

THÈSE

POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

SPECIALITÉ MÉDECINE GÉNÉRALE

Présentée et soutenue publiquement par

Florence BOUDET et Chloé CHAILLOUS

Le 12 décembre 2017

**Vécu par les médecins généralistes des techniques de
communication enseignées pour limiter les
prescriptions inappropriées d'antibiotiques.**

Directeurs de thèse : Dr Emile ESCOURROU

Dr Marc LORRAIN

JURY :

Monsieur le Professeur Pierre MESTHE	Président
Monsieur le Docteur Michel BISMUTH	Assesseur
Monsieur le Docteur Jordan BIREBENT	Assesseur
Monsieur le Docteur Emile ESCOURROU	Assesseur
Monsieur le Docteur Marc LORRAIN	Assesseur

TABLEAU du PERSONNEL HU
des Facultés de Médecine de l'Université Paul Sabatier
au 1^{er} septembre 2016

Professeurs Honoraires

Doyen Honoraire	M. ROUGE Daniel	Professeur Honoraire	M. BAZEX Jacques
Doyen Honoraire	M. LAZORTES Yves	Professeur Honoraire	M. VIRENQUE Christian
Doyen Honoraire	M. CHAP Hugues	Professeur Honoraire	M. CARLES Pierre
Doyen Honoraire	M. GUIRAUD-CHