ça très ... je dirais agressifs ... verbalement ... qui agressent les assistantes médicales alors pour la paix des ménages j'essaie de ... voilà d'accéder à leur demande dans les 24 heures. C'est pas toujours le cas. En fonction de mon planning si je m'absente ...

**DA22 : C'est pas facile**

MED10.22 : C'est vraiment pas facile. Mais certaines le comprennent l'entendent ... puis d'autres pas du tout. Ah ils partiront chez quelqu'un d'autre. On propose des confrères ehn ... on a la chance d'être en cabinet de groupe. Donc on essaye de prendre des urgences des autres. Je sais que mes collègues ils me prennent les miennes quand ... quand ils peuvent et je que suis pas là. Voilà. C'est pas facile de contenter tout le monde. Mais ...

**DA23 : Mhm ... donc si j'ai bien compris il y a des patients qui sont prêt à faire ça et des autres qui sont un peu plus résistantes.**

MED10.23 : Oui. Mais je pense que malgré tout ... je pense que la majorité sont prêt des patients à faire un effort à condition justement d'être ... encadré d'être ... qu'ils se sentent ouais soutenus entendus. Et finalement c'est qu'une minorité qui m'agace (rires). Qui m'énerve. Je pense que ce n'est qu'une minorité. Mais ça m'agace profondément. Alors ça prend peut-être que dans mon esprit je prends ça comme un grand volume ... alors qu'en fait ... (rires).

**DA24 : Et en fait comment vous pensez que les patients se situent par rapport à la prescription des antibiotiques en général ?**

MED10.24 : J'en ai ... ouais je crois les deux ... emh ... j'ai une minorité qui réclame et qui me jure qui ne part sans antibiotique. Et je pense quand-même qu'une grande majorité ... me dis qu'ils préfèrent tenter sans antibiotique. Après des personnes à risque ... des immunodéprimés etcetera ... là j'en ai qui me disent « je préfère sans antibiotique » mais ... où là par contre je vais pas courir le risque de décompenser leur pathologie chronique. Et puis je vais devoir motiver qu'ils prennent l'antibiotique. Alors je le prescris après j'en sais rien s'ils l'ont pris. Si qui a été très intéressant là c'est qu'il m'est arrivé d'en prescrire et puis en fait à l'occasion bah quelques semaines ou mois plus tard je revoie la personne puis je leur dis « ah en fait vous avez dû prendre l'antibiotique la dernière fois ... pour telle chose » et puis ils ne le prennent pas. Bon ... donc je me dis (rires) finalement ils ont entendu mes réticences. Je l'avais prescrit en mettant au cas où. Voilà. Et puis ils l'ont pas pris.

**DA25 : Ah oui ... alors il y a des personnes aussi qui ...**

MED10.25 : Donc je ... je pense ... ouais ... je sais que dans les statistiques je pense qu'il y a dans les cantons romands des ... des gros consommateurs par rapport aux cantons allemandes ... fin alémaniques ... d'antibiotiques. Emh ... moi j'avais l'impression que les gens peut-être faisaient un petit peu marche arrière mais ... j'ai pas des chiffres donc je sais pas.

**DA26 : Donc vous pensez que les attentes des patientes sont changées ?**

MED10.26 : J'espère. Moi j'ai l'impression que là la politique quand on leur dit « il y a de plus en plus de résistance il faut pas » .... Ah une chose qui a changé dans ma prescription. En vue des voyages avant on établissait parfois des listes des médicaments anti-diarrhéiques anti-vomitif ... et

antibiotiques large-spectre parce que disait « au cas où il me faut quelque chose ». Puis là maintenant je leur dis « niet ... il y aura plus d'antibiotiques » (rires).

**DA27 : Okey**

MED10.27 : « Je vous met pour du Dafalgan ... je vous mets l'anti-diarrhée ... pour les vomissements ... mais je vous mets plus d'antibiotiques parce que ça sera pas adapté ... parce que je préfère vous consulter sur place au cas où. Ou au retour de votre voyage ... ou que vous soyez dans un hôpital. Enfin il y a toujours un moyen de faire autrement ». Et de là je mets avant que toute ... point de vue mondial en tout cas il y a tellement de résistances ... voilà ... que là stop.

**DA28 : Oui oui**

MED10.28 : Et c'est assez bien perçu. Les gens disent « okey ». Alors j'espère qu'ils vont pas faire un nomadisme médical et aller chez un autre collègue à demander l'antibiotique parce qu'ils partent en voyage. Ou demander à la pharmacie de leur délivrer une boîte d'antibiotique. Parce que ça je crois que les pharmaciennes peuvent donner certains antibiotiques.

**DA29 : Okey ... je savais pas. C'est possible ?**

MED4.29 : Je crois qu'ils peuvent l'en donner sans ordonnance. Et ça me dérange. Par rapport à cette politique de restreindre ... l'utilisation des antibiotiques.

**DA30 : Oui parce que si vous faites des efforts et après ... il y a des autres manières pour y arriver.**

MED10.30 : Voilà. C'est ça. Moi je redoute si c'est un Monuril ou fin un Fluimicil okey ... mais voilà je redoute qu'il y a des dérives à côté.

**DA31 : Mhm**

MED10.31 : Ou qu'ils se le procurent d'autre manière.

**DA32 : Okey ... et en lien à l'inclusion e l'exclusion des patients de l'étude. Selon vous quel type de patients devraient être inclus dans cette étude ?**

MED10.32 : Alors moi j'aurais bien voulu inclure des personnes âgées de l'EMS (rires). Mais ils n'ont pas tous une capacité de discernement. Donc ils pouvaient pas faire partie de l'étude. Par contre je pense que si on a à disposition éventuellement la Procalcitonine ou un Ultrason ... si j'ai pas la Procalcitonine peut-être un Ultrason ... ça pourrait changer la donne peut-être dans la prise en charge. Alors c'est une hypothèse comme ça. Après ... par rapport à l'inclusion ... emh ... non je pense que le questionnaire était assez bon. Il y en avait ... j'ai eu le cas de personnes qui pouvaient être inclus mais qui ont refusé d'être inclus.

**DA33 : Okey**

MED10.33 : Qui n'ont pas voulu participer à l'étude. Et ça j'ai pas pu le noter parce qu'il y avait ... il y a pas noté que le patient refuse d'être inclus ... et il y a noté « pas le temps d'inclure ». Donc je

cochait pas le temps d'inclure. Ça m'a été arrivé une fois réellement de pas pouvoir inclure le patient et je trouvais dommage ... mais que le patient ne soit pas d'accord alors qu'il y a tous les critères ... qui peut être inclus mais qu'il ne veut pas après avoir lu papier être inclus ... bah ça je pense qu'il faudrait le ...

**DA34 : Le signer**

MED10.34 : Le signer. Ouais. De voir que la personne a peut-être peur de ... alors soit que j'ai mal présenté l'étude et puis ça probablement. Soit qu'ils sont peur je ne sais pas de quoi. Mais là aussi ils sont pris de cours et puis que j'arrive pas à convaincre. Il faut du temps et il faut du temps pour les inclure. Il faut du temps après pour réaliser la Procalcitonine. Les revoir pour le résultat ou leur communiquer. Éventuellement les revoir pour l'Ultrason. Moi je trouve que c'est ... ça fait une année que je le fais. J'en ai inclus que 10 et je vous garantis que parfois je me croise les doigts et je me dis « pourvu qu'il a pas les critères d'inclusion parce que là j'ai trop de retard et j'arriverais pas » (rires).

**DA35 : Mhm**

MED10.35 : C'est dommage. Mais je sais pas si j'ai répondu à ...

**DA36 : Non non tout à fait.**

MED10.36 : Alors c'est ça.

**DA37 : Okey ... et comment se passe la proposition au patient de l'utilisation de l'algorithme pour le diagnostic ?**

MED10.37 : J'ai ... ouais ... j'ai du mal à ... je pense à formuler des choses concises et claires donc j'ai essayé de me faire ... les tous premiers patients j'avais vraiment l'impression d'être non ... non pas objective mais non ... concise. Ouais c'est ça.

**DA38 : Mhm**

MED10.38 : Donc maintenant j'ai vraiment dit « voilà l'étude consiste avec les trois bras. Je fais partie moi de ce bras là et je donne le rôle de la Procalcitonine et de ce qu'on attend ». Et puis je me tout sur la Procalcitonine en disant « je vous garantit que c'est une test extrêmement fiable ». Donc la fiabilité du test. « Et puis s'il est normal on peut considérer que c'est viral et que donc il y aura pas l'antibiotique ». Les gens sincèrement qui ont été intégré acceptent bien et se rangent bien sur cette décision.

**DA39 : Mhm ... donc vous voyez aussi le fait ... d'un argument en plus.**

MED10.39 : Oui. Clairement oui.

**DA40 : Mhm ... donc ils sont normalement convaincus de faire ...**

MED10.40 : De faire oui. Après ...

**DA41 : Oui**

MED10.41 : Ouais ouais. J'en ai une bah qui a refusé complètement paniquée ... emh ... ouais paniquée je pense des suites ... paniquée de faire partie d'une étude. Qu'il y avait des échantillons avec visé génétique ou des choses comme ça ou ... et puis j'avais bon tenté de la rassurer par lui dire qu'elle pouvait se retirer de l'étude quand elle voulait. Enfin ... voilà c'était un refus. Mais c'était sur un terrain je pense ... fin si je pense ... j'en suis sûr ... extrêmement anxieux. Donc une nature anxieuse de base et ... voir anxieux-dépressive. Et puis là d'avoir été malade elle s'est imaginé cancer ... fin d'état des choses. C'était ... c'était pas de tout adéquate par rapport à ce qu'elle avait. Donc ... mais c'est un cas isolé.

**DA42 : Oui oui ... et pour quels types de patients avez-vous besoin d'outils diagnostics supplémentaires pour décider de votre prescription d'antibiotique ?**

MED10.42 : Donc notamment formule ... CRP ou radio ?

**DA43 : Oui**

MED10.43 : Alors j'avoue que j'aime bien ajouter quand-même une formule et une CRP en disant « si j'ai une CRP haute et si j'ai en plus une hyperleucocytose à neutro ... je ... et que ma Procalcitonine est normale ... et bah là j'aurais un doute. Puis je vais surement mettre quand-même un antibiotique. Alors toujours en fonction de l'état du patient.

**DA44 : Mhm**

MED10.44 : Mais ... mais je ... quand la Procalcitonine m'est revenue positive ... que la CRP était pas tellement élevée et puis que j'avais des leucocytes normaux ... mais qu'une Procalcitonine était haute ... et donc positive et que j'avais dû faire l'Ultrason j'avais mis l'antibiotique. Donc voyez ... mon raisonnement est pas très fiable. J'arrive pas à me défaire encore de mes anciennes habitudes. D'habitude je fais une CRP (rires). La radio je l'a fais pas systématiquement. Dans le ... dans le test ... fin dans l'étude est demandé si on fait un test VIH ... je le fais jamais. Je le demande jamais. Pourtant les infectiologues nous martèlent. Voilà. Donc il y a ... j'ai vraiment des habitudes ...

**DA45 : Donc ça vous arrive souvent de faire une CRP en plus**

MED10.45 : Quasiment systématiquement.

**DA46 : Systématiquement.**

MED10.46 : Ouais. À tous ceux qui j'ai inclus avec la Procalcitonine ... je pense qu'ils ont tous eu une CRP. Ouais. (rires)

**DA47 : Mais c'est surtout pour l'aspect de la confiance ?**

MED10.47 : Oui. D'une parte pour la confiance et pour le suivi finalement que ... si va pas mieux ... alors une fois la personne allait pas mieux et j'avais donné un antibiotique. Et j'avais pas pensé à redoser la Procalcitonine. Je pensais pas que je pouvais refaire la Procalcitonine. Et maintenant que je le sais ... bah quand la personne ne va pas mieux ... je demande à est-ce qu'elle revienne et à faire

la Procalcitonine. Si la CRP était vraiment anormale puis qu'il va mieux ... je me dis bah cliniquement il va bien je ré-test rien. Puis s'il va pas mieux peut-être que je referais une CRP. Mais j'ai pas eu le cas encore pour voir si ça ... la cinétique de la CRP.

**DA48 : Oui ... okey. Et voyez-vous des barrières à l'utilisation dans votre pratique du test procalcitonine ?**

MED10.48 : Non. Non. Dans l'étude oui. Parce que ça veut dire qu'il faut faire des écouvillons des crachat enfin des autres prélèvements. Emh ... j'ai vu qu'il fallait en tout cas ça prend bien 20 minutes ou ... ou une demi-heure pour l'assistante à faire ça. Donc quand elles sont surbookées c'est vrai que depuis une année elles m'ont vu arriver avec cette étude ... on peut pas dire qu'elles étaient réjoui (rires). Et surtout quand je les appels et que je leur dis « il faut faire une Procalcitonine » ... maintenant concrètement si hors étude ... si la Procalcitonine c'est qu'une prise de sang un petit peu comme les autres marqueurs Troponine D-dimères formule CRP ... c'est une prise de sang ou peut-être même une goutte au bout d'un doigt ... puis qu'on arrivera à faire ça ... je pense que ça sa joue. Il y aura aucun problème.

**DA49 : Donc c'est surtout pour le moment avec le temps à disposition**

MED10.49 : Ouais.

**DA50 : Mais après c'est une autre histoire vous voyez aucun problème.**

MED10.50 : Ouais

**DA51 : Et Pour l'examen de Procalcitonine, faites-vous confiance au résultat et à la proposition de prise en charge qui en découle ?**

MED10.51 : Maintenant oui (rires). C'est vrai que je voyais bien tous mes cas qui me revenaient négatifs. Puis pour lesquels j'ai ... ah j'ai mis quand-même parfois un antibiotique. L'infectiologue de l'étude Mme Boillat m'appelait ou me mettait en disant « pourquoi t'a mis un antibiotique si ta Procalcitonine était négatives ... enfin normale ? ». Donc je me suis dit « bon allons au bout du raisonnement et puis il faut que j'arrive moi à faire confiance ». Voilà. À se marquer ... c'est vrai que j'ai eu quelques surprises avec d'autres marqueurs ... notamment les D-dimères qui étaient parfois normaux ou à peine élevé mais parfois normaux. Et puis bah il y avait pourtant un tableau d'embolies ou de thrombose donc je me dis il y a quand-même une limitation et une limite faux-positif faux-négatif dans tous les marqueurs. Et puis là je sais pas encore trop bien où me situer et où se situe la Procalcitonine.

**DA52 : Mhm**

MED10.52 : Donc la fiabilité du test ... emh ... j'avais un peu de réticence au départ dû mes petites dérapage où je mettais quand-même l'antibio. Voilà. Alors peut-être avec la pression aussi des patients. Ce que je vous disais. Alors que maintenant j'affirme depuis quelques patients inclus « c'est

négatif donc non » et la patiente elle n'allait pas bien là. La dernière que j'ai incluse il y a deux jours ou lundi. Je vais la revoir lundi aussi. Elle m'a appelé aujourd'hui parce qu'elle me dit « ah je vais pas mieux ... la toux vas mieux mais voilà ... le reste ne vas pas mieux ... j'ai plus de voix » et machin. Je me suis dit « bon bah la Procalcitonine je vais le ré-doser ». Mais je suis moi dans l'urgence.

**DA53 : Donc avec l'expérience ...**

MED10.53 : Avec l'expérience là ... en un an où j'ai eu mes petits cas comme ça. Je me dis « allez ! ». J'accorde de plus en plus de confiance au test.

**DA54 : Okey ... et vous pensez que ça serait possible d'avoir d'autres pistes pour vous aider à augmenter votre confiance ?**

MED10.54 : ... Je sais pas. Je sais pas par quel biais. Je vous dis il y a l'expérience personnelle qui me fait dire là ça sent ... ça sent vraiment ... voilà l'infection ou pas. Les autres pistes après ouais ... pneumologues ... radio j'en fait pas si souvent que ça. Alors est-ce que je devrais faire plus de radio ? J'ai pas la réponse mais je soulève la question. Est-ce que on devrait faire un peu plus des radios ? Est-ce qu'on devrait faire un peu plus d'imagerie quel qu'elle soit ? Scanner ou autres. Surtout si ça va pas bien etcetera. Je sais pas.

**DA55 : C'est difficile à répondre.**

MED10.55 : Ouais.

**DA56 : Okey ... il me semble que vous avez dit que vous avez utilisé l'Ultrason qu'une fois.**

MED10.56 : Oui

**DA57 : Comment vous êtes-vous senti en manipulant l'Ultrason?**

MED10.57 : (rires) Pas bien de tout. Non me sentais pas de tout ... pourtant on a eu la formation ... on a eu un refresh et ... le problème c'est que comme je l'ai pas utilisé ... on a eu la formation je me suis dit « c'est bon je me sens capable » ... j'ai pas eu le temps. Je l'ai utilisé un petit peu mais pas sur des patients. Je me suis amusé un peu sur mes proches. Mais après je l'ai plus utilisé. Donc j'ai vraiment perdu tout ce que je devais chercher. J'ai eu le refresh ... mais comme j'avais toujours pas eu des patients à inclure et je l'ai utilisé une fois ... je pense sincèrement que mes images sont médiocres. Que j'ai envoyé des choses qui montraient rien ou en tout cas pas la chose qui j'aurais dû mettre en évidence.

**DA58 : Mhm**

MED10.58 : Donc pour moi si je devais me noter c'est zéro. C'est une nullité. Et que la formation il faut ... bah pour moi en tout cas ... soit en faire plus et puis qu'après on en face de manière très régulièrement. C'est comme tout ehn. Si on veut être performante bah il faut en faire régulièrement. Si non on est nul. Et moi je me considère comme nulle.

**DA59 : Okey ... Donc la formation ça vous aiderais à avoir un peu plus de confiance.**

MED10.59 : Oui. Ah oui. Clairement. Il faut.

**DA60 : Parce que si j'ai bien compris vous n'avez pas vraiment beaucoup de confiance dans les résultats qui vous avez obtenu.**

MED10.60 : Oui tout à fait. Et bon ... comme la Procalcitonine était positive j'ai mis l'antibiotique. Mais à l'image moi j'ai rien vu. Mais parce que à mon avis j'étais ... mon œil n'était pas exercé à voir et à mettre en évidence la chose. Le foyer. Vous mettez ça entre les mains d'un radiologue ... je pense qu'il va trouver le foyer et qui vous avez des magnifiques images. Donc moi ma compétence là dans ... sur ce plan là écographie ... zéro. J'en peut qu'apprendre.

**DA61 : Donc avec la formation toujours.**

MED10.61 : Oui. Clairement.

**DA62 : Et continuez-vous en parallèle à utiliser d'autres outils de diagnostic ? ... Vous avez dit avant la CRP ...**

MED10.62 : Oui. La formule sanguine et la CRP. Mais il y a que ça que j'utilise. J'ai utilisé de temps en temps si j'avais une suspicion d'une origine cardiaque ou thromboembolique donc parfois Troponine. D-dimères peu ... parce que de toute manière elle sera élevée ou perturbée avec l'inflammation. Dans le contexte infectieux ... donc voilà. Je relativise et ça j'ai les pas forcément utilisés. Et la vitesse de sédimentation ... je l'ai pas ... ah je l'ai peut-être fait mais très peu faite pour des gens qui avait eu de la fièvre mais qui en avait plus voilà. Puis je me suis dit « bah si j'ai une VS ... une discordance envers une CRP ou une concordance ... ». Mais je pense que si non c'est que CRP ... formule ... et puis ... c'est tout ce que j'ai utilisé surtout. Mais que j'ai quasiment systématiquement mis avec la Procalcitonine.

**DA63 : D'accord. Comme vous avez déjà dit avant en fait.**

MED10.63 : Oui.

**DA64 : Et un peu plus en lien avec le choix des traitements. Les résultats de Procalcitonine ont-ils souvent modifié votre intention de prescrire des antibiotiques ?**

MED10.64 : Alors dans la majorité des cas je dirais non. C'est à dire que je partais avec l'idée que je n'allais pas prescrire d'antibiotiques. Et en fait la Procalcitonine me confirmait qui en fallait pas. Bon sur les 10 cas il y en a un où j'ai quand-même quand je l'ai revu et qu'il allait pas mieux au lieu de ré-doser une Procalcitonie j'ai mis un antibiotique. Je suis pas sûr que ça soit judicieux effectivement. Et puis d'autres où j'aurais volontiers mis un antibiotique ... vous voulez une proportion en fait ... un peu prêt un pourcentage ... ou pas ?

**DA65 : C'est pas nécessaire**

MED10.65 : C'est que maintenant ... ce que je vous expliquais ... on va dire que les 5 premiers cas peut-être que j'hésitais. Et puis c'est dans les 5 premiers cas que je remettais un antibiotique alors

que ma Procalcitonine était négative. Maintenant non. Je me fie complètement au résultat. Elle est négative je ne mettrais pas.

**DA66 : Okey ... et donc si au début vous pensez que c'est nécessaire un antibiotique vous avez quand-même confiance au résultat.**

MED10.66 : Oui. Je tiens bon. Je m'autodiscipline pour ne pas craquer et pas mettre un même si je pense qu'il en faut un.

**DA67 : Et avec l'Ultrason même si avez eu qu'un cas ? Ça a changé un peu votre idée ?**

MED10.67 : Un cas oui ... emh ... non alors l'Ultrason ... l'Ultrason pour moi pour l'instant même s'il y a qu'un seul cas étant donné que je ne suis pas performante je vais même pas en tenir en compte. C'est pas parce que j'ai rien vu ... j'avais rien vu mais j'ai mis l'antibiotique. Parce que la Procalcitonine était fortement élevée. Donc j'ai dit « bon bah là il y a de tout manière une origine bactérienne je mets l'antibiotique ». Mais mon Ultrason je dirais pas qu'était normal parce qu'il était nul. Donc (rires). Voilà.

**DA68 : Comment avez-vous vécu le fait que le choix de traitement ... donc décider si donner ou pas donner un antibiotique ... vous soit proposé par un algorithme intégrant le résultat d'un test de laboratoire et parfois d'un examen de radiologie ?**

MED10.68 : Non je l'accepte volontiers. Je reste malgré tout ... je me fie aussi à ... entre guillemets à mon expérience ou on sent au bout de plusieurs années de pratique ... on peut sentir quand-même quand les choses vont moins bien. Ou quand on se dit « là il y a quelque chose qui se passe et qui n'est pas normal ou ... ». Alors bien sûr ça peut-être une origine virale. Mais quand on sent ... ouais que le patient risque vraiment de se dégrader et de très mal évoluer voir rapidement ... bah là moi je ... ouais ... il faut soit il est d'accord il est inclus et j'ai la Procalcitonine ... soit je dispose pas de tout ça et en fonction de mon flair je mettrais ou pas le ... fin je mettrais l'antibiotique.

**DA69 : Mhm**

MED10.69 : Mais ... c'était ... la question que vous m'avez dit c'était ...

**DA70 : Alors oui ... comment vous avez vécu le fait que**

MED10.70 : Oui pour l'algorithme

**DA71 : Oui ... que le choix du traitement soit fait par un algorithme.**

MED10.71 : Ça me dérange pas. Je vais vous dire franchement. Ça me dérange pas qu'un algorithme m'aide dans la décision. Je commence à suivre les conseils de l'algorithme comparé au début. Donc moi je pense que si la Procalcitonine pouvait être intégrée finalement au cabinet du médecin de ville de premier recours pour un petit peu trancher. Pourquoi pas. Je suis tout à fait ouverte à ça. Après ça dépend aussi du coût. Il faut voir. Voilà. Au niveau de l'étude ce qu'il leur ressort de l'économicité ... ou si bien on fait d'économie d'antibiotique mais est-ce qu'il les prescrit après parce que les gens

reviennent qu'ils sont pas contents ou qu'ils sont allé voir quelqu'un d'autre et qu'ils ont reçu l'antibiotique. Est-ce que le test en lui-même coût cher. Est-ce que mettre en place dans des cabinet avec telles actives est-ce que ça va coûter cher. Voilà.

**DA72 : Donc vous voyez plutôt des problèmes pour le futur ...**

MED10.72 : Au niveau financière oui économique. Parce que si on met un test qui coût plus cher qu'une ... fin qui coût plus cher ou aussi cher qu'une prise d'antibiotique et puis que la ... qu'on respecte pas ... ou qui n'est pas fiable et puis ... qu'on donne un antibiotique ... à voir. L'idéal c'est de ... si elle est fiable c'est après de le mettre ... ouais de le vulgariser pour qu'on puisse faire ces genres des prélèvements de manière large. Et puis que ce soit peu onéreux. Là on fera une économicité saine ... parce qu'on prescriras pas l'antibiotique et parce qu'on aura peu des coûts avec ce test.

**DA73 : Donc vous faites normalement confiance à l'algorithme.**

MED10.73 : Confiance oui. Oui dernièrement là j'ai dit que j'avais une excellent confiance (rires). Oui oui.

**DA74 : Donc même si vous avez ... parce qu'avant vous avez parlé un peu du premier impact qui vous sentez déjà quelque chose. Si l'algorithme dit non mais vous pensez que oui ?**

MED10.74 : Alors bah clairement la dernière qui date de lundi elle est quand-même asthmatique elle était arrivé ... elle était pas terrible au niveau auscultatoire. Mais j'ai vu que la saturation était correcte était pas cyanosé ... était pas polypnéique donc j'avais des critères comme ça que me disaient que ces jours était pas en danger et puis qu'elle était ... je dirais plutôt pas mal. L'auscultation il y avait le foyer ... c'était pas bon. Sur un terrain asthmatique logiquement j'aurais dit « il vous faut une couverture antibiotique parce que vous êtes à risque de décompenser votre asthme et puis que ça aille très mal ». Là on a fait ... elle a été intégrée à l'étude ... on a fait la Procalcitonine qui a revenu normal. J'ai dit « okay on attend. Pas d'antibio. Je vous mets ça comme traitement on renforce le traitement de l'asthme et on réévalue ». Voilà. Alors qu'avant je pense que j'aurais été embêté et puis j'aurais dit « allez on se laisse peut-être 24-48 heures. Je vous revoie ». Là c'était lundi. Aujourd'hui elle m'a dit « bah à part que je suis à fond ma toux va mieux » donc je me dis le côté l'asthme va mieux je la revoie lundi. J'ai laissé un délai plus long. Mais on se connaît bien aussi. Donc elle aurait ... elle m'aurait alerté avant si ça aurait dégénéré. Quand on est sur la même longueur d'onde ça vas. Mais c'est vraie ...

**DA75 : Donc la relation c'est important aussi.**

MED10.75 : Oui. La relation est extrêmement importante. Et puis l'état général. S'il y a une BPCO ou un asthme on est toujours plus mal à l'aise à ne pas mettre un antibiotique quand il y a potentiellement un ... ouais ce terrain qui risque de décompenser.

**DA76 : Oui**

MED10.76 : Oui. Alors que l'antibiotique va pas forcément empêcher une décompensation d'asthme et elle ne vas pas l'empêcher de faire une surinfection bactérienne une ou deux semaines plus tard. Fin je veux dire ... là j'en ai eu plein alors dans mon expérience d'avant. Des nombreuses années avant. Où je mettais chez des asthmatiques ... chez qui voilà il y avait peut-être un foyer et de la fièvre ... je disais « allez ... une couverture antibiotique ». Ah ça changeait rien finalement à leur évolution et deux semaines après ils décompensaient et puis il faisaient autres choses. Et puis je me suis dit « bah voilà c'était une prescription inutile ».

**DA77 : Mhm**

MED10.77 : Mais c'est qu'avec le recul de maintenant que je me dis « bah voilà il y a 10 ans je ... ». (rires).

**DA78 : Donc c'est aussi une possibilité de voir les choses qui étaient fait avant ...**

MED10.78 : Ouais.

**DA79 : Mhm ... et pensez-vous que l'utilisation d'UltraPro a eu un impact sur les patients qui sont plus résistants et qui veulent absolument prendre des antibiotiques ?**

MED10.79 : Oui. Clairement oui. Une fois que je leur ai bien vendu (rires) que la Procalcitonine était une analyse extrêmement fiable ... que du fait qu'ils intégraient l'étude ça n'allait pas être facturé. Parce qu'il y a ça aussi ehn il y a à un certain point le coût pour eux quand ils ont une grosse franchise. Et puis j'ai leur dit que c'était des prises en charge par l'étude ou que l'Ultrason n'était pas facturé non-plus. Alors là bien sûr ils sont bien plus enclins à ... d'une part à participer et puis à adhérer complètement à la décision. C'est là que je disais « c'est normal donc c'est viral ».

**DA80 : Mhm oui oui**

MED10.80 : Et là ils me disaient « okey ».

**DA81 : Donc les explications qui sortent sont un peu plus fiables si on peut dire comme ça.**

MED10.81 : Oui ... oui tout à fait.

**DA82 : Mhm ... okey ... et si lors de visites de suivi vous prescrivez des antibiotiques ... pour quels motifs ?**

MED10.82 : Alors ça m'est arrivé mais parce qu'en fait ils ont fait une infection qui n'était plus respiratoire basse. Ils guérissaient de leurs infections respiratoires basse et ils sont enchainé pour des sinusites. Mais des vraies sinusites. Et puis là je me disais « zut ... il leur fait une antibiotique » mais pour la sinusite.

**DA83 : Mhm donc c'était quelque chose de différent.**

MED10.83 : Et c'était pour quelque chose de différent.

**DA84 : Mhm**

MED10.84 : Et sauf une fois comme je disais mais j'arrivais pas à faire la Procalcitonine et que je revoyais la personne qui avait toujours le foyer et qui elle était pas bien ... et qui avait de la fièvre ... qui revenait ... puis je me suis dit « bon ... voilà il y a sûrement quelque chose » et j'ai mis l'antibiotique. Et ... mais j'étais bête. J'aurais dû faire une Procalcitonine. Clairement. Voilà.

**DA85 : Okey ouais ... et que proposeriez-vous pour éviter de prescrire des antibiotiques ?**

MED10.85 : De ré-doser effectivement la Procalcitonine. Pour ça il faut avoir le ... bah le matériel le personnel le temps. Et puis que les gens acceptent. Et surtout que les gens ... que les patients ré-consultent le premier médecin.

**DA86 : Okey**

MED10.86 : Parce que clairement je vois un patient qui va ... qui va pas bien et puis qui va revoir ... parce que je suis en formation ou moi je travaille pas le mercredi après-midi ... fin ... et qui va revoir un des mes collègues ... très souvent j'ai des collègues qui vont mettre l'antibiotique parce qu'il y a pas une évolution favorable au bout de une semaine ou 10 jours et qu'ils entendent toujours des petits bruits ou que le patient était demandeur. Et je me dis « bah voilà c'est juste dommage ». Alors les gens de l'étude moi je dis aux ... à mes patients que c'était moi qui devais les revoir. Qui partent pas ailleurs. Mais les ... si on prend un patient de longue date qui est pas inclus dans l'étude et si la Procalcitonine se fait dans ... en vas dire à l'avenir dans les cabinets de médecine de premier recours ... bah il faudrait qu'on puisse communiquer. Et que les urgences aussi peut-être l'intègrent. Moi j'ai des patients bah qui ont eu des antibio et que puis la Procalcitonine n'était pas dosé aux urgences. Fin c'est pas un reproche ... c'est que c'est une étude. Et puis que donc je me disais « bah zut quoi mon patient je l'ai vu le lundi et parce qu'il considère qu'il ne va pas mieux il m'échappe il consulte ailleurs et puis il a un antibiotique ». Voilà. Donc ... difficile d'uniformiser des pratiques quand on est ... quand je vois que là dans le cabinet on est 6 médecins ... on a 6 pratiques différentes ... 6 personnalités différentes. Puis que nos assistantes médicales ... je dirais pas se tirent les chevaux mais ... on essaye d'uniformiser mais même elles n'ont pas des pratiques identiques. Donc ... voilà.

**DA87 : Mhm ... et Pensez-vous qu'UltraPro a le potentiel de changer votre manière de prendre en charge les infections respiratoires en médecine générale ?**

MED10.87 : Oui. Oui. Moi je pense que si l'étude est mené jusqu'à bout et qu'il y a assez des patients recrutés et ... et qu'ils peuvent faire vraiment toute leurs statistiques etcetera oui. Moi je pense qu'on pourra ... voilà.

**DA88 : Donc pour l'Ultrason et Procalcitonine ensemble.**

MED10.88 : Oui

**DA89 : Oui**

MED10.89 : Oui. Très clairement. Après clairement ça va surement générer beaucoup des coûts de former des médecins pour l'Ultrason. Voilà. Mais ça c'est encore une autre chapitre. Qui finance ? Qui veut le faire ? Parce qu'il y a peut-être des médecins qu'ont pas de tout envie de faire l'Ultrason. Et qui feront que la Procalcitonine. Est-ce que la Procalcitonine elle seule suffit ? Voilà. En fait ma questionne c'est même ça. Moi mon Ultrason qu'était nul ... bah je me suis dit « c'est pas grave ... j'ai ma Procalcitonine je vais me baser que sur ma Procalcitonine ».

**DA90 : Mhm**

MED10.90 : Et la CRP éventuelle. Un confort mais ... peut-être qu'on aura pas besoin de l'Ultrason.

**DA91 : Donc en fait la questionne d'après c'est et plus spécifiquement la Procalcitonine ?**

MED10.91 : Ouais. Moi je pense qu'il faut viser surtout là-dessus.

**DA92 : Mhm**

MED10.92 : Parce que ... ouais ... à mon avis c'est plutôt ... l'Ultrason est operateur dépendant. Si on en fait pas on perd notre aisance à détecter les choses. Si on a un œil qui n'est pas aiguisé à fuiter on risque de passer à côté et de faire des mauvais diagnostics ou des sous diagnostics. Donc ouais ... Procalcitonine moi plutôt.

**DA93 : Mhm ... et recommanderiez-vous à vos collègues généralistes l'utilisation de l'algorithme ?**

MED10.93 : Oui. Je l'avais dit que s'ils avaient des gens qui ont des foyers ou des pneumonies me les envoient. Pour que je puisse les intégrer (rires). Et qu'en puisse faire la Procalcitonine.

**DA94 : Et ils acceptent volontiers ?**

MED10.94 : Oui. Ah ouais ouais. Ils essaient. Dès que ... ils me disent « ah j'ai eu quelqu'un là ... tu peux ... est-ce que tu peux voilà le voir ? ». Alors bien sûr on se met tous d'accord que je ne vole pas le patient.

**DA95 : Mhm le patient**

MED10.95 : Au patient je dis bien que quel que soit la réponse de l'algorithme je fais ... parce que ça les rassure aussi ... comme je le sens comme je veux etcetera. Mais que là pour cet épisode il sera suivi par moi mais que je me réfère toujours à médecin ... à son médecin traitant.

**DA96 : Mhm**

MED10.96 : Et parce qu'on est dans le même cabinet. Donc c'est ... c'est qui fait l'utilité de la chose.

**DA97 : Et vous pensez que si la Procalcitonine et l'Ultrason seront implémenté à tous les cabinets ... ils vont l'utiliser après ?**

MED10.97 : Alors je sais pas si ça serait ... ça serais bien que ce soit implémenté à tous les cabinets. Qu'un médecin soit plutôt expérimenté dans l'Ultrason et est une sorte de référent dans des cabinets de groupe pourquoi pas. Après demander ça à des médecins seules ou qui sont à un têt d'activité à

50% ... ça me paraît un peu lourde. Ils vont ... à mon avis ils vont pas s'investir. Et puis sont pas suffisamment là présentes pour pouvoir faire ça. Par contre implémenter une Procalcitonine seule ... plus ou moins Ultrason ... on a parlé de l'Ultrason ... mais déjà une Procalcitonine probablement que oui. Fin ça me paraît. Alors là si les cabinets ... si tous les cabinets de médecins de premier recours avec laboratoire ont la possibilité de faire ce dosage-là ... oui. Je pense que tout le monde y adhère à condition que les résultats de l'études prouvent que c'est super fiable.

**DA98 : Mhm ... et pour terminer avec nos questions est-ce que vous souhaitez continuer à utiliser UltraPro dans votre pratique clinique ?**

MED10.98 : Jusqu'à la fin de l'étude ?

**DA99 : Aussi après.**

MED10.99 : Oui. Alors ... Procalcitonine oui. Ultrason il faut que je refasse un petit coup de ...

**DA100 : De formation ?**

MED10.100 : De formation. Et puis peut-être un peu plus que quelques heures quoi. La radiologue nous disait « entraîné vous sur vos patients » ... ouais. Je ... ça par contre ... vous avez vu le retard que j'avais eu la dernière fois et j'ai donc du mal à me dire « allé ... je prends mon appareil et puis je test sur tous les patients ».

**DA101 : Mhm ... c'est difficile trouver le temps.**

MED10.101 : Ou alors il faut que je réorganise et puis que je dis « je fais une demi-journée par semaine d'Ultrason ». Mais là c'était de l'Ultrason pulmonaire et le risque c'est ... fin le risque ... si je dois faire des Ultrasons a-pulmonaire ça compte pas non-plus les rues ... c'est une période hivernale donc après il y a des longs séries où on fait plus et on perd la main. Clairement. Moi je le sais que je vais perdre la main si j'en le fais pas. Et faire l'Ultrason d'autres choses ... probablement que ça ... à mon avis que c'est l'avenir pour les médecins de premiers recours d'avoir un appareil et puis de pouvoir voire un abdomen un thorax ... fin des poumons ou même voir s'il y a une thrombose au niveau d'une veine. Mais là aussi il faut ... alors là par contre c'est pas une journée de formation. C'est à mon avis une formation post-grade à faire et puis avec des refresh réguliers et carrément à dire « il y a une demi-journée par semaine où je vois tous les patients des ... des cabinets alentour ou voyez des rendez-vous que pour ça ».

**DA102 : Oui oui**

MED10.102 : Si non on perd la main. Mais là on met le pied sur le rôle du radiologue. Donc ... je pense que les radiologues vont pas voir de bon œil que les médecins généralistes se mettent à l'Ultrason.

**DA103 : Mhm ... donc vous voyez des avantages pour la Procalcitonine mais une peu des barrières pour l'Ultrason.**

MED10.103 : Clairement oui.

**DA104 : Mhm ... alors je vous remercie pour votre collaboration. J'ai terminé avec mes questions. Est-ce que vous avez quelque chose d'autre à ajouter ? Quelque chose que j'ai pas demandé ou que vous avez envie de dire ?**

MED10.104 : Non. Est-ce que j'ai répondu de manière ciblée un peu-prêt à vos questions ?

**DA105 : Tout à fait**

MED10.105 : D'accord. Voilà. Que vous avez de matière à travailler. Et puis que non ... si vous avez besoin de compléments ... quand je dis compléments de ... si ma manière de m'exprimer était pas correct ou flou. Puis quand vous réentendez la bande vous dit « mais finalement elle est en contradiction « puis que vous avez besoin d'un éclaircissement ... que je sois plus précis sur certaines points. Bah vous me le fait savoir même par mail que je réfléchis à mon raisonnement. Pour trouver les bons mots et les bons adjectifs pour être plus précise.

**DA106 : Okey merci beaucoup pour votre disponibilité.**

*4.3.1. Journal de Bord MED10 – UltraPro – Daniel Geis*

4 novembre 2019 et 6 décembre 2019

**Entretien**

Cela c'est mon troisième entretien qui doit se dérouler le 4 novembre 2019 à 16h00 dans un petit village en dehors de Lausanne. Je me prépare comme les autres fois les jours avant la rencontre pour maîtriser bien le canevas. Il s'agit du premier entretien pour le groupe UltraPro et donc j'ai consulté le canevas de manière plus attentif que pour le dernier entretien. Comme d'habitude j'arrive avec de l'avance à l'entretien vu que je ne connais pas le petit village où se trouve le cabinet. En effet j'ai un peu de la peine à le trouver. Je me présent aux assistantes médicales, lesquelles me disent d'attendre un moment que la doctoresse se libère. Je reste dans la salle d'attente pour plus d'une heure avant de pouvoir rencontrer le médecin. Lorsqu'elle m'appelle pour commencer l'entretien, je me rends compte qu'il y avait encore beaucoup des personnes dans l'attend de leur tour pour la consultation. Pour cette raison je demande à la doctoresse s'elle ne préfère pas déplacer notre rencontre à la fin de la journée ou dans un autre jour vu que l'entretien va prendre plus ou moins 45 minutes. Elle est un peu étonnée et me dit que les assistantes médicales n'avaient réservé que 15 minutes pour faire l'entretien avec moi. Nous avons alors décidé ensemble de déplacer l'entretien pour avoir le temps de discuter tranquillement (6 décembre 2019 à 16h30).

Vu le déplacement de la dernière fois, l'entretien d'aujourd'hui (6 décembre 2019) est devenu mon avant-dernier rendez-vous. Le jour avant, comme aussi le jour même, je consacre un peu de temps prendre à nouveau confiance avec le canevas UltraPro. Aussi cette fois, j'arrive avec un peu d'avance. Le village se trouve au bord du lac, je profite donc de ce bel endroit pour faire une petite promenade avant la rencontre. Je prends aussi un peu de temps assis sur un banc pour relire un peu le canevas. Ce moment m'a permis de me détendre un peu, même si je ne suis pas particulièrement stressé. La seule chose qui me préoccupe un peu, c'est le fait que j'espère que la doctoresse a réservé suffisamment de temps pour notre rencontre. Comme l'autre fois, j'ai dû attendre, heureusement cette fois seulement pour 20 minutes. Finalement elle m'accueille dans son bureau et s'excuse à nouveau pour la dernière fois. Elle est très gentille et écoute de manière intéressée les explications de notre recherche qualitative. Elle profite de ce moment pour me poser certaines questions sur mes études et le rôle du psychologue de la santé dans le milieu hospitalier. L'entretien me semble très bien passé. Elle est très disponible et elle a bien développé ses propos. À la fin elle me dit d'être disponible à n'importe quel moment pour lui demander des éclaircissements sur ceux qu'elle a dits.

Mémos après entretien
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Consciente de la problématique des antibiotiques</li> <li>• Vu sa patientèle, elle prescrit quand-même un grand nombre d'antibiotique</li> <li>• L'Ultrason c'est trop compliqué. Il faudrait de l'entraînement mais n'a pas le temps               <ul style="list-style-type: none"> <li>⇒ Pas à l'aide</li> </ul> </li> <li>• Pense que ça serait mieux avoir une personne spécialisée pour ça</li> <li>• Elle trouve utile la Procalcitonine</li> <li>• Procalcitonine oui, Ultrason non.</li> </ul>

## Transcription

Pour cet entretien je n'ai pas eu des difficultés particulières lorsque de la transcription. En effet la doctresse parle tranquillement sans aucune hâte et, aussi quand elle utilise un vocabulaire médical, elle explique de quoi elle est en train de parler. Tout cela me permet de mieux comprendre les mots. Je suis aussi content de mes relances. Il me semble d'avoir varié entre les différents types un peu plus que les autres fois.

Mémos après la transcription
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Habitude :           <ul style="list-style-type: none"> <li>⇒ Anamnèse + examen clinique</li> <li>⇒ Souvent CRP</li> <li>⇒ Radio c'est très rare</li> <li>⇒ Impression clinique du patient = joue un rôle dans la décision = même sans examens.</li> </ul> </li> <li>• Antibiotiques :           <ul style="list-style-type: none"> <li>⇒ Participe à l'étude pour diminuer la prescription</li> <li>⇒ Pense en prescrire beaucoup, même s'elle essaye d'améliorer sa pratique</li> <li>⇒ Elle a déjà diminué sa prescription</li> <li>⇒ Peut voir combien prescrit</li> <li>⇒ Elle travail en EMS =&gt; population fragile qui a besoin plus d'antibio.</li> </ul> </li> <li>• C'est difficile résister à la pression des patients.           <ul style="list-style-type: none"> <li>⇒ Les patients posent beaucoup des pressions aux médecins</li> <li>⇒ Patients agressifs qui agressent aussi les assistantes = on accède plus facilement à leur demande.</li> <li>⇒ Sont une minorité qui mettent de la pression.</li> <li>⇒ La majorité préfère essayer sans antibio</li> </ul> </li> <li>• Mais les patients plus fragiles on ne risque pas. On donne antibio.</li> <li>• Participer à l'étude permet d'avoir des arguments pour dire « il ne faut pas un antibiotique ! ».</li> <li>• Certains patients sont sensibilisés à la problématique = publicité + politique           <ul style="list-style-type: none"> <li>⇒ C'est une minorité</li> </ul> </li> <li>• Les formations jouent un rôle dans la diminution de prescription.</li> <li>• Pour éviter de trop prescrire propose un rdv de suivi.</li> <li>• Elle propose avant des traitements symptomatiques pour éviter antibio.</li> <li>• Problématique : Les patients vont chez un autre médecin, à l'hôpital ou chez le pharmacien à se faire prescrire des antibio.</li> <li>• Examens complémentaires :           <ul style="list-style-type: none"> <li>⇒ Fait souvent CRP + formule sanguine.</li> <li>⇒ CRP aussi dans l'étude (ensemble à la Procalcitonine).</li> </ul> </li> <li>• Procalcitonine :           <ul style="list-style-type: none"> <li>⇒ C'est bien</li> <li>⇒ Mais il faut du temps (20 min)</li> <li>⇒ Au début c'était difficile faire confiance au résultat (même si on ne devait pas donner antibio, donnait quand-même). Difficile faire confiance au test au départ.</li> <li>⇒ Au travers de l'expérience arrive à donner plus confiance.</li> </ul> </li> <li>• Décision de prescription           <ul style="list-style-type: none"> <li>⇒ Début de l'étude ne se fait pas aux résultat Procalcitonine</li> <li>⇒ Après oui.</li> </ul> </li> <li>• Procalcitonine oui pour le futur = Ultrason non.</li> </ul>

- Ultrason :
  - ⇒ Pas à l'aise à manipuler Ultrason.
  - ⇒ Difficile comprendre ce qu'on doit chercher.
  - ⇒ Il faut faire beaucoup de formation
  - ⇒ Il faut l'utiliser régulièrement.
  - ⇒ Beaucoup des coûts pour former dans le futur pour l'Ultrason.
  - ⇒ Peut-être qu'on n'aura pas besoin de l'Ultrason !
  - ⇒ C'est un résultat subjectif, à interprétation.
  - ⇒ C'est difficile trouver le temps pour s'entraîner. On ne l'utilise pas toujours.
- Algorithme :
  - ⇒ On va se fier du résultat
  - ⇒ Il faut comprendre les coûts = si coût moins que la prescription c'est bien.
  - ⇒ UltraPro a un impact positif sur les patients résistants.
  - ⇒ Mais l'expérience joue un rôle important !
- Histoire du patient (état de santé) est important dans la prise de décision.
- Aussi la relation de confiance avec le patient.
- Améliorations :
  - ⇒ Il faut que les cabinets et les urgences soient uniformisé (tous utilisent ces outils).

#### 4.4. Transcription MED11

NCanova\_femme\_médecin\_généraliste\_Ultrapro\_ville\_46min47sec

**NC1 : J'aimerais savoir comment se passait habituellement le diagnostic et la prescription lors d'infections respiratoires basses avant l'étude.**

MED11.1 : D'accord d'habitude + alors je dirais dans la ... majorité des situations .... + ouais déjà beaucoup d'anamnèse

**NC2 : Ouais**

MED11.2. Tout ce qui est ... un état fébrile, dyspnée, douleur thoracique ++ ça ... et puis ... ensuite à l'examen- alors ça pourrait être QUE par rapport à l'anamnèse, examen clinique ... ça m'arrive de pas faire de radiographie ... [systématique] + si l'auscultation est vraiment claire avec une ... clinique claire, là je vais pas forcément jusqu'à la radiographie et puis il y a une prescription d'antibiotique lors de la même consultation ++ et ... un ... rendez-vous contrôle- alors ça dépend en général deux ou trois [jours] après + et puis ... ++ après ça dépend sur l'évolution ++ et ... après il y a certaines situations où on va aller à la radiographie sans prescrire tout de suite d'antibiotique + et ... SI la radiographie détecte un infiltrat je vais prescrire, si j'ai pas d'infiltrat je vais pas prescrire d'antibiotique ...

**NC3 : [Mhm] [Mhm] Mhm et vous avez dit qu'il y a des cas où vous faites pas de radiographie**

MED11.3 : Oui

**NC4 : Par rapport à quel critère vous décidez de ne pas faire une radiographie ?**

MED11.4 : Hein ... bah je dirais si la situation est déjà claire puis qui va pas changer ma décision de prescrire ou pas d'antibiotique + si l'anamnèse clinique est très claire et que j'ai vraiment ... ouais à l'auscultation ça correspond à ce que j'ai ... j'ai comme clinique

**NC5 : Okey =**

MED11.5 : = Quelque chose comme ... vraiment une symétrie par exemple d'auscultation est très ... très claire

**NC6 : Mhm**

MED11.6 : Après chez les personnes âgées franchement c'est beaucoup moins simple ((rires)) [mais] chez des patients plus jeunes ça peut être vraiment très ...

**NC7 : [Okey] Et pourquoi chez les personnes âgées c'est moins simple ?**

MED11.7 : Pour les personnes âgées ... moi je trouve que l'auscultation est beaucoup plus difficile hein les personnes âgées ils ... inspirent pas aussi bien aussi profondément des fois ... et puis des fois ils ont d'autres [pathologies] ... beaucoup de comorbidités comme une insuffisance cardiaque du coup

il y a une auscultation, moi je sais pas si c'est plutôt le problème ((rires)) cardiaque ou s'il y a vraiment un foyer en plus

**NC8 : [Ouais] Ouais=**

MED11.8 : = Puis moi je trouve les personnes âgées c'est plus difficile parce que pour les faire aller jusqu'à la radiographie comme [moi] j'ai pas de radiographie au cabinet

**NC9 : [Ouais] Ah ...**

MED11.9 : Ça prend pas mal d'énergies en général ((rires)) il faut qu'ils soient [accompagnés] par des proches ...

**NC10 : [Ouais] Mhm ouais ... et avant cette étude aviez-vous déjà pensé diminuer ou vous avez déjà diminué vos prescriptions en matière d'antibiotiques ?**

MED11.10 : Ah oui alors ça oui on est pas mal ((rires)) sollicités pour essayer vraiment faire attention aux antibiotiques ouais

**NC11 : [C'est pas une question nouvelle]**

MED11.11 : [On fait une formation] non non ça pas du tout ouais

**NC12. Ah vous avez déjà fait des formations à ce propos ?**

MED11.12. Alors en infectiologie ouais ils font ... plusieurs formations par année et puis là oui à chaque fois ils font ... ils font vraiment attention à la prescription d'antibiotiques

**NC13 : Donc vous avez l'impression d'avoir déjà diminué après ces formations ?**

MED11.13 : Mhm ... ++ bon diminuer je sais pas parce que c'est vrais que comme ... maintenant j'ai ... un ... suivi comme médecin d'EMS, je crois que là j'en prescris beaucoup ((rires)) vraiment + et ... probablement j'en prescris un peu hors des ... recommandations ... formelles ++ mais après je pense que c'est une population vraiment particulière et vraiment plus à risque

**NC14 : Donc oui c'est plutôt chez les personnes âgées que vous prescrivez**

MED11.14 : Là il y aura beaucoup plus de prescriptions d'antibiotiques et beaucoup plus je dirais ... hors des recommandations formelles ((rires)) oui

**NC15 : Et pourquoi vous dites que c'est particulière ?**

MED11.15 : Ouais parce que les personnes âgées sont vraiment plus à risque ils- ils évoluent beaucoup plus facilement vers des pneumonies, [face à des vraiment à des] bronchites clairement au départ, mais ça peut très très vite tourner en ... pneumonie, l'auscultation est très difficile, on aura pas accès à une radiographie parce qu'ils sont dans un état général vraiment mauvais .... mhm oui

**NC16 : [Ouais] Donc c'est aussi le fait ... que vous sentez ne pas avoir les outils nécessaires pour comprendre si vraiment il y aurait=**

MED11.16 : = Oui alors entre autres ouais

**NC17 : Okey, et quelles sont vos motivations à participer à cette étude ?**

MED11.17 : ((Rires)) C'était un essai de ... de voir ce que ça peut donner avec l'Ultrason au cabinet

**NC18 : Ouais mhm**

MED11.18 : C'est un intérêt ... alors après bon je savais que c'était pas ... sûr que j'allais avoir accès à l'ultrason

**NC19 : Ouais**

MED11.19 : Mais me je suis dite bah ... on essaie ((rires))

**NC20 : Vous avez eu de la chance ((rires))**

MED11.20 : Oui ((rires)) voilà c'était vraiment ça le ... vraiment le truc très sympa je trouve dans cet étude

**NC21 : Ouais**

MED11.21 : Et puis ... ouais puis je trouve que c'est ... bah justement ça serait intéressant de voir si on arrive effectivement à limiter la prescription d'antibiotiques, de plus cibler les- les ... groupes à risque + et ... et puis c'est vrai que ça peut être pratique aussi d'avoir un Ultrason pour d'autres choses par exemple [il y a ...] un patient qui est venu avec une masse à une boule sous-cutanée, puis comme ça on peut ... essayer de regarder, voir si c'est plutôt vasculaire ou plutôt ... lipome

**NC22. [Ouais] C'est un outil polyvalent=**

MED11.22. Oui ça peut être utile aussi pour d'autres choses aussi ouais il y a un doppler, on peut regarder s'il y a des fluides dans les artères ... ouais, je trouve c'est sympa

**NC23 : Donc vous avez déjà entendu parler d'Ultrason avant l'étude**

MED11.23 : Oui j'avais entendu parce que j'ai des collègues oui, qui ont fait la formation mais j'en ai pas beaucoup ... mais j'en ai deux ou trois ouais + puis après c'est une formation longue ... fastidieuse

**NC24 : Mhm et pour la procalcitonine, vous l'avez déjà utilisée ou c'est nouvelle ?**

MED11.24 : Alors ... quand j'étais au ... service de médecine interne pour les ... pour les urgences puis ce qui était ... soins continues ... oui

**NC25 : Okey, et par rapport au patient un peu plus en particulier, comment se situent les patients par rapport à la prescription d'antibiotiques ? Quelles attentes en ont-ils ?=**

MED11.25 : =Ça dépend lesquels il y a des gens ils sont vraiment ... ils viennent et ils disent j'aimerais un antibiotique

**NC26 : Mhm**

MED11.26 : ((Rires)) Il y en a qui est vraiment je veux un antibiotique ((rires)) pour moi c'est ... c'est compliqué il faut tout construire si on veut pour essayer de lui faire comprendre c'est pas ça qui est nécessaire + et puis ... et puis il y en a à l'opposé c'est je veux surtout pas d'antibiotiques ((rires)) je dirais de l'antibiotique ce qui est particulier c'est que ça clive beaucoup les ... les réactions, les

gens sont soit très très pour soit très contre hein + je trouve que c'est difficile de trouver des justes milieux ... avec les ... les patients

**NC27 : Et pourquoi vous pensez que l'antibiotique donne ces réactions opposées ? Quelle est sa particularité ?**

MED11.27 : Il est comme une sorte de ... d'oracle comme ça une sorte de ... il est vraiment MIS sur un [piédestal ...] ouais les gens ont vraiment acquis des ... amalgames infection égal antibiotique

**NC28 : [Mhm] Oui**

MED11.28 : Puis après il y a beaucoup de gens ils comprennent même pas qu'il y a des virus et des bactéries fin les choses de base, ils ... ils arrivent même pas à ce ... ce niveau de ... de compréhension en fait

**NC29 : Vous pensez donc que c'est pour le fait de ne pas bien connaître**

MED11.29 : Oui ils pensent que c'est pour chaque ... c'est ça, pour une infection qui ... qui évolue pas bien

**NC30 : Mhm**

MED11.30 : Mais ça peut être j'ai le rhume depuis une semaine + donc vu que ça marche pas puis que ça change pas alors là voilà il faut un antibiotique

**NC31 : Et vous avez dit qu'il faut les convaincre des fois, comment vous faites pour les convaincre ?**

MED11.31 : Alors ça me prend tranquillement trente minutes je pense ((rires)) en tout cas ((rires))

**NC32. ((Rires)) Ça prend beaucoup de temps**

MED11.32. Ça prend du temps oui ((rires)) ça prend du temps ... je leur explique justement qu'il y a différents types d'infections, qu'il y a les infections en virus et les infections en bactéries

**NC33 : Okey**

MED11.33 : Et puis que les virus on a aucun traitement, et que les antibiotiques ne marcheront en tous les cas pas

**NC34 : Okey donc vous cherchez vraiment à lui faire comprendre ... vous pensez qu'en comprenant mieux, ils vont mieux accepter le traitement**

MED11.34 : Eh... oui, après je vois ... je vois très bien qu'il y en a qui restent très sceptiques quand je leur explique et qui partent toujours sceptiques ((rires))

**NC35 : Mhm ++ et dans ces cas ... vous donnez l'antibiotique ou ... vous dites non moi je pense que c'est pas nécessaire donc pour cette raison je vous en donne pas ?**

MED11.35 : Non ouais c'est ça en général je dirais nonante pourcents je pense c'est ça après franchement il y a forcément des jours ((rires))

**NC36 : Ouais**

MED11.36 : Où on fait pas comme il faudrait et on [craque] et ... voilà on a plus envie de ... de ... fin on va expliquer mais c'est vrai que s'il y a beaucoup beaucoup de résistance, ça ... voilà ça peut arriver qu'on laisse tomber

**NC37 : [Mhm] J'imagine que ça peut être difficile des fois**

MED11.37 : Ouais + ça m'est ... ça m'est arrivé il y a pas si longtemps, vraiment de dire non je ne prescrirais pas d'antibiotiques ça c'est pas adéquat pour cette situation + et ... voilà il est parti en claquant la porte ((rires))

**NC38 : Okey ((rires)) et vous pensez que cela va toucher la confiance qu'il a envers le médecin ou vous pensez qu'après il va comprendre que =**

MED11.38 : = En tout cas celui-là il est pas revenu après ((rires))

**NC39 : Okey**

MED11.39 : Après il y en a ... ouais il y en a b- la majorité reviennent + après des fois ils font téléphoner leurs femmes pour dire qu'il faut d'antibiotique, ça m'est aussi arrivé

**NC40 : Vraiment ? ((rires)) Ça c'est bizarre**

MED11.40 : ((Rires)) Ça c'est très particulier ((rires))

**NC41 : ((Rires)) Okey ... vous êtes dans le bras ultrapro de l'étude + le screening des patients que fait l'étude, vous pensez qu'il sélectionne le juste type de patients**

MED11.41 : Alors bon ça j'avais dit à Loïc, moi je trouve que ça sélectionne trop les ... exacerbations d'asthme, les gens qui ont de l'asthme ils vont forcément ... ils vont forcément tousser ils vont forcément avoir une dyspnée majorée et ... bon après des fois de la fièvre des fois pas ça dépend si de l'exacerbation est à cause d'une infection + donc moi j'ai l'impression que ça va presque sélectionner beaucoup plus facilement les personnes asthmatiques

**NC42. Mhm**

MED11.42. Après ... ouais je dirais le problème toujours c'est ... moi je trouve c'est pas si évident le ... le critère dyspnée parce que j'ai quand même beaucoup de gens je trouve qui disent qu'ils ont de la peine à respirer mais en fait ils respirent pas bien par le nez + et en fait c'est pas un problème de dyspnée vraiment

**NC43 : Okey**

MED11.43 : Et là je trouve que c'est pas si évident de savoir est-ce qu'on coche quand même dyspnée, est-ce qu'on coche pas ... puis

**NC44 : Il y a eu des cas où vous avez pas coché ?**

MED11.44 : Non il y a des cas où j'ai coché mais du coup je savais que ça serait pas ... que ça serait pas un problème ((rires)) ça allait être négatif

**NC45 : Okey, et pendant l'étude vous avez utilisé d'autres outils diagnostiques ?**

MED11.45 : Oui alors les radiographies

**NC46 : Okey ouais**

MED11.46 : Pas systématiques mais ... assez facilement ouais

**NC47 : Dans quels cas ?**

MED11.47 : Eh ... alors plus dans les cas où ... j'avais vraiment ... l'impression que c'était une pneumonie, et puis comme je faisais [justement] parce que dans ce ... cet algorithme il y avait l'Ultrasonnet puis que moi je suis jamais sûre des ultrasons ((rires)) je me suis dite ça me donne un outil de plus pour voir ce que ça donne

**NC48 : [L'ultrason] Okey donc c'est plutôt pout le fait que vous avez pas fait beaucoup d'ultrasons jusqu'à ici**

MED11.48 : Ouais, c'est un manque de confiance je pense

**NC49 : Okey, et vous pensez qu'en l'utilisant un peu plus ça pourrait aller ou ...**

MED11.49 : Alors je pense oui oui tout à fait ouais je trouve déjà maintenant ça va beaucoup mieux que ... au début

**NC50 : Vous avez eu combien de patients inclus ?**

MED11.60 : Alors ... le truc c'est qu'il y en a qui ont pas pu être inclus parce qu'ils avaient ouais soit ils avaient déjà eu des antibiotiques ... soit c'était ... j'ai eu deux mineurs qui ont fait des jolies pneumonies + mais voilà moins de dix-huit ans et ... je sais pas du coup ... ouais je pense pas quinze mais peut-être douze treize

**NC51 : Ah okey et dans ces douze treize vous vous rappelez combien de fois vous avez utilisé Ultrason?**

MED11.51 : Bon alors moi ce que je fais ((rires)) c'est que ... en général je fais les critères d'inclusion, s'ils ont les critères d'inclusion, je leur explique quel est l'étude, je leur dis ... voilà en gros comment- à quoi ça consiste, est-ce qu'ils sont d'accords oui ou non, s'ils sont d'accords je vais très vite aller à la ... prise de sang

**NC52. Ouais, pour la procalcitonine**

MED11.52 : Oui et puis après je vais remplir tout ce qui est papier, je vais remplir après ... je vais peut-être faire certaines choses aussi de l'examen clinique APRES je vais peut-être pas tout faire avant la prise de sang parce que voilà la prise de sang c'est ce qui va me prendre du temps

**NC53 : Mhm oui**

MED11.53 : Après je vais compléter ce que j'ai pas pu faire, donc ce qui est signature du ... du ... de l'étude et tout ce qui est ... examen clinique pas fini, je vais finir là ++ et puis en fait si j'ai pas- si j'ai quelque chose justement j'ai vraiment l'impression qu'il y a quelque chose à ... l'auscultation, je vais déjà commencer l'Ultrason AVANT que j'ai le résultat de la procalcitonine en fait

**NC54 : Okey**

MED11.54 : Je vais déjà commencer là-dedans, et ... voilà ça c'est la majorité des cas. Après il y a des cas vu que c'est pas forcément prévisible hein qui va être inclu quand on ... quand on donne les rendez-vous et que j'ai trente minutes de rendez-vous ((rires)) si ça se trouve comme ça, je leurs dis écoutez j'ai pas le temps de tout faire, est-ce que vous arrivez à revenir, puis du coup ils reviennent ou ils reviennent ... voilà juste quelques heures après ... le même jour, et puis du coup c'est là que je finis, et du coup c'est que j'ai pas eu le temps de faire l'Ultrasontypiquement

**NC56 : Est-ce que ça dérange les consultations de devoir finir après ?**

MED11.56 : Non ils sont très- franchement ils sont très compréhensifs puis ils sont très- en fait ils sont eux aussi intéressés à l'ultrason

**NC56 : Ah vraiment ?**

MED11.56 : Ouais ils sont très contents en fait, d'être face à un Ultrason... à se prendre le temps de regarder ...

**NC57 : Parce que c'est une chose nouvelle vous pensez ?**

MED11.57 : Ouais je pense, c'est nouveau ... et puis ouais oui je pense vraiment c'est quelque chose de ... ils apprécient beaucoup le ... l'aspect que c'est un truc assez technique, et puis qu'ils peuvent le faire tout de suite au cabinet, ça oui je trouve qu'ils sont toujours très très intéressés + il y a en a pas mal qui regardent les images ...

**NC58 : Okey ... et ... comment se passe la proposition au patient de l'utilisation de l'algorithme pour le diagnostic ? Vous m'avez dit que vous expliquez, mis il y a quelqu'un qui est réticent ou dans le général ils sont contents ?**

MED11.58 : Pour adhérer pour être inclus ?

**NC59 : Pour adhérer ouais**

MED11.59 : J'en ai aucun qui a refusé ++ la seule chose mais enfin je pense que j'ai pas bien expliqué, c'est le questionnaire

**NC60 : Celui à remplir ... =**

MED11.60 : = A la limite le premier ça va parce qu'il est à une semaine, mais le deuxième à trente jours + des fois ils comprennent pas ou ... fin ou alors c'est déjà fini puis ils ont plus vraiment l'intérêt de ... de continuer ce processus ... ou alors ils ... par exemple sur le ... je sais pas comment c'est sur internet mais sur le papier tout en bas, il y a les jours avec antibiotiques puis des fois j'ai pas donné- même plusieurs fois j'ai pas donné d'antibiotiques, donc ça fait je trouve bizarre d'avoir une ligne jours avec antibiotiques qu'ils doivent cocher alors qu'il y a pas d'antibiotiques ((rires)) j'ai eu l'impression qu'il y a eu un truc qui ... qui est pas ... juste

**NC61 : Okey ... donc en général ils acceptent bien + vous pensez pourquoi ?**

MED11.61 : Bah ... je pense parce que ce qui ça demande c'est vraiment bah la prise de sang, Ultrason qui est pas invasif puis en général ça il le trouvent même plutôt sympa, et puis après bah ... ouais bon le questionnaire je pense c'est le truc le moins rigolo

**NC62 : Ouais**

MED11.62 : Mais du coup finalement ils sont pas ... ils ont pas l'impression qu'ils ont beaucoup d'investissement ou ....

**NC63 : Donc la prise de sang ça les dérange pas ?**

MED11.63 : Non c'est une chose ... ils ont l'habitude c'est jamais leur première prise de sang

**NC64 : Mhm + vous avez dit avant .... vous faites pas la crp normalement**

MED11.64 : Non ça je fais pas

**NC65 : Plutôt la radiographie**

MED11.65 : Ouais + bon j'ai fait une fois à un patient ... + ah non deux fois ((rires)) mais bon sur genre onze ou douze patients

**NC66 : Ouais**

MED11.66 : C'est pas tant que ça mais c'est vrai que ... ouais crp moi ...

**NC67 : Vous avez pas l'habitude ?**

MED11.67 : Non crp pour moi c'est vraiment antibiotique ((rires)) c'est pas si c'est pas nécessaire

**NC68 : Okey ... ouais**

MED11.68 : Je sais pas moi j'ai vraiment été sensibilisée que ... la crp ... + ça va pas servir

**NC69 : C'est pas spécifique**

MED11.69 : Si c'est une infection ça sera haut ++ mais après moi j'ai plusieurs collègues qui me disent ah mais tu dois faire la crp si elle est à 300 ça va pas être la même chose qu'une crp à trente + mais bon des crp à 300 moi j'en ai pas souvent hein ((rires)) c'est ça

**NC70 : Okey + et pour la procalcitonine plus en particulier, donc seulement le côté de la procalcitonine ... voyez-vous des barrières à l'utilisation dans votre pratique de ce test ?**

MED11.70 : Bon c'est pas remboursé, donc ça ça va être une barrière ... impossible dans le sens si c'est pas remboursé moi je vais pas le prescrire

**NC71 : Ouais**

MED11.71 : Eh ... surtout qu'il est pas à bon marché

**NC72 : Ça coute beaucoup**

MED11.72 : Et si ... voilà aussi s'il faut acheter l'appareil, s'il est pas mis à disposition, moi je vais pas acheter un appareil pour un examen qui n'est pas remboursé ((rires)) et puis ... mais disons sur le principe- si admettons, admettons il est remboursé et puis l'appareil soit mis à disposition- parce que maintenant ça marche comme ça, les laboratoires ils prêtent les machines, ils vendent les réactifs ...

donc si ça marche comme ça, comme les autres machines qu'on a ... bah ça oui moi je serais intéressée à avoir ... après j'ai déjà la crp hein donc ... faudra voir dans quels situations c'est vraiment plus intéressant d'avoir une ... procalcitonine ... que la crp

**NC73 : Vous voyez pas des grandes différences entre la procalcitonine et la crp**

MED11.73 : Ouais justement je suis pas encore sûre d'y voir ... ouais un avantage + mais il faut dire aussi que la ... justement dans l'étude, par ce que j'ai pu voir en ambulatoire c'est que ... il faut y aller hein, pour avoir une procalcitonine au-dessus du cut-off, parce que celui qui avait une procalcitonine plus que le cut-off c'était celui qui avait une appendicite avec des abcès partout + et ... et puis un autre qui avait vraiment une ENORME pneumonie mais vraiment ... un truc ... on le voyait c'était déjà écrit sur son front c'était une pneumonie

**NC74 : Mhm**

MED11.74 : Eh ... donc ouais j'ai l'impression que ... voilà il faut changer le cut-off je sais pas mais en fait la sensibilité ... de la procalcitonine elle est ... elle est pas si ... pas si élevée en fait je trouve

**NC75 : Okey**

MED11.75 : Moi j'ai l'impression en tout cas, dans ce que j'ai vu après- c'est vrai que moi sinon je ... je l'utilise dans les cas d'hôpital donc c'est plus du tout la même ... les mêmes patients

**NC76 : Donc ... vous faites pas toujours confiance aux tests de la procalcitonine ?**

MED11.76 : Justement s'il est positif je lui fais confiance, s'il est pas positif .. ouais + pas ... je suis pas ... toujours aussi convaincue que ...

**NC77 : Et dans ces cas ... vous faites quoi ? Si vous êtes pas convaincus que c'est négatif**

MED11.77 : Alors je dirais ... bah je fais une radio en fait ++ ça va être ça oui

**NC78 : Mhm**

MED11.78 : Ouais parce que là par exemple je verrais pas l'intérêt de la crp si déjà la procalcitonine est négative + et puis ... je vais ... alors je vais plus facilement recourir à la radio puis je vais le revoir assez vite le patient, voir si en quarante-huit heures peut-être ça ... ça évolue des fois

**NC79 : Donc dans l'étude si vous avez eu ce doute sur la procalcitonine négative vous avez fait une radio ... c'est juste ?**

MED11.79 : Oui c'est ça ++ bah disons vu qui est dans l'étude, j'ose pas trop sortir justement aussi des ... des ... des des rails ((rires)) parce que je me dis voilà c'est quand-même ... l'étude il est conçu comme ça + mais ... voilà + je vais suivre du coup

**NC80 : Donc si j'ai bien compris, dans le cas où la procalcitonine est positive et donc vous faites ultrason, vous avez pas la nécessité de faire une autre radiographie ou quand-même vous faites aussi la radiographie ?**

MED11.80 : Mh ... si je vais faire mais ... mais ça veut dire que moi j'ai pas au cabinet, ça veut dire les patients ils doivent aller en ... centre de radiologie hein

**NC81 : Okey + et ça arrive donc de le faire si la procalcitonine est positive ?**

MED11.81 : Mh ... oui quand-même parce que des fois je trouve que c'est bien ... surtout dans des patients- je dirais pas les patients JEUNES, mais des patients ... un peu plus ... âgés peut-être cinquantaine et plus, souvent je vais faire la radiographie parce que je vais vouloir faire une radiographie ... après six semaines

**NC82 : Okey**

MED11.82 : Pour être sûre que le ... l'infiltrat est disparu et puis qu'il y a pas quelque chose de ... tumoral

**NC83 : Et ... on peut pas voir aussi Ultrasonça ?**

MED11.83 : Bah le truc c'est que moi je suis jamais sûre d'Ultrasonc'est ça mais ((rires)) MAIS ADMETTONS si j'étais sûre d'avoir un infiltrat à l'ultrason, alors oui je pourrais aussi contrôler ... le patient avec l'infiltrat ... alors je sais pas si aussi à six semaines mais ... je ferais ça quand je sais pas trop

**NC84 : Et ... vous m'avez dit que la barrière principale que vous voyez c'est plutôt le fait de la facturation**

MED11.84 : Alors pour la procalcitonine

**NC85 : Ouais pour la procalcitonine**

MED11.85 : Ouais ... parce que pour Ultrasonà la limite on pourraient le facturer en TEMPS

**NC86 : Mhm ... okey**

MED11.86 : Eh ... parce que moi j'ai plusieurs collègues par exemple qui ont ... en fait qui ont PAS fait à l'entier la formation ultrason, ce qui fait qu'effectivement ils peuvent pas la facturer comme telle mais eux ils la facturent en temps

**NC87 : Mhm**

MED11.87 : Eh ... après voilà il faut quand-même faire attention parce qu'on met plusieurs XX dans le temps qu'on peut facturer en consultation mais + c'est faisable hein ++ après ouais la procalcitonine ça va vraiment ... là il faut qu'on puisse la facturer [ça] je peux pas ... tricher ((rires)) et facturer en temps ...

**NC88 : [Ouais] Ouais et d'autres barrières que vous voyez dans l'utilisation de ce test ...**

MED11.88 : Bah non parce que franchement c'est ... ouais non moi j'ai deux assistants qu'ils l'utilise puis une qui est vraiment laborantine

**NC89 : Mhm**

MED11.89 : Eh ... elle m'a dit qui ... elle s'est trouvée mieux avec cette machine donc non je pense que ça irait ... bien, les assistantes elles ont l'habitude de ce ... type de ... de ... de machine avec ... les réactifs

**NC90 : Okey, bon vous avez dit que des fois vous avez pas confiance dans les résultats de ce test, vous pensez quelles seraient des pistes pour vous sentir un peu plus en confiance ? Peut-être les résultats de cet étude ?**

MED11.90 : Ouais ça si on nous dit que c'est réellement ... ça ça ça devient vraiment quelque chose de très ... clair ++ puisque à mon avis je me dis SI ça donne un résultat positif il y aura sûrement ... pleins d'autres études qui vont être lancés et puis qui vont ... petit à petit consolider la position de la procalcitonine

**NC91 : Mhm**

MED11.91 : Donc je pense ouais c'est ça c'est ... plusieurs études ... les résultats concordent ... donc voilà

**NC92 : Et vous avez eu des formations pour la procalcitonine pour ultrapro ?**

MED11.92 : Alors pour ultrapro oui mais du coup c'était ... ouais très court hein ...a quelques minutes hein

**NC93 : Et vous avez l'impression que ça suffit ou que ça devrait durer un peu plus ?**

MED11.93 : Non moi j'ai l'impression que ça suffit parce que j'ai l'impression justement que c'est pas encore quelque chose qui est très établi en ambulatoire, ce qui fait que ... il y a pas des tonnes de données ...

**NC94 : Okey, et alors maintenant je vous fais la même question avec ultrason, vous avez dit qu'en le manipulant il y avait des fois ... une incertitude**

MED11.94 : Oui ((rires)) Non parce que justement on a fait la demi-journée de formation au chuv, mais alors avec des gens .... je pense TRÈS malades ... où les pneumonies étaient TRÈS ... VRAIMENT PRESENTES et partout ((rires)) et là effectivement je les voyais très bien + mais je trouve qu'en ambulatoire- bah je pense aussi on est peut-être plus vites dans le diagnostic donc l'infiltrat il est MOINS ... développé comme ça, radiologiquement + puis du coup ... franchement ça donne pas des images ... aussi jolies fin je trouve qu'il faudra attendre un peu plus mais ...

**NC95 : C'est pas un instrument qui vous donne la certitude de dire oui il y a un infiltrat ou pas**

MED11.95 : Non il y a qu'une fois où vraiment ... j'étais sûre que je le voyais, donc c'est pas beaucoup ouais

**NC96 : Et cela vous pensez que c'est plutôt pour ... comme vous avez dit que vous avez pas utilisé beaucoup de [fois] ou ... c'est aussi la qualité de l'image ?**

MED11.96 : [Ouais] Non moi je pense vraiment c'est pas c'est pas un problème d'appareil ou de ... qualité d'image de l'appareil, non. Je pense que c'est vraiment un problème de ... l'examineur qui doit avoir vraiment l'habitude, en faire beaucoup ...

**NC97 : Ouais**

MED11.97 : Puis en plus c'est- l'Ultrasonc'est un très ... fin ça bouge hein tout bouge fin le poumon bouge, le patient bouge + nous on est tout le temps en train de bouger la socle ... donc ... ouais + je pense c'est pas non plus un facteur ... facile parce que même si on se donne des repères, pour nos images pour l'étude, ça ... on est pas sûrs que chacun fait pareil ... ou ... ++ je pense la technique elle est pas si évidente à acquérir disons

**NC98 : Ouais**

MED11.98 : Peut-être pour des gens qui ont plus la facilité mais ..

**NC99 : Ouais ... peut-être ça pourrait aider aussi une formation avec des cas un peu plus limités comme au cabinet**

MED11.99 : Ouais c'est ça ++ parce que moi j'avais ... du coup vu que j'étais ... dans le groupe avec Ultrasonje suis- il y avait ... il y a une formation en fait des médecins romands ... qui pratiquent l'Ultrason au cabinet, et puis ... par hasard ils ont fait une formation SUR l'UltrasonPULMONAIRE enfin thoracique ... eh ... l'année dernière et puis du coup je me suis dite ah mais je m'inscris comme ça je vais voir, puis ça me donnera aussi un peu plus aussi de ... de- d'idée alors c'était pas mal aussi + c'est un bon complément

**NC100 : Mhm ça a aidé alors + et pour ultrapro donc Ultrasonet procalcitonine ensemble, vous utilisez d'autres outils diagnostiques ensemble vous avez dit, par exemple la radiographie**

MED11.100 : Je fais plutôt radiographie ouais, crp pas tellement ... mhm ... non j'ai pas tellement d'autres outils diagnostiques non, bon j'ai pas fait de scanner par exemple

**NC101 : Mhm + et ... c'est arrivé dans les visites de suivi de prescrire l'antibiotiques quand la première fois vous avez pas prescrit ?**

MED11.101 : Bah ... non ... non- bon alors pas dans ces cas

**NC102 : Mhm**

MED11.102 : Ça m'est arrivé ... dans une AUTRE situation mais du coup c'était pas quelqu'un d'inclut ouais

**NC103 : Okey**

MED11.103 : Ouais non dans ce que j'ai inclus

**NC104 : Et les résultats d'ultrapro ont souvent modifié votre intention de prescrire des antibiotiques ?**

MED11.104 : Eh ... Ouais quand même assez souvent oui quand même assez souvent ... fin il y a des fois j'étais sûre que ça serait ... PAS une pneumonie et puis effectivement ... ça s'arrêtait à la procalcitonine qui était normale

**NC105 : Mhm**

MED11.105 : Eh ... après je dirais quand c'était positif j'étais pas surprise, que s'était positif. Les deux cas que j'ai eu, c'était vraiment des ... des situations où je ... j'aurais été très embêtée en fait si ça avait été négatif j'aurais été très embêtée parce que moi j'avais vraiment l'impression que c'était ... que c'était ... un foyer BAS

**NC106 : Par l'anamnèse et la clinique vous dites ?**

MED11.106 : Ouais l'anamnèse et la clinique ouais ouais + donc là ... là ça aurait été vraiment compliqué parce qu'il y a des gens pour lesquels on est vraiment PERSUADES + et puis je me dis des fois il peut-être y avoir un retard de ... fin la procalcitonine je sais pas en tout cas la crp il peut y avoir un retard, un ou deux jours de retard de montée de la ... du taux donc c'est vrai que ... si on est déjà convaincus le premier jour et puis qu'on doit quand-même attendre quarante-huit heures ...

**NC107 : Mhm**

MED11.107 : Ouais c'est des choses un peu dérangeants et puis les patients ils sont pas traités ... correctement ... dès le début hein

**NC108 : Donc dans l'étude c'est pas arrivé une situation pareille ?**

MED11.108 : Ouais ceux qui étaient vraiment positifs ça j'étais sûre qu'ils étaient positifs ... les négat- ouais il y en a eu un, il y en a eu un où vraiment ... fin j'étais pas à l'aise puis j'ai décidé de quand-même donner l'antibiotique sans avoir de procalcitonine élevée et puis sans avoir d'infiltrat

**NC109 : Et là vous avez fait une radiographie ou ... ?**

MED11.109 : Eh ... ouais j'ai fait une radiographie quand-même après mais il y avait pas d'infiltrat ((rires))

**NC111 : Okey**

MED11.111 : Donc voilà là c'était effectivement une ... je dirais une ... un conflit entre ... mon impression clinique et ... et ... et les examens complémentaires qui étaient tous effectivement normaux

**NC111 : Mhm ... et dans l'étude il y a eu des patient qui étaient pas satisfaits ? Par exemple qui voulaient à tout prix l'antibiotique et que ... ultrapro disait de pas en donner ?**

MED11.111 : Eh ... j'ai eu l'impression moins parce que ... bah touj- bah justement je leur expliquais hein que l'antibiotique dépendait des résultats des tests qu'on faisait, donc de la prise de sang plus ou moins l'ultrason, et j'ai l'impression que ... avec ces deux outils en plus de mon avis ... ils étaient plus convaincus

**NC112 : Okey**

MED11.112 : J'ai eu l'impression, donc ils ont pas trop revendiqué ... demandé ... d'antibiotique

**NC113 : Vous avez l'impression qu'aussi pour eux, d'avoir des examens en plus ça [ les a aidé à être plus sûrs de la prescription ?]**

MED11.113 : [Ouais moi j'ai l'impression qui leur donne plus de confiance] Ouais

**NC114 : Plus de confiance**

MED11.114 : Ouais moi je trouve qu'ils ont plus de confiance dans les trucs un peu ... un peu EXTERNES comme ça

**NC115 : Plus objectifs**

MED11.115 : Ouais ouais je pense ouais

**NC116 : C'est le fait d'avoir des examens plus objectifs qui dirigent la prescription**

MED11.116 : Ouais c'est ça ... ça je pense qui peuvent comprendre quand je leur dis bah voilà, on fait la radiographie, s'il y a pas de pneumonie à la radiographie il y aura pas d'antibiotique ((rires)) donc ça ... ils comprennent aussi quelle sera la suite du résultat

**NC117 : Okey + comment avez-vous vécu le fait que le choix de traitement vous soit proposé par un algorithme composé par deux nouveaux outils la procalcitonine et l'ultrason?**

MED11.117 : Eh ... pour la procalcitonine justement j'avais vraiment pas beaucoup de repères, donc ... je savais pas trop à quoi m'attendre. Eh ... Ultrason le problème de l'Ultrason c'est que pour moi c'est que pour moi il y a un problème de confiance dans mon propre ... mes propres compétences à faire l'ultrason

**NC118 : Mhm**

MED11.118 : Parce que ouais + alors que voilà je pense que c'était le but de l'étude de faire une formation très courte, pour voir si c'était à la portée de la majorité des ... des généralistes, mais moi j'ai quand-même l'impression que c'est un outil qu'il faut ... pour vraiment qu'on soit à l'aise ++ mais pour la procalcitonine moi ce que j'ai trouvé très perturbant c'est que j'ai eu un patient qui allait pas bien du tout, qui avait je crois dix de procalcit- je crois que- moi j'ai jamais vu un résultat pareil, JAMAIS et ... du coup après je me suis retrouvée avec ça ... puis lui bon il allait pas bien mais ... mais pas un patient âgé puis ... il était quand-même pas- moi j'avais pas l'impression qu'il était à l'étape d'aller en hospitalisation

**NC119 : Mhm**

MED11.119 : Donc après je me suis retrouvée avec un résultat ... horriblement mauvais, mais un patient que j'avais l'impression qui pouvait rester ambulatoire + puis après je me suis dit mais je vais quand-même l'hospitaliser juste parce qu'il a un test horrible ? Mais ça je trouve que ça a été difficile à ... à gérer cette ... ce résultat horriblement ... alors après bon du coup je l'ai vu plus souvent ((rires))

**NP120 : Ça vous a rassuré de le voir un petit peu plus souvent**

MED11.120 : Ouais c'est ça

**NC121 : Mhm ... vous m'avez dit que sur les patients résistants qui veulent absolument prendre un antibiotique le fait d'utiliser ultrapro a eu un impact positif**

MED11.121 : Bah je pense que je suis pas tombée sur les patients les plus ... exigeants revendicateurs aussi pour cet étude enfin +

**NC122 : Vous pensez ... [de quelle manière]**

MED11.122 : [Je sais pas] comment auraient réagi les autres, ouais. Parce que je pense ceux qui sont vraiment intimement convaincus je suis pas persuadée que l'Ultrasonet la procalcitonine va les rassurer donc ...

**NC123 : Vous pensez que ça va pas aider qu'il y a un test en plus qui dit qu'il faut pas d'antibiotique ...**

MED11.123 : Non ça ouais je suis pas convaincue

**NC124 : Okey**

MED11.124 : Parce que c'est plutôt relationnel c'est ça

**NC125 : Ah ouais c'est plutôt relationnel**

MED11.125 : Oui exactement et l'émotionnel

**NC126 : ++ Et vous pensez qu'ultrapro a le potentiel de changer votre manière de prendre en charge les infections respiratoires ?**

MED11.126 : Eh ... mais c'est vrai que justement oui c'est vrai qu'alors oui pour les médecins en tout cas je pense qui n'ont pas de radiographie, je pense que ça serait très très pratique d'avoir un Ultrasondu coup.

**NC127 : Ceux qui n'ont pas de radiographie**

MED11.127 : Ouais du coup ça donne quand-même un élément d'imagerie sur place, mais après il faut voir parce que c'est vrai que je me dis ceux qui ont choisi de pas avoir de la radiographie- bon des fois c'est des questions de locaux hein parce qu'on a pas de pièce non plus à ... à dédier + du coup un Ultrason surtout celui-là il est tout petit. Après bah il y a la question quand-même du coût hein c'est vrai que du coup si est pas prêté ... c'est quand-même un coût assez ... assez important pour un cabinet, faudrait être je pense plusieurs médecins pour pouvoir se le partager + donc ça vaille la peine, et ... ouais ouais, faudrait voir si ... si vraiment c'est rentable ou ... ou pas je suis pas sûre en fait soit rentable. Alors après il y a est-ce que nous on est intéressés à l'avoir pour nous pour nous sentir mieux ... plus à l'aise c'est autre chose

**NC128 : Donc justement vous avez dit pour les médecins qui n'ont pas déjà une radiographie vous pensez que ça pourrait être comparable le résultat donc**

MED11.128 : Ouais en tout cas pour les infiltrats je pense que ça peut donner des bons ... bons résultats si on enlève les épanchements, je pense ça aussi ça on peut vraiment arriver quand-même à se former pour les voir ... voilà après non je pense on peut pas- je pense pas qu'on peut recommencer à voir s'il y a une insuffisance cardiaque ... fin là il faudrait très bien former

**NC129 : Mhm**

MED11.129 : Je pense les épanchements pleuraux ... l'infiltrat ... POURRAIT en tout cas

**NP130 : Ouais ... et recommanderiez-vous à vos collègues d'utiliser ultrapro ?**

MED11.130 : Alors en tout cas faire partie de l'étude oui, après ... voilà de se lancer dans l'Ultrason... ouais je suis pas sûre que je recommanderais non ((rires)) + après j'en parlerais puis de toute façon je pense qu'il y en a déjà intéressés ou justement pas trop, qui sont pas très sûrs de leur ... de ... de .... de pouvoir arriver à acquérir la technique puis du coup ils vont pas le faire

**NC131 : Mhm**

MED11.131 : Puis après je pense concrètement si on veut vraiment s'améliorer dans l'Ultrasonil faut presque le faire tous les jours pour vraiment qu'on soit BONS en Ultrason++ mais alors du coup ça veut dire qu'après il faut se lancer dans des formations pour tous les systèmes

**NC132 : Ouais**

MED11.132 : Travailler sur tout ce qui est cutané ... abdominal ...

**NC133 : Pour l'utiliser un peu plus**

MED11.133 : Ouais c'est ça ... pas se focaliser sur un système

**NC134 : Et ... s'il serait remboursable, vous pensez continuer l'utiliser ?**

MED11.134 : J'hésiterais ouais je suis pas sûre encore parce que par exemple je me suis demandée à est-ce que je me lancerais dans la formation ? pour l'instant pas ... non

**NC135 : Mhm**

MED11.135 : Pour Ultrason... je pense que je m'arrêtera là

**NC136 : Mhm**

MED11.136 : Il faut vraiment que j'aie l'envie, l'énergie à me lancer dans une formation plus complète en fait c'est ça

**NC137 : Ouais**

MED11.137 : Parce que pour moi ça a pas du sens si on fait que ... du thoracique

**NC138 : Mhm**

MED11.138 : Donc pour l'instant ... j'aurais d'autre priorités ouais je trouve pour les formations

**NC139 : Okey. Bon merci beaucoup pour votre collaboration, vous avez des commentaires supplémentaires ?**

MED11.139 : ++++ Non je crois pas- alors disons ce qui était bien aussi vu qu'on est dans le cadre d'une étude c'est qu'on peut envoyer les images

**NP140 : Ouais**

MED11.140 : Moi j'ai j'ai j'ai eu deux en tout cas deux fois où j'ai envoyé les images, après moi je trouve quand-même le gros inconvénient d'envoyer des images justement alors l'Ultrasonc'est un examen plutôt mobile et ... voilà qui bouge, envoyer quelques images ... je suis pas convaincue que ça soit ... fiable d'avoir une supervision à distance- fin c'est bien mais est-ce que c'est vraiment fiable ?

**NC141 : Mais vous avez envoyé des images à ...**

MED11.141 : Voilà à Loïc , pour qu'il évalue ... je trouve que ça c'est bien mais .... mais voilà c'est pas parfait quoi c'est sûr que ... c'est sûr que l'idéal ça serait qu'on ait quelqu'un à côté de nous au début mais après ... c'est pas faisable en pratique

**NC142 : Mhm**

MED11.142 : Ouais

**NC143 : Merci beaucoup alors**

4.4.1. Journal de Bord MED11 – UltraPro – Nina Canova

03 octobre 2019

**Entretien**

Ceci a été le dernier entretien pour mon Mémoire. J'ai convenu avec la doctoresse de nous rencontrer à la cafétéria des professionnels de la PMU du CHUV le matin du 03 octobre à 8 heures. J'avais déjà fait une réunion dans cette cafétéria auparavant et je me rappelais qu'il n'y avait pas beaucoup de bruit. Effectivement, la première fois il y avait que nous dans cette salle. Quand j'y suis arrivée, avec quelques minutes d'avance, je me suis rendue compte qu'il y avait beaucoup de bruit. Assis aux tables, il y avait 4 ou 5 médecins en train de discuter et de manger ensemble le petit-déjeuner. Heureusement, la doctoresse m'a envoyé un e-mail un peu avant 8 heures en me disant qu'elle avait quelques minutes de retards. Quand elle est arrivée, autour de 8 heures 15, beaucoup de médecins étaient allés travailler et dans la salle il y avait encore moi et deux autres médecins. J'espère que l'enregistrement n'a pas été dérangé par leur présence, mais je ne pense pas parce que j'ai eu l'impression qu'ils parlaient avec une voix très basse.

L'entretien s'est bien déroulé. Le jeune âge de la doctoresse et sa disponibilité a permis un échange beaucoup plus horizontal. Aussi dans ce cas, le fait de ne pas mener l'entretien dans le setting du cabinet a permis une relaxation de la part de l'interviewée et plus d'ouverture à un dialogue. Elle a fait partie du bras UltraPro, du coup on a pu parler beaucoup plus de la partie Ultrason, de ses sensations en manipulant l'outil. Le fait qu'elle était plutôt dubitative à propos de cet outil m'a permis de faire beaucoup de relances et d'indaguer les motivations de ses doutes. L'autre médecin que j'ai interviewé dans ce bras, MED12, était plutôt optimiste par rapport à l'algorithme et avait en général confiance dans l'outil. Le fait de pouvoir échanger avec une doctoresse qui n'avait pas le même avis et qui a soulevé plusieurs fois son manque de confiance dans la manipulation d'Ultrason (en ajoutant qu'il faudrait beaucoup plus de formation et d'expérience afin de se sentir à l'aise) m'a permis d'élargir mon point de vue à propos de cet outil.

Mémos après l'entretien
<ul style="list-style-type: none"><li>• Importance de l'examen physique</li><li>• En cas de doutes, utilisation de la radiographie<ul style="list-style-type: none"><li>○ Plus difficile avec les patients âgés (les faire déplacer)</li></ul></li><li>• Pas de confiance dans la manipulation de l'Ultrason</li><li>• Nécessaire beaucoup formation et expérience afin d'avoir confiance en soi comme opérateur</li><li>• Le niveau de prescription change en fonction du type de patients<ul style="list-style-type: none"><li>○ Patients d'une EMS =&gt; taux beaucoup majeur de prescriptions</li><li>○ En outre avec eux, l'auscultation est difficile</li></ul></li><li>• Ultrason : outil d'actualité dans la recherche en médecine</li></ul>

**Transcription**

Heureusement, la qualité de l'audio était plutôt bonne et les autres personnes de la salle ne l'ont pas dérangée. Je me suis rendue compte que pendant l'entretien j'avis pas compris des termes du vocabulaire médical, ce qui m'a pas permis une fois de proposer une relance intéressante. De toute façon, si je compare mes interventions pendant ce dernier entretien avec celles du premier, je peux voir une évolution. J'utilise beaucoup moins les questions par rapport à d'autres types de relance te le fais te connaître un peu mieux le domaine m'a permis de me rapprocher un peu plus du vécu des médecins et de proposer des pensées plus proches de leur monde et de leur système de valeurs. Transcrire ce dernier entretien me donne envie d'en faire encore et encore et d'élargir mes capacités comme intervieweuse.

### Mémos après la transcription

- Rendez-vous de contrôle en cas de doute
- Patients et antibiotiques
  - Il y a des patients qui arrivent et disent « Moi je veux un antibiotique »
    - Médicament mis sur un piédestal
    - Un manque d'information à ce sujet
  - C'est un médicament qui clive les avis de la population
- Sensibilité au thème des antibiotiques
  - Formations
  - Difficulté à maintenir ces bons propos dans la pratique, surtout à cause de la population avec laquelle elle travaille (EMS : population à risque où elle excède dans les prescriptions)
- Comment éviter les sur-prescriptions
  - Aux patients demandeurs c'est important de leur expliquer qu'il n'y a pas la nécessité de ce médicament
    - Cela peut prendre même 30 minutes
    - Mais c'est important parce que s'ils comprennent mieux le mécanisme, ils iront mieux accepter le traitement
    - Si restent sceptiques, ça arrive alors de leur donner des antibiotiques
- L'étude
  - Sélectionne trop les gens qui ont des exacerbations d'asthme
  - Prend beaucoup de temps, elle envoie les patients faire la crp et après elle fait les formulaires
- Procalcitonine
  - Doutes par rapport à sa sensibilité
  - Doutes sur sa supériorité par rapport à la CRP
  - Problème du remboursement de cet examen
  - Possible retard de montée
- Ultrason
  - Outil polyvalent (ex. du patient avec lipome)
  - Elle n'est jamais sûre des ultrasons
  - Les patients sont contents, ils prennent le temps pour regarder les images
  - Les patients apprécient le fait que c'est un truc technique et qu'ils peuvent le faire tout de suite au cabinet
  - Les images ne sont pas de bonne qualité
  - La technique n'est pas évidente à acquérir

#### 4.5. Transcription MED12

NCanova\_homme\_médecin généraliste\_UltraPro\_zone rurale\_45min12sec

**NC1 : Pour commencer j'aimerais vous demander comment se passait habituellement le ... le diagnostic et la ... et la prescription lors d'infections respiratoires basses ? Avant l'étude.**

MED12.1 : Avant [l'étude] au cabinet ?

**NC2 : [Oui] mhm**

MED12.2 : Alors ehm ... j- je pense comme chez la plupart de mes collègues ehm ... bon la consultation soit la base de l'examen clinique, on va ... détecter un certain nombre de SIGNES qui vont... faire suspecter une une ...pneumonie=

**NC3 : Mhm**

MED12.3 : Ehm ... ET PUIS ... on va s'aider ... des outils ehm bah qu'on a nous en tout cas ici au cabinet qu'ils sont des examens de laboratoire et puis ehm ... et puis la radiologie

**NC4 : Mhm**

MED12.4 : Donc EN GENERAL c'est une prise de sang à la recherche d'une ... d'un signe d'infection, ehm la formule sanguine puisqu'on appelle la... la crp hein =

**NC5 : Oui**

MED12.5 : Qui est un test extrêmement courant et puis ehm ... et puis une radiographie du torax de face ou plus ou moins de profil en fonction de ... de ... de la difficulté à ... recherche le foyer d'infection quoi

**NC6 : Okey**

MED12.6 : Et puis su- sur la base de ces élém- de ces éléments là on va ehm ... se décider à ... traiter le patient avec des antibiotiques si on suspecte une infection BACTERIENNE quoi

**NC7 : Donc ... vous m'avez dit que vous vous aidez dans le diagnostic par la radiologie et la prise de sang ... c'est ça ?**

MED12.7 : Oui

**NC8 : Okey + Et avant cette étude avez-vous déjà pensé diminuer ou avez-vous déjà diminué vos prescriptions en matière [d'antibiotiques ?] Surtout pour les infections respiratoires basses**

MED12.8 : [Alors] MOI je prescris ASSEZ PEU

**NC9 : Mhm =**

MED12.9 : Ça veut dire que je prescrivais déjà MOINS d'antibiotiques que mes collègues, on- on fait partie ici d'un cercle de garde ... d'un cercle de qualité pardon + ehm qui sont organisés par des pharmaciens ehm par ... par secteur

**NC10 : Ah okey**

MED12.10 : Ehm ... c'est une formation en fait qui nous permet d'évoluer notre pratique par rapport à nos prescriptions + en fait les pharmaciens RÉCUPÈRENT dans toutes les pharmacies où nos ordonnances arrivent ehm quel type de ... de prescription on fait par classe thérapeutique + donc ehm bah par exemple je sais pas les antidouleurs, les antiinflammatoires et puis entre autres aussi LES ANTIBIOTIQUES alors ... tout type d'antibiotique puis ensuite on peut voire en fonction du type d'infection ce qu'on donne + puis moi je sais que ... depuis que je participe au cercle de qualité j'étais à ehm ... en tout cas ehm vingt à trente pourcent moins de prescriptions d'antibiotiques en moyenne que mes collègues

**NC11 : Vingt à trente pourcent c'est déjà beaucoup=**

MED12.11 : C'est déjà beaucoup ouais (rire) + bah je ... suis ... assez ehm ... disons ehm ... on va dire DOGMATIQUE avec ça (rire)

**NC12 : Oui [donc c'est pas ... ]**

MED12.12 : [Donc j- j- j'évite] au maximum d'en donner ehm ... et je cherche des ARGUMENTS po- pour pouvoir justifier ma prescription si je pense que ça peut améliorer l'état clinique du patient

**NC13 : Okey + et quelles sont vos motivations à participer à cette étude ?**

MED12.13 : Bah pouvoir démontrer que de- donner moins d'antibiotiques ça ... ça- ça- c'est pas très c'est- fin c'est pas très DIFFICILE surtout si on a des outils adaptés et puis que ça peut rassurer je pense les collègues d'avoir des éléments qui leurs permettent de ... de ... OBJECTIVEMENT pouvoir prendre leurs décisions quoi

**NC14 : Vous pensez que pour diminuer la prescription d'antibiotiques ça serait bien d'avoir des outils adaptés, utiles ... c'est ça ?**

MED12.14 : De toute façon + soit on travaille en étant ehm ... c'est travailler avec le doute c'est-à-dire il y a toujours ehm ... un moment où ... on sait pas si on fait juste, on a L'AVANTAGE en médecine de premier recours de pouv- de pouvoir SUIVRE les patients, c'est-à-dire on peut les revoir à vingt-quatre heures à quarante-huit heures on peut aussi suivre l'évolution + il y a des collègues qui donnent facilement parce que ... ils ont l'impression que voilà ça va régler le- le- le problème alors ça règle le problème donner des antibiotiques, ça rassure le patient et puis surtout ça diminue la durée de la consultation et la durée de la prise en charge par le médecin (rire)

**NC15 : Oui (rire) je vois=**

MED12.15 : Donc j'ai toujours dit que je préférerais passer une demi-heure avec un patient pour que je lui donne pas d'antibiotique plutôt que passer cinq minutes et puis lui faire une ordonnance quoi (soupir) c'est- c'est ... une question de responsabilité aussi

**NC16 : Et il y a des fois des difficultés à parler au patient ... à propos des antibiotiques et expliquer vraiment pourquoi on préfère ne pas lui donner ?=**

MED12.16 : Oui alors il faut pouvoir justifier, les patients ils sont en droit d'attendre pour qu'on leur donne un traitement efficace pour leur problème, sinon si on a suffisamment d'éléments pour leur dire que ... bah qu'on PENSE que c'est une infection virale, qui ... va évoluer favorablement spontanément ehm ... voilà + mais TOUJOURS avec la porte ouverte en leur disant qu'on les revoit volontiers ou on PROGRAMME même des fois des contrôles pour les rassurer et puis ehm sur le problème ouais

**NC17 : Et plus en général, comment se situent les patients par rapport à la prescription d'antibiotiques ? Quelles attentes en ont-ils ?**

MED12.17 : Alors je pense c'est très- c'est très différent en fonction de ... alors oui ici on est dans une zone semi-rurale

**NC18 : Mhm**

MED12.18 : Donc on a des patients ... on commence avoir une population plus urbaine avec peut être ... plus dans l'attente de ... de ... traitement on va dire efficaces, rapides, une prise en charge ehm ... qui parfois passe justement ... par ce côté magique des antibiotiques hein je pensais que ça allait disparaître mais étonnement c'est plutôt des patients jeunes hein qui sont ehm qui sont demandeurs + aussi une population qui est assez ouverte et plutôt réfractaire ((rires)) au traitement donc c'est pas forcément un problème de- de pas leur en donner + ehm l'étude il permet de cadrer tout ça et puis de donner des éléments supplémentaires, ehm ... même chez des patients chez qui on est parfois + assez sûres que finalement il y a pas- bah pas de nécessité à le FAIRE mais c'est l'avantage de cette étude d'avoir des éléments supplémentaires pour leur démontrer qu'effectivement il y a ... il y a pas d'inquiétudes à avoir que cette infection est très probablement virale et que nécessite pas de ... de traitement antibiotique et puis bah EUX de les inclure aussi c'est de les responsabiliser par rapport à leur prise en charge fin je trouve que c'est intéressant qui voient un peu ehm ... qu'il y a de la réflexion derrière tout ça ouais

**NC19 : Mhm et par rapport à cette étude, il y a une inclusion de certains types de patients**

MED12.19 : Mhm

**NC20 : Vous pensez que c'est les bons patients qui sont inclus ?**

MED12.20 : AH bon non moi j'ai pas sélectionné ehm ... alors c'est compliqué puisqu'il y a plusieurs paramètres (rires) ça je pense que=

**NC21 : Oui il y en a beaucoup (rire)**

MED12.21 : Alors disons que ... dans ce type d'étude qu'on fait au cabinet médical on doit gérer notre temps qui est souvent en général assez restreint hein on est toujours en train de courir ehm de- de ... de décider d'être à peu près à l'heure et c'est vrais que bah de ce coup ça ... introduit une charge de travail supplémentaire alors, qui- qui ... est intéressante mais dès que vous faites des

examens ça de toute façon ça fait ... une perte du temps et puis ehm ... mais ... non non c'est ... comment dire ++++ reposez moi la question ?

**NC22 : Si ... le type de patient qui est inclus dans [l'étude] donc j'ai vu qu'il y a tout un système électronique avec des questions précises**

MED12.22 : [Ah ouais] oui c'est le screening

**NC23 : Oui exactement le screening, la question c'est si vous pensez que ce screening ça sélectionne les patients justes pour cette étude**

MED12.23 : Alors je pense que OUI... alors oui ((toux)) globalement oui

**NC24 : Okey**

MED12.24 : J'ai eu des cas étonnamment où typiquement un patient toussait pas + et s'il tousse pas bah... ça collait pas en fait parce que il y avait pas de signes respiratoires quelque part il y avait juste la fièvre, donc ehm ... et puis s'est avéré que c'était une pneumonie + après à postérieur je me suis dit que finalement fin si j'avais vraiment insisté « vous toussiez ? » fin genre tout le monde tousse, j'aurais pu très bien tricher et puis l'inclure + je pense que si je le ferais maintenant- au début je voulais être extrêmement rigide par rapport au questionnaire ... mais globalement ça sélectionne assez bien les patients ouais ...

**NC25 : Donc à part ce cas vous avez l'impression qu'il y a une bonne sélection des patients, c'est juste ?**

MED12.25 : Oui + donc il y a effectivement cette sélection-là puis nous après est-ce qu'on a ou pas le temps de le faire ? AH alors en général comme l'immense majorité du temps on arrive à ... à les inclure, en fait c'est les premières fois où c'est un peu long puis une fois qu'on a fait... qu'on a fait l'expérience ça va assez vite

**NC26 : Avec le temps et l'expérience ça va mieux=**

MED12.26 : Oui bah on sait qu'il va y avoir un formulaire à [remplir], on sait qu'il va y avoir deux ou trois gestes à faire et puis on sait aussi que les équipes vont être mobilisées pendant une bonne demi-heure à sortir le matériel, à préparer les tubes ... les prélèvements, mais là on a deux assistants qui sont ... bah tout à fait au clair avec ça et qu'ont l'habitude, qu'ont l'expérience pour faire ça donc c'est pas un souci

**NC27 : [Ouais] Okey =**

MED12.27 : Donc ça devient plus facile disons, ehm ... j'ai eu qu'une seule fois fait Ultrason en fait sur tous les patients que j'ai recruté pour le moment, ça c'est plus compliqué par contre, ça prend encore plus de temps (rire) même si on sait que la prise de sang bah on a qu'à attendre hein mais après il faut quand-même le temps pour faire cet- pour faire notre Ultrason et puis ça peut vite devenir compliqué à gérer au niveau du timing

**NC28 : Vous dites ça parce que l'ultrason ça prend beaucoup de temps ?**

MED12.28 : Alors (rire) classiquement ils nous disaient douze minutes au maximum mais tout dépend des patients qu'on a effectivement ... bon alors la seule fois que j'ai eu à le faire c'était une patiente qui était particulièrement ehm ... en surpoids et puis c'est TRES compliqué d'avoir des images de bonne qualité ehm ... donc il y a quand-même cette limitation technique mais je peux quand-même imaginer que chez quelqu'un de ... de plus fin ... ou voilà quoi + puis après la question d'expérience hein si vous voulez les tests ++ par exemple le test sanguin on a pas besoin de réfléchir [hein] c'est un patient qu'on inclus, on lui fait une prise de sang, on a le résultat d'un test, ça on intervient pas et puis on a ... un résultat qui tombe de manière automatique, c'est vrais qu'Ultrason ça demande ... ehm du temps et puis une pratique donc ... ça c'est autre chose, pour nous ça remet en cause d'autres choses dans le cadre de la pratique

**NC29 : [Oui] Okey, et comment se passe la proposition au patient de l'utilisation de cet algorithme pour le diagnostic justement?**

MED12.29 : Alors assez simplement m- moi en général j'explique aux gens si on doit faire des examens, certains ... moi j'aurais pas fait des examens mais du coup ils étaient hein dans le screening, il était possible de les inclure et puis moi je lui explique tout bêtement que ... je participe à une étude clinique hein quelque chose d'assez RARE en cabinet médical que ... c'est une étude en financement [PUBLIQUE] avec des ... des ... disons ... des DONNEES qui peuvent qui peuvent avoir des conséquences dans la PRATIQUE en modifiant justement l'usage des antibiotiques donc qui est un vrai sujet actuellement en tout cas hein ... pour la POPULATION, et puis ehm ... je crois j'ai eu un seul refus mais normalement fin la totalité ont accepté [[évidemment]] + hein ... déjà parce qu'en général ils sont malades donc (rire) c'est important qu'on s'occupe d'eux, hein et puis après ils savent qu'ils vont être suivis, [[[fin]]] voilà que ... et puis ils sont souvent assez ... intéressés à participer, à ... pouvoir nous aider, à faire progresser un peu les choses quoi +

**NC30 : [Mhm] [[Mhm]] [[[Mhm]]] Et les patients qui ont été inclus dans l'étude, c'étaient pas des nouveaux patients ?**

MED12.30 : Alors la plupart c'était mes patients ... =

**NC31 : Oui**

MED12.31 : J'ai eu une fois un patient il me semble qui était pas un de mes patients + puisque ça arrive bah voilà si je suis de garde aujourd'hui ça peut être un patient qui est sous la garde donc c'est plus compliqué

**NC32 : Oui**

MED12.32 : Donc les convaincre si on les connais pas parce que ... voilà il ... il y a pas la relation=

**NC33 : Il y a pas une confiance**

MED12.33 : C'est vrai que la plupart des autres j'avais une bonne relation de confiance, ça fait quelques années que je suis installé donc hein c'était plus simple aussi peut-être de les convaincre + ils voient que c'est- fin + on leur explique la problématique, on leur décrit un peu la manière dont ça se passe, hein l'importance que ça a pour nous en tout cas hein ... hein puis en général ils ont vraiment envie de rendre service (rire) même ceux qui sont pas en forme + et puis c'est pour juste une prise de sang, en général peut être des fois ils en auraient déjà une qui a été faite ou qui va être faite et puis hein on leur explique que c'est un intérêt d'avoir un test plus précis et puis hein et puis qui ça va permettre de ... de cibler le traitement ... de manière efficace quoi

**NC34 : Et vous avez l'impression que ... ils sont touchés par le thème de l'antibiorésistance ?**

MED12.34 : Alors quand on leur explique OUI après c'est pas forcément ... il y a des patients qui sont sensibles, il y a des autres que de toute façons disent qu'ils aiment pas les médicament (rire) donc qu'ils sont contents s'ils en ont pas, hein ... je pense que ça reste un peu abstrait c'est rare qu'on voit dans les comportements qu'ils sont impliqués quoi

**NC35 : Qu'ils sont impliqués**

MED12.35 : Parce que ... parce que finalement une infection hein ... c'est c'est c'est c'est qu'est-ce qui c'est un virus, qu'est-ce qui c'est une bactérie, à quoi ça sert les antibiotiques ... il y a assez peu de gens qui ont qui ont des vraies notions là dessous hein de de de d'infectiologie quoi

**NC36 : Oui**

MED12.36 : On dirait j'ai certains collègues qu'on pas forcément de notions d'infectiologie non plus (rire)

**NC37 : (Rire) Okey, alors dans cette étude vous avez utilisé l'algorithme, c'est juste ?**

MED12..37 : Oui

**NC38 : Donc ça comprend soit la procalcitonine que l'utilisation de l'Ultrason**

MED12.38 : Oui

**NC39 : Par rapport à la Procalcitonine, voyez-vous des barrières dans l'utilisation dans votre pratique ?**

MED12.39 : Absolument pas parce que ça reste un test sanguin donc de laboratoire, pour nous c'est de la technique supplémentaire c'est une machine avec un test en finissage rapide hein ... on fait ça tous les jours pour d'autres tests hein que soit justement la crp que d'autres tests inflammatoires, que ça soit pour des tests pour le diabète, fin pour des tests pour des maladies cardiovasculaires ... donc NOUS alors ça c'est vraiment pas compliqué

**NC40 : Et vous avez dit qu'il y avait un problème de temps =**

MED12.40 : Alors initialement parce que il y a il y a comme c'est dans le cadre d'un protocole d'étude vous avez des règles à respecter, c'est pas comme moi je téléphone à un assistant je

dis il me faut une formule crp, le patient vient, il fait la prise de sang alors que le résultat- là il faut sortir des fichiers, il faut ... il y a le code barre, il y a les tubes à étiqueter, on va prélever du cérumen donc c'est ça qui prend du temps

**NC41 : Donc ce qui est compliqué est lié à l'étude**

MED12.41 : Voilà, mais ça c'est lié à l'étude c'est pas lié à l'utilisation de la Procalcitonine

**NC42 : Okey, donc il y a pas des grandes barrières que vous voyez**

MED12.42 : Non

**NC43 : Parfait + et vous avez confiance dans le résultat qui donne ce test ?**

MED12.43 : Alors oui, oui globalement oui, fin je trouve que c'est ... c'est un bon ... un bon usage, alors j'ai été ... en France en soins chirurgicales récemment puis mes collègues utilisent en fait ce test en France [plus fréquemment que nous]

**NC44 : Ah oui ?**

MED12.44 : Oui oui parce que ... il est pris en charge par l'assurance et ... est couramment utilisé ... ce qui est pas du tout le cas encore en Suisse hein

**NC45 : Mhm**

MED12.45 : Et puis étonnement j'ai eu un autre son de cloche quand j'étais étudiant puisque j'avais un collègue en pédiatrie qui faisait sa thèse de doctorat sur la Procalcitonine chez les enfants de bas âge, puis les résultats étaient pas très très probants disons par rapport aux diagnostics d'infections bactériennes ... mais bon c'était le tout début hein parce que moi parle de ça c'était hein il y a ... il y a presque une quinzaine d'années

**NC46 : Mhm**

MED12.46 : Donc hein .... c'était ... ouais c'était une quinzaine d'année donc c'était les DEBUTS et puis je pense que depuis les choses se sont affinées et puis ... c'est toujours la même chose c'est un test qui doit être utilisé dans un contexte fin pour répondre à une question précise, si on le fait comme ça au hasard sans savoir ce qu'on cherche effectivement le résultat ne peut pas être intéressant

**NC47 : Mhm, donc à ces jours vous avez confiance dans les résultats**

MED12.47 : Oui

**NC48 : Et pour Ultrason, comment vous êtes senti dans la manipulation de ce nouvel outil ?**

MED12.48 : Alors la manipulation fin moi je suis assez à l'aise avec l'électronique donc c'est pas un souci, après c'est d'obtenir des images hein ... et puis effectivement de ... de ... disons faire un examen qu'on va dire de bonne qualité dans un temps relativement concis c'est pas évident disons

**NC49 : Mhm**

MED12.49 : C'est là où je pense qu'on manque d'expérience de pas en faire assez souvent hein ... parce que c'est pas un outil qu'on a l'habitude d'utiliser et que l'on fait que dans le cas de cette étude

alors même si nous encourage à l'utiliser pour d'autres [situations,] de le faire dans d'autres contextes pour pouvoir justement ... utiliser la machine le plus possible, mais c'est vrai que ... ehm ... c'est peut-être là où on manque un peu d'apprentissage mais je pense que ça c'est une question d'expérience c'est comme pour tout quoi ... il faut juste pratiquer pratiquer puis après hein ...

**NC50 : [Pour d'autres choses] Oui**

MED12.50 : Une fois que les gens seront tous formés ça sera plus un souci

**NC51 : Avant, vous avez dit que vous êtes à l'aise avec l'électronique =**

MED12.51 : Mhm

**NC52 : Vous pensez que par exemple ... un médecin qui est PAS si à l'aise, par exemple un médecin qui a un peu plus d'âge que [vous] ... il aurait un peu plus de problèmes avec ce test ?**

MED12.52 : [Mhm] Oui mais c'est pas que les plus âgés qui ont pas une grande facilité avec l'informatique hein (rire) j'ai des collègues plus jeunes qui ont des grosses difficultés=

**NC53 : (rire) ouais**

MED12.53 : Bon c'est juste par rapport à l'enregistrement des fichiers ou transfert des fichiers fin il y a des manipulations qu'il faut apprendre à faire même si là c'est très simplifié, ils ont vraiment fait au mieux pour qu'on puisse justement ... hein ... pour que soit SIMPLE en fait hein ... par rapport à l'utilisation ... hein c'est juste ça quoi, comment régler la- la- la- la- la sonde, fin ce genre de choses, mais ça c'est pareil ça on l'apprend comme tout quoi

**NC54 : Oui absolument, et par rapport à ce test, vous avez confiance dans les résultats qu'il donne ?**

MED12.54 : Alors un peu moins parce que j'ai pas assez d'expérience, donc c'est pour ceci qu'il y a ce deuxième regard... par les radiologues du Chuv qui ... permet de savoir si hein ce qu'on VOIT c'est vraiment ce qu'on VOIT (rire) ou ce qu'on pense VOIRE hein ... et puis c'est comme ça qu'on- qu'on doit apprendre aussi + maintenant sur des séances d'entraînement qu'on a eu on a pu ... voilà voire de patients avec effectivement des pneumonies et voire ce qu'on DEVAIENT VOIRE en manipulant nous-même la sonde fin on sait ce qu'on doit chercher quoi

**NC55 : Et en l'utilisant avec vos patients, comment ça a été de devoir se fier d'un nouveau test comme ceci ? Ça a changé vos prescriptions d'antibiotiques ?**

MED12.55 : Alors avec l'Ultrason ça m'est arrivé qu'une fois et puis j'étais ... j'avais quelque chose à l'auscultation, ça veut dire que j'entendais un foyer, j'ai pas fait la radio mais j'ai fait la ... SI j'ai fait une radio en fait je crois ... mais j'ai CRU VOIRE à Ultrason un foyer mais comme c'était une dame très épaisse je pense que voilà là j'ai pas eu une très bonne qualité et dans tous les cas j'étais déjà assez persuadé qu'il y avait besoin d'antibiotique c'est-à-dire que ... je pense que ... c'est BIEN de se fier à l'algorithme je veux dire c'est ce que j'ai fait la plupart du temps et ... il y a eu des fois

hein ... au moins à deux reprises où ça a changé ma ... ma manière de- fin je pensais en donner puis enfin j'en ai pas donné (soupir) hein et puis là, globalement ça a PAS changé parce que j'étais assez certain qui fallait ... qui fallait traiter cette ... cette patiente, ehm ... même si on est d'accord qu'avec la clinique fin certains éléments c'est- c'est- c'est- c'est très subjectif + mais hein ... j'ai- j'ai pas assez d'expérience j'ai pas assez de recul quoi, sur une situation on peut pas [juger] notre pratique quoi

**NC56 : [Oui] je vois ... et pour avoir plus d'expérience vous pensez que ça serait utile une [[formation]] encore ? Ou c'est vraiment de la pratique et du temps ?**

MED12.56 : [[Oui]] Oui il faut une formation initiale avec des mises à jour régulières, déjà pour plusieurs raisons parce que, bah au moment on fait pas toujours assez hein, ça veut dire qu'au cabinet- alors si ça remplace vraiment la radiographie de thorax ça peut devenir hein vraiment quelque chose euh qu'on va pratiquer beaucoup plus souvent, qu'on peut utiliser pour d'AUTRES diagnostics euh c'est ces fameux euh examens ponctuels euh où on va juste voilà voire s'il y a ehm ... un foyer dans le poumon, s'il y a ehm ... un globe urinaire, s'il y a un calcul dans une artère fin on CHERCHE une chose précise mais ça c'est un long entraînement mais il faut forcément qu'il y a de la formation pour voi- mais comme pour tout hein on est- on a de la formation médicale CONTINUE parce que ... voilà les ... les prises en charge, les pathologies elles changent, les traitements ils changent hein ... et donc il faut forcément une formation initiale ET UNE formation continue dans ce domaine-là, et puis le matériel change aussi

**NC57 : Oui**

MED12.57 : Très vite donc ...

**NC58 : Vous avez eu une demi-journée justement ... pour la formation pour Ultrason**

MED12.58 : Ouais plus une demi-journée de mise à jour hein ... avant l'été ouais

**NC59 : Okey, et ... vous pensez que ça suffit ou ça serait utile une formation plus longue?**

MED12.59 : Alors, je pense que ça suffit pour ce qu'on doit faire parce que c'était extrêmement bien ... conçu, et puis ça nous disait qu'à nous dire ce qu'on doit avoir- fin ce qu'on cherche, qu'est-ce qu'on doit chercher, qu'est-ce qu'on doit voir et puis bah on a toujours le droit de se tromper de tout façon hein ma- mais hein s'il y a des choses qu'on sait pas interpréter c'est qu'on est pas justes ou ... alors on doit ignorer ça et après s'il y a des choses qui nous sautent aux yeux c'est bah c'est ce qu'on est sensés voir et ce qu'on est sensés chercher quoi (soupir) hein la manipulation c'est pas sorcier hein disons c'est pas extrêmement complexe non [c'est]- c'est poser un appareil ... regarder dans un écran et puis produire une image qui correspond à ce qu'on cherche, soit parce que c'est normal soit parce que c'est pas normal et si c'est pas normal est-ce que ça pourrait être une pneumonie finalement c'est (soupir) c'est un peu binaire (rire) mas- mais ça ce peut se faire sur un axe de temps si court

**NC60 : [Mhm] Okey**

MED12.60 : C'est le gros problème qu'il y a d'ailleurs pour pour hein ... la formation d'Ultrason qui existait déjà hein en médecine hein qui est beaucoup plus longue et complexe mais qui a un examen descriptif ici on fait pas un examen descriptif on fait un examen pour répondre à une question

**NC61 : Mhm okey**

MED12.61 : Est-ce qu'il y a de pneumonie ou est-ce qu'il y a pas de [pneumonie] on va pas DECRIRE hein les poumons hein ni le coeur

**NC62 : [Mhm] Non c'est seulement oui ou non dans ce cas**

MED12.62 : Exactement

**NC63 : Okey**

MED12.63 : Et c'est dans cette optique là que je pense que c'est intéressant

**NC64 : Et dans le cadre de l'étude, avez-vous continué en parallèle à utiliser d'autres outils de diagnostic autre que la Procalcitonine et l'Ultrason ?**

MED12.64 : Des fois- alors on peut faire ce qu'on fait de routine, ça veut dire la formule crp c'est autorisé donc ils nous demandent d'ailleurs des valeurs quand on l'utilise mais ça- c'est peut être arrivé trois fois mais la plupart du temps je me suis conc- je me suis contenté de faire la Procalcitonine

**NC65 : Ah parfait, donc vous avez souvent fait Procalcitonine et Ultrason ?**

MED12.65 : Oui [bon] souvent que la Procalcitonine puisqu'elle était normale [[puis]] je pouvais pas faire Ultrason

**NC66 : [Et] [[oui]] Et ... justement vous avez dit qu'il y a eu deux ou trois patients pour lesquels vous avez fait des tests supplémentaires, c'est juste ?**

MED12.66 : Oui ça peut arriver + hein ... que j'ai quand-même fait une radio ou hein ... peut-être au début mais je saurais plus dire maintenant j'ai oublié en effet faut que je regarde dans les dossiers mais ... oui ça peut arriver=

**NC67 : Vous vous rappelez pourquoi vous avez décidé de faire [d'autres]**

MED12.67 : Non (rire) je sais que j'ai dû le faire mais je suis même pas sûr de l'avoir fait s- peut être une fois +++

**NC68 : Vous étiez plus sûrs à faire=**

MED12.68 : Oui disons que c'est un peu de la routine effectivement ouais=

**NC69 : Mhm**

MED12.69 : Ouais peut être pour se rassurer c'est possible hein vu qu'on est on est ... mais MAINTENANT je le ferai- ouais c'est difficile à dire hein ce qui peut ... justifier de faire un examen ou pas, hein ... ++ mais j'ai pe- ouais j'ai peut-être fait une fois mais plutôt au début je crois

**NC70 : Okey ++ par rapport à l'examen de la Procalcitonine seulement, les résultats ont souvent modifié votre intention de prescrire des antibiotiques ?**

MED12.70 : Alors au moins deux fois ça m'a dissoné de prescrire des antibiotiques alors que j'étais plutôt parti pour en donner

**NC71 : Et vous avez recruté combien de patients pour le moment ?**

MED12.71 : Douze ou treize je sais plus

**NC72 : Ah oui c'est déjà beaucoup**

MED12.72 : Ouais

**NC73 : Et dans ces deux fois où vous avez changé votre avis, comment avez-vous vécu ce changement ?**

MED12.73 : Bah finalement agréablement surpris et plutôt hein ... bah ... rassuré finalement par les techniques pour ... du patient ou de la patiente que j'avais face à moi et puis bah ça m'a permis de voilà de temporiser comme on dit

**NC74 : Ouais**

MED12.74 : Et puis de dire bah on attend on verra mais à priori aujourd'hui hein ... selon les résultats des tests on a pas d'inquiétudes à avoir et les choses devraient évoluer (soupir) favorablement quoi ++ donc on a moins soucis à donner seulement un traitement symptomatique et à rassurer les gens et puis ... ++

**NC75 : Et c'est arrivé par exemple lors de visites de suivi, que vous avez décidé de prescrire des antibiotiques ?**

MED12.75 : Non non

**NC76 : Non ? Okey, et par rapport à l'algorithme global, vous faites confiance au résultat ?**

MED12.76 : Oui oui + il me semble on doit répondre à la question d'ailleurs hein quand on ... quand on termine le dossier, quand le patient quitte ils nous demande quel est notre degré de confiance dans l'algorithme fin à quel point ça a eu une influence sur not- sur notre prescription

**NC77 : Okey, et vous avez dit que vous avez utilisé Ultrason pour une seule patiente, c'est correct ?**

MED12.77 : Oui, une patiente ouais

**NC78 : Et vous pensez qu'il y a d'autres types de patients pour lesquels ça serait intéressant de ... d'utiliser cet algorithme ? Il y aurait des autres patients autre à celui que vous m'avez dit qu'il toussait pas=**

MED12.78 : Alors oui dison- alors on peut élargir à tous les états infectieux hein ... soit pour des fièvres pour des fièvres... alors globalement les tests qu'on a déjà + hein ... si vous avez quelqu'un qui arrive avec beaucoup de fièvre, des frissons, qui est pas bien vous dites oh là là il y a quand même

quelque chose de ... de sérieux qui est en train de se passer surtout si c'est un ... ouais fin une une altération d'état générale, un patient qui n'as pas d'antécédents fin on peut suspecter une infection bactérienne + dans tous les cas alors vous pouvez la confirmer avec ce test-là dire okey il y a effectivement une infection bactérienne, le problème c'est qu'il faut quand-même essayer de savoir d'où ça vient hein [parce] que les antibiotiques ils sont pas efficaces pour tout et n'importe quoi (soupir) donc il y a des antibiotiques plutôt pour des infections respiratoires, d'autres plutôt pour des infections urinaires donc en général on s'attache à essayer de trouver le foyer [[d'infection]] donc c'est là où on va ÉLARGIR un peu les examens mais de toute façon faudra faire peut-être un examen d'urines, peut-être effectivement une radio (soupir) hein ... et puis d'autres analyses sanguines pour comprendre qu'est-ce qui se passe + donc + ça RENFORCERAIT probablement mais disons que la ... en général la formule crp plus les autres analyses on finit par trouver qu'est-ce qui se passe puis on traite sur cette base là quoi ++ je pense que c'est plus dans l'étude ULTRAPRO c'est plus par rapport à la fiabilité des tests qu'on utilise jusqu'à [[[présent]]] c'est que la crp effectivement a ses LIMITES puis on sait que la radiographie de thorax a ces limites et c'est surtout ça qui est intéressant c'est à dire que ... on est pas forcément rassurés fin voilà hein on peut rater jusqu'à un tiers des fois où il y a de pneumonie (soupir) donc ... VOILÀ alors que bon vous me direz dans l'urine ça peut arriver hein dans une infection urinaire haute ça peut arriver que ... vous trouvez pas de globules blancs dans l'urine et puis en fait les gens ont des douleurs secondaires et puis après la culture elle pousse et vous avez des germes qui apparaissent (soupir) donc ça reste des tests moi je dis toujours on soigne pas des tests on soigne des patients [[[[hein]]]] donc il faut quand même suivre aussi la clinique et puis avoir plus ou moins confiance dans son raisonnement et son traitement, c'est jamais tout noir ou tout blanc c'est un peu gris, mais si DÉJÀ avec ces tests on diminue de manière significative la prescription dans certaines situations, ça rend les choses plus claires + oui alors je pense que c'est ... c'est utile + il y aura toujours des situations où on aura besoin de faire autrement

**NC79 : [Ouais] [[mhm]] [[[ouais]]] [[[[oui]]]] Mhm ... en parlant avec vous, j'ai vraiment l'impression que vous avez bien apprécié cet algorithme, donc que vous avez eu beaucoup de confiance dans les résultats et=**

MED12.79 : Bah moi qui prescrit peu c- j'aime bien qu'on a des arguments supplémentaires pour PROUVER que ce qu'on fait c'est plutôt juste, c'est-à-dire que ... il y a bien des situations où c'est pas nécessaire de donner des antibiotiques, et que ... et que ... ouais il y a pas de risque à le faire

**NC80 : Et avant l'étude vous avez eu des inquiétudes par rapport à ça ? [De changer d'outil de diagnostic]**

MED12.80 : Non [pas vraiment] mais ... mais je sais que j'ai pas ... forcément la même attitude que mes collègues par rapport à la prescription d'antibiotiqu- moi j'en parlais avec des investigateurs c'est

vrai que c'est une forme un peu de biais dans l'étude mais ... mais ça chang- fin ma manière de pratiquer change pas ET puis vu qu'il y a de toute façon ce recrutement, cette inclusion va ... voilà les patients c'est des patients, ils ont des critères ou ils ont pas de critères, puis on les traite ou on les traite pas, on suis cette ligne et après on a plus ou moins confiance dans le test, ça change plus ou moins notre manière de voir les choses

**NC81 : Ouais =**

MED12.81 : Mais moi s'il y a des fois où ça change pas la manière dont je vois les choses bah tant mieux, mais au moins scientifiquement c'est démontré que ... que c'était pas nécessaire

**NC82 : Mhm oui + et vous pensez que cet algorithme pourrait aussi avoir un impact sur les ... sur les patients qui veulent absolument prendre un antibiotique ? Les patients résistants on pourrait dire (rire)**

MED12.82 : C'est eux qui décident hein (rire) bon alors ça c'est fin ... moi je suis ce que je dis hein c'est que je suis assez ... clair sur le fait que j'en donnerais pas + ehm ... ça m'est arrivé effectivement d'avoir des patients qui étaient pas contents mais ... je vais pas leur en donner pour leur faire plaisir donc ... c'est quand-même le médecin qui doit décider à la base + mais ... des patients qui sont pas contents ils vont ... ils vont changer de médecin (rire)

**NC83 : Oui (rire)**

MED12.83 : ++ Bon après après de convaincre les gens c'est toujours ... c'est toujours un problème mais si vous avez des ... des choses qui leur montrent par a plus b que ... que c'est pas justifié ... on avait déjà pour des des tests tout simples comme pour l'angine hein strepto-test ... [qui] est vraiment un test pratiqué de routine et puis voilà ça permet de justifier puis de rassurer les gens en disant vous avez pas un streptocoque donc votre angine nécessite pas d'un traitement antibiotique

**NC84 : [Mhm] Justement vous pensez que cette phase de rassurer les gens c'est plus facile quand ils ont confiance en vous, par exemple quand sont des patients que vous connaissez déjà?**

MED12.84 : Je pense qu'on a les patients qui nous ressemblent ou qui apprécient la manière dont on travaille

**NC85 : Ouais**

MED12.85 : Ça c'est toujours pareil, il y a des gens avec lesquels vous avez feeling et puis d'autres avec qui vous avez pas feeling donc (soupir) les gens qui sont très demandeurs, qui veulent diriger un peu et puis qui disent bah moi je veux ça et puis c'est comme ça + bon moi j'en ai pas beaucoup (rire) j'imagine qu'ils vont chez quelqu'un d'autre + bon ici ce que je disais hein on est pas beaucoup dans une- alors ça devient une grande ville mais ... c'est ... c-c'est pas encore le type de comportement ... qu'on peut voir dans les grands agglomérations je pense ... où les gens sont pressés, c'est

maintenant ou tout de suite ... (soupir) et ouais je tousse depuis deux jours il me faut des antibiotiques quoi

**NC86 : Okey**

MED12.86 : Je caricature hein (rire)

**NC87 : Mhm ++ Pensez-vous qu'UltraPro a le potentiel de changer votre manière de prendre en charge les infections respiratoires en médecine générale ?**

MED12.87 : Oui bah comme je disais moi il y a eu un ou deux fois au moins sur ces patients là où moi qui prescris déjà peu, j'ai j'ai j'ai j'ai pas prescrit alors que là j'étais potentiellement ... le doute penchait plutôt du côté de l'infection bactérienne et puis en fait bah ... ce doute c'est levé avec le résultat de la prise de sang + donc oui ça ça (rire) même chez les gens comme moi qui sont assez + disons ... obsessionnels avec la prescription d'antibiotiques, ça peut encore diminuer la ... la quantité de traitement qu'on peut donner donc ... OUI il y a un potentiel énorme je pense

**NC88 : Ouais ... et vous voyez pas des barrières dans ... dans l'implémentation [dans les cabinets] ?**

MED12.88 : [Bah les barrières ça devrait être] NON bah en tout cas pour le test lui-même c'est un test sanguin comme un autre. on en a toujours eu qui sont apparus et d'autres qui ont disparus + alors limitation ça serait ... les assurances qui a nouveau ... [empêchent] alors soit ils vont refuser de rembourser, soit diminuent s'il y a des coûts de remboursement et de prise en charge et de laboratoire

**NC89 : [Le remboursement] Donc la seule limite que vous voyez c'est le remboursement, le fait que ça prolonge un petit peu la consultation selon vous ne pose pas problème ?**

MED12.89 : Je pense pas que ça prolonge les consultations puisque si à la base + vous avez vous avez soit une forte suspicion ... vous avez un doute, vous voulez faire des examens pour aller dans un sens ou dans un autre ou vous avez fa- vous êtes face à quelqu'un qui effectivement est très demandeur et puis vous voulez lui prouver que finalement c'est pas nécessaire + dans les deux cas voilà ça ça ça ça reste un examen en plus mais qui ... qui se fait dans le même temps puisque c'est une prise de sang avec un résultat que vous avez dix quinze minutes après + comme c'est le cas déjà maintenant donc ça change rien dans la pratique quotidienne

**NC90 : Mhm j'ai compris, et recommanderiez-vous à vos collègues généralistes l'utilisation de cet algorithme ?**

MED12.90 : Oui je pense + oui oui alors après hein ... il faudra voir ce que ça donne dans la branche où ils ont pas l'Ultrason [mais] ça c'est autre après c'est juste nous qu'on a puis ... comme on fait pour former tout le monde est-ce que ... voilà

**NC91 : [Ouais] Vous pensez qu'il pourrait y avoir des médecins avec des doutes à propos de ça ?**

MED12.91 : Oui

**NC92 : Lesquels ?**

MED12.92 : Bah sur la fiabilité [d'Ultrason] par exemple malgré malgré c'est plus scientifique à partir du moment où on a un test qui est opérateur dépendant, bon on peut dire la radio c'est un peu le cas aussi hein il y a des radios de bonne ou de mauvaise qualité mais finalement une radio c'est beaucoup plus reproductible

**NC93 : [Sur la fiabilité] Oui**

MED12.93 : L'Ultrason c'est quand-même lié à la personne qui le fait, donc il y a des gens qui pourra mettre en cause le fait que c'est pas fiable parce que la personne n'est pas bien formée, ou sait pas bien interpréter les images ou al- (soupir) donc ... c'est c'est .... OUI (soupir) ça pourrait ... pour cet outil là en tout cas poser des problèmes donc à mon avis il serait utilisé par des gens qui ont une grande confiance, qu'ils sont prêts à passer du temps à apprendre à se former à ... l'utiliser ... au quotidien quoi

**NC94 : Okey**

MED12.94 : Mais je pense c'est une question de génération et de mentalité puisque ... (soupir) ouais ... ça reste finalement un test qui est ... fin déjà les appareils qu'on a maintenant fin vous avez vu je sais pas si vous avez vu=

**NC95 : Ultrason non**

MED12.95 : Ultrason alors je vous montrerais après si vous [voulez] mais fin ça prend ça se tient dans un tiroir hein donc c'est une petite tablette avec une sonde

**NC96 : [Ouais] C'est petit=**

MED12.96 : Donc c'est tout petit hein je veux dire ça prend pas de place dans un bureau, et ça coute moins cher finalement hein ... qu- qu'une qu'une qu'une radiologie + hein ... tout de radiologie avec les plaques avec l'informatique qui va avec ça coute très chère hein ... donc ça peut être un bon moyen alors vous direz de la radiologie si vous faites ... ce qu'on appelle la traumatologie ... les les les les radio après des accidents ou des choses comme ça vous en avez quand-même besoin + Ultrason pourra jamais le remplacer mais fin c'est un outil ++ qui a un rapport qualité prix assez intéressant et dont les prix diminuent assez rapidement donc ... plus il y aura des usagers, moins ça coutera cher et puis ... je pense c'est une question de dynamique mais ... moi je suis assez ... je suis assez confiant parce que finalement ça se pratique depu- ça se pratique déjà de plus en plus à l'hôpital et et ... ouais je vois pas pourquoi nous n'auraient pas ... et puis L'ULTRASON descriptif est déjà très pratiqué alors plus en Suisse alémanique hein nos collègues suisses allemands il y en a BEAUCOUP qui se forment en Ultrason ... et ... bah alors là c'est plus complexe de ... description donc voilà

**NC97 : Et vous pensez qu'il pourrait y avoir aussi une différence d'acceptation entre les médecins qui pratiquent en ville et les médecins qui pratiquent dans une zone un peu plus rurale ?**

MED12.97 : Ça dépend du type de médecine qu'on pratique mais ... alors ceux qui sont peu équipés en ville il y a ... il y a des cabinets avec radio ... parfois font même du laboratoire ils ont peut-être pas envie justement de ... de s'embêter avec du matériel ou faire des examens ça je peux tout à fait comprendre ++ la question c'est est-ce que les radiologues (rire) sont prêts à faire de l'Ultrason de thorax pour diagnostiquer des pneumonies plutôt que des radios quoi + ça c'est une autre question aussi c'est dans quelle mesure ils sont pro à faire plutôt ce type de test ... que de faire des radios + Ultrason ça prend du temps la radio ça prend pas le temps c'est un technicien moi la radio quand je la demande c'est pas moi qui la fait, c'est une assistante donc ... elle installe le patient elle prend une image et après je regarde sur l'écran de l'ordinateur et puis ça m'a ... ça m'a pris zéro temps quoi

**NC98 : Et Ultrason vous avez dit que ça devrait durer environ douze minutes**

MED12.98 : Ouais c'est ce qui nous disent quand on a de l'expérience en général ça prend plutôt vingt minutes ou vingt-cinq minutes voilà en tout cas moi j'avais galéré avec cette patiente

**NC99 : Ouais**

MED12.99 : Puis le temps d'installer et de démarrer la machine ... d'expliquer aux gens ... de de ... voilà de trouver la bonne profondeur mais c'est- c'est pareil c'est une question de manipulation, d'habitude ... il y a plein de choses qu'on fait maintenant sans réfléchir et qui nous prennent .... très peu de temps mais ... voilà ... mais mais c'est lié à ... au début de l'usage de ce type de test donc ... moi ça me ça me ... ça m'effraie pas ça me met pas de limites j'ai bien conscience que je je je ... suis pas du tout un pro de l'Ultrason donc (rire)

**NC100 : Bon pour terminer avec nos questions, est-ce que vous souhaitez continuer à utiliser Ultrapro dans votre pratique clinique ?**

MED12.100 : Alors oui fin disons que la Procalcitonine et l'Ultraso- oui alors potentiellement oui je sais qu'on doit devoir donner les machines rendre les machines (rire) à la fin de l'étude + après j'ai pas mal de collègues ... quelques collègues qu'ont acheté les appareils d'Ultrason d'occasion ... alors ça c'est plutôt les grosses machines des radiologues (soupir) mais ça peut se trouver pour pas très cher et puis après on en fait un peu ce qu'on veut, la grande différence c'est qu'on peut pas les facturer + ça veut dire qu'actuellement c'est pas reconnu par les assurances et le temps qu'on met à disposition pour le patient et qu'on pourra pas facturer donc ... c'est entre guillemets du temps perdu mais mais ... je pense qu'il y a aussi certaines situations où ça peut nous aider quoi + après ... si on arrive à démontrer que il y a un vrai impact économique et un vrai impact ECOLOGIQUE ... je pense que là ça pourrait justifier que ça soit pris en charge et qu'on puisse enfin démarrer ... en l'incluant ce que

c'est déjà le cas hein je crois pour les étudiants en médecine ils commencent avec Ultrason assez tôt, montre que c'est un outil important

**NC101 : Et vous l'utiliseriez aussi pour d'autres problèmes [que les infections respiratoires]?**

MED12.101 : [Oui alors j'imagine pour des douleurs] abdominales des choses comme ça mais ça c'est pareil c'est une petite formation voilà c'est pas sorcier hein je pense mais c'est du temps aussi pareil

**NC102 : Oui absolument + bon alors [merci beaucoup] pour votre temps et votre précieuse collaboration + avez-vous des commentaires complémentaires à faire ?**

MED12.102 : [Mais de rien] Non je crois pas

**NC103 : Okey, merci beaucoup**

4.5.1. Journal de Bord MED12 – UltraPro – Nina Canova

10 septembre 2019

**Entretien**

J'ai rencontré le médecin de mon deuxième entretien dans son cabinet médical que se trouve dans un village à une heure de Lausanne dans une zone rurale. On avait un rendez-vous à 14 heures et moi je suis arrivée avec quelques minutes d'avance comme d'habitude. J'ai dû attendre avec quelques patients à l'entrée du bâtiment que le cabinet rouvrait après la pause de midi.

Par rapport au premier entretien, pour celui-ci je me sentais moins anxieuse. Je maîtrisais mieux le canevas et je me sentais plus sûre de moi-même en tant qu'intervieweuse.

Si la dernière fois avec la doctoresse MED5, l'entretien a été fait dans son studio de consultation des patients, cette fois il a été fait dans la salle réunion des médecins du cabinet. Ce différent setting a favorisé un échange plus vif et horizontal. Cela a été aussi facilité, je crois, par le jeune âge du médecin. L'ambiance était donc confortable et a permis au médecin de partager ses expériences.

Lui il était dans Ultrapro, il s'est montré très positif et optimiste par rapport à cet outil, ne parlant pas de points négatifs. Cependant, pour le moment il a pu l'utiliser qu'avec une patiente. Le fait qu'il était vraiment très inclin à l'utilisation d'Ultrapro m'a mis un peu en difficulté au début, parce que beaucoup de nos questions du canevas touchent le thème de la confiance dans l'outil et les barrières à l'implémentation. Pour un moment j'ai eu peur que l'entretien aurait été trop bref mais au final il est réussi à bien articuler les motivations de sa confiance dans Ultrapro et je pense qu'il a abordé des thèmes intéressants.

Après l'entretien, il m'a montré l'Ultrason : il est très petit et pratique à tenir en cabinet.

**Mémos après l'entretien**

- Importance examen clinique
- Examens de laboratoire et radio présents au cabinet
- Très réflexif sur sa pratique, il dit prescrire très peu et fait partie de cercles de qualité avec les pharmaciens
- Très pro UltraPro : soit la partie procalcitonine, pour laquelle il a confiance dans les résultats, soit la partie Ultrason
- Ultrason : petit, intéressant comme outil en *point-of-care* MAIS peu d'expérience et a eu de la peine avec un patient en surpoids
- Clinique vs. Test : tests donnent de l'objectivité à ses actions
- Points négatifs d'UltraPro : coût, voir la question des remboursements et de la facturation en temps
- Moins de confiance dans Ultrason par rapport à la Procalcitonine
- Temps étude

## Transcription

En me réécoutant j'ai vu que j'ai pu me réguler sur les « Okey » et « Mhm », même si je dois encore un peu les réduire et varier mes relances aussi. J'ai vu que je fais beaucoup de relances de type question. Je devrais les varier un peu plus.

De toute façon je suis satisfaite du type d'échange que j'ai eu avec le docteur. Il a pu bien articuler ses propos et moi j'étais plus sûre de moi-même et de mes relances par rapport au premier entretien. En réécoutant l'enregistrement, j'ai pu beaucoup mieux comprendre ce qu'il me racontait, parce qu'il avait tendance à parler très vite et du coup en pouvant l'entendre à nouveau, j'ai beaucoup mieux compris son point de vue.

Cette fois, en raison du setting qui était une grande table et du fait que j'étais un peu éloignée du médecin, la qualité de l'audio était pire par rapport à la première fois. Je dois vraiment essayer d'approcher un peu plus l'ordinateur du médecin la prochaine fois.

### Mémos après la retranscription

- Examen clinique pour détecter des signes
- Cercles de qualité : 20-30 % en moins des collègues
- Ultrason et Ultrapro :
  - Complicé, ça prend beaucoup de temps, difficile à gérer au niveau du timing. Avec le patient qu'il a eu : difficile d'avoir des images de bonne qualité
  - A l'aise avec l'électronique
  - Manque d'expérience
  - Un peu moins confiance dans les résultats
  - Mais pas complexe, il faut juste répondre à une question binaire vs. examen descriptif
- Pro et contre procap
  - Finissage rapide, a l'habitude, pas compliqué
  - Confiance dans résultats
  - Remboursement ? Une question importante
  - Un test pour répondre à une question précise
- Face à l'étude :
  - Motivé par envie d'abaisser encore plus la quantité de ses prescriptions
  - Temps : soucis par rapport au temps, qui est déjà assez restreint dans la pratique au cabinet. Mais avec l'expérience ça devient plus facile
  - Critères d'inclusions : toux (à revoir)
- Vision de l'antibiotique par le médecin : une question de responsabilité envers le patient. Leur expliquer c'est aussi les responsabiliser par rapport à leur prise en charge
- Stratégies d'anti-prescription :
  - Cherche des arguments à donner aux patients
  - Les revoir à 24h, voir l'évolution
  - Prendre le temps avec le patient
  - La relation : c'est plus facile de créer un dialogue avec ses propres patients par rapport par ex. à ceux qu'on a quand on est de garde
- Patients et antibiotiques
  - Population urbaine : traitement efficace, rapide qui passe par le côté magique des antibiotiques
  - Heureux de pas en avoir : n'aiment pas les médicaments ou sensibles au thème
  - Pas de connaissance sur l'antibiotiques en général
  - Pense que ça reste un peu abstrait c'est rare qu'on voit dans les comportements qu'ils sont impliqués
- Raisons non-médicales pour donner : rassure le patient, règle le problème et diminue la durée des consultations
- Des collègues mal informés sur le thème de l'antibiorésistance
- L'influence de la formation sur niveau de prescription
- L'influence du patient sur niveau de prescription

## 4.6. Tableau brut analyse UltraPro

Thèmes	Catégorie	Sous-catégories	Unités de sens	Verbatim
Perception de la Procalcitonine et vision de l'algorithme	Procalcitonine	Favorable – Procalcitonine	Pour la majorité des médecins la Procalcitonine pourrait aider dans des situations avec des personnes fragiles. C'est quelque chose d'objectif qui peut être utilisé comme argument supplémentaire soit pour le patient que pour le médecin.	MED9.8 MED9.53 MED9.74 MED10.8 MED10.38 MED10.48 MED10.74 MED12.39 MED12.47 MED12.70-74
		Contre – Procalcitonine	En général les médecins ne sont pas trop convaincus à propos du résultat du test. Il y a la partie subjective du médecin qui prime sur l'objectivité du résultat. Pour 2 médecins il y a une contrainte du temps et de coûts pour faire cet examen. Pour 1 médecin la radio du thorax est plus importante que le résultat de la Procalcitonine dans la prise de décision.	MED9.12 MED9.74 MED9.84-85 MED9.92 MED10.44-47 MED10.51 MED11.70-72 MED11.74-75 MED11.118-119 MED11.81 MED11.117
	Ultrason	Favorable – Ultrason	Pour 1 médecin le fait que l'outil c'est d'une dimension petite, le rendre très pratique et polyvalent. Il est aussi apprécié par les patients. 1 médecin pense que le fait qu'il coût moins chère qu'un radio peut être un avantage.	MED11.20-22 MED11.57 MED11.126-127 MED12.95-96
		Contre - Ultrason	Il prend beaucoup de temps de faire un Ultrason. L'interprétation n'est pas facile, pour cette raison c'est difficile avoir une confiance dans le résultat. Pour améliorer la confiance et maîtriser mieux l'outil, il faudrait l'utiliser tous les jours, ce que pour certaines n'est pas possible dans un cabinet de premier recours. C'est un résultat subjectif et operateur-dépendent. En outre, il y a une question de coût-bénéfices par rapport à cet examen. 1 médecin pense que c'est nécessaire d'avoir une connaissance de l'informatique pour pouvoir utiliser cet outil. Pour la majorité des médecins la formation eue pour l'utilisation de cet outil, n'a pas	MED9.53 MED9.63 MED9.65 MED9.78 MED9.61-63 MED9.97-99 MED9.111 MED9.101 MED9.105 MED9.157 MED10.57-58 MED10.67 MED10.92 MED10.100

		été suffisante. 1 médecin dit n'avoir pas le temps pour bien se former à Ultrason.	<p>MED11.23  MED11.45-47  MED11.83  MED11.94-97  MED11.99  MED11.117  MED11.140-14  MED12.27  MED12.28  MED12.48  MED12.49  MED12.54  MED12.52-53  MED12.92-93  MED12.97</p>
Algorithme UltraPro	Favorable – Algorithme UltraPro	Outre aux points déjà abordés avant, les médecins soulignent l'aspect objectif qui permet d'avoir des arguments supplémentaires, de rassurer les patients et de diminuer la prescription. C'est une aide dans le processus de décision	<p>MED9.127  MED9.146  MED9.136  MED10.8  MED10.79  MED11.111  MED11.114  MED12.13-14  MED12.18  MED12.54  MED12.76  MED12.87  MED12.89</p>
	Contre – Algorithme UltraPro	Outre aux points déjà abordés avant, les médecins soulignent l'importance de comprendre les coûts liée à son implémentation.	<p>MED9.53  MED10.68  MED10.71-72  MED10.79  MED11.45-47  MED11.104-105  MED11.107  MED11.108  MED11.121-122  MED11.127  MED12.28  MED12.55  MED12.66-69  MED12.88  MED12.100</p>

		Proposition pour l'implémentation	Il faudrait former des personnes qui deviennent des experts de l'Ultrason et ne pas le donner à tout le monde. Une autre proposition, ça serait de former les radiologues à l'Ultrason, mais il y a une hésitation par rapport à leur disponibilité à changer de pratique et d'outil diagnostic. Pour 1 médecin il faudrait définir la population avec laquelle on devrait utiliser cet outil. Pour 1 médecins il faudrait que la pratique des cabinets et des urgences soit uniformisée. Pour un médecin ça suffirait que la Procalcitonine pour l'implémentation	MED9.73-74 MED9.153 MED9.107 MED9.112 MED9.145 MED9.149 MED10.58 MED10.60 MED10.97 MED10.101 MED10.86 MED10.97 MED11.48-49 MED11.128 MED11.131 MED11.134-135 MED12.56
Étude	Vison de l'étude	Temps	Pour 1 médecin l'étude demande beaucoup de temps. Pour cette raison c'est difficile d'inclure des patients.	MED9.70 MED9.122 MED10.33-34 MED10.48 MED11.52 MED11.54 MED12.21 MED12.25 MED12.40
		Attentes	Il faut attendre la fin de l'étude pour comprendre exactement les améliorations que l'algorithme ou la Procalcitonine peuvent apporter à la pratique du cabinet. Surtout pour ce qui concerne les bénéfices qu'il peut porter au niveau de temps et du prix.	MED10.72 MED10.87 MED10.89 MED11.21 MED11.72 MED11.73 MED11.90 MED12.100
Raisons pouvant influencer la décision de prescription	Relation Médecin - Patient	Impression clinique	L'impression clinique du patient et la discussion avec ce dernier, jouent un rôle plus important que les examens dans la prise de décision de prescription. Les examens sont faits que s'il y a un doute. Mais pour ce faire il faut avoir du temps.	MED9.13 MED9.53 MED10.4 MED11.106
		Histoire du patient	Pour les médecins c'est important connaître l'histoire médicale du patient pour décider aussi de leur prise en charge.	MED9.4-8 MED9.88-89 MED10.14 MED10.24 MED10.43

			MED11.6-7 MED11.13 MED11.15 MED11.81
	Rôle éducatif du médecin	La majorité des médecins ressentent d'avoir un rôle d'éducateur envers leurs patients. Pour avoir une plus grande compliance, il faut avant tout développer une certaine alliance. Pour ce faire il faut se prendre le temps d'expliquer les choses et de se mettre sur la même longueur d'onde. Tout cela c'est une question de responsabilité envers le bien-être du patient.	MED9.23-27 MED9.30-39 MED9.45 MED10.24 MED11.32-34 MED12.15-16 MED12.18
	Fausse croyance des patients	Pour certains médecins, dans certaines cultures et selon la régions dans laquelle on vit, il y a l'idée qu'on a été soigné que si le médecin a fait des examens et a donné des médicaments. Les antibiotiques sont vus comme des médicaments avec une capacité de guérir absolue et indiscutable.	MED9.22-23 MED10.25 MED11.26 MED11.27-30 MED12.18
	Confiance	Le niveau de confiance influence l'ouverture du patient aux explications et à la discussion avec le médecin par rapport à la prescription des antibiotiques.	MED10.21 MED11.124-125
Comportement de prescription	Réflexivité sur sa propre pratique	La moitié des médecins, pense ne pas prescrire trop d'antibiotiques. L'autre moitié est consciente de sa sur-prescription. La population avec laquelle sont confrontés est une des raisons. Un d'entre eux, pense avoir diminué la prescription dans les dernières années, l'autre pense au contraire de l'avoir augmenté. En tous cas, tous déclarent d'être sensible à la problématique de l'antibiorésistance.	MED9.4-8 MED9.17-18 MED10.8 MED10.12 MED10.25 MED11.10-13 MED11.67 MED12.8-9 MED12.11-12 MED12.87
	Impact des formations	Pour tous les médecins, la formation en Suisse permet de rendre conscients les professionnels sur la problématique de la sur-prescription des antibiotiques.	MED9.21 MED10.17 MED11.11-12
	Faire partie des études et des cercles	Le fait de faire partie des études et des cercles de qualité, permet aux médecins de se rendre compte de son propre niveau de prescription.	MED9.16-18 MED10.12 MED12.9-10

	Expérience du médecin	L'expérience a un grand impact sur la décision de prescription. Elle est plus importante que tous les examens.	MED9.58-59 MED9.85 MED9.88 MED10.18 MED10.54 MED10.76 MED11.6-7 MED12.78
Stratégies et motivations de non-prescription	Visite de suivie	Pour 1 médecin les visites de suivi sont un argument à utiliser pour éviter de prescrire des antibiotiques lors de la première visite.	MED10.18 MED10.21 MED12.16
	Examens complémentaires	Les examens complémentaires sont des outils qu'on utilise comme argument supplémentaire pour convaincre et rassurer les patients.	MED11.116 MED12.79 MED12.83
	Les patients sont changés	Pour 2 médecins les patients sont conscients de la problématique de l'antibiorésistance. Pour 1 médecin il s'agit seulement d'une minorité. Cela à cause de la plus grande information à ce sujet pendant ces dernières années, grâce aussi aux médias.	MED9.21 MED9.44 MED10.10 MED10.26
Motivations à la sur-prescription	Résistance des patients	Pour 1 médecin il y a une différence entre ville et zone rurale pour ce qui concerne la demande des patients en termes d'antibiotique. En ville la pression du travail amène les personnes à vouloir guérir rapidement. En outre il pense qu'il y a une nouvelle génération de patients qui est demandeuse d'antibiotiques. Pour 1 médecin c'est difficile de résister aux pressions des patients. Surtout avec les patients agressifs. Mais on parle que d'une minorité.	MED9.23 MED10.8 MED10.21 MED10.23 MED11.35-36 MED12.85
	Temps	1 médecin dit de prescrire plus d'antibiotiques s'il n'a pas le temps d'examiner le patient et on ne peut pas proposer des examens, par exemple en fin journée ou le vendredi.	MED10.6 MED10.18
Outils	Diagnostic clinique	L'anamnèse est les examens cliniques sont à la base de la consultation. S'il ne s'agit pas de patients fragiles, souvent les médecins se limitent à ceux-ci pour poser le diagnostic.	MED9.1 MED10.1 MED11.1-2 MED12.2
	Examens complémentaires	La majorité des médecins fait des examens complémentaires que lorsqu'il y a un doute. 1 médecin pense qu'utiliser ce type d'outils engendre des coûts non nécessaire. 1 médecin utilise au contraire la CRP quasiment de manière systématique.	MED9.4 MED9.10 MED10.3 MED11.2 MED12.3-6

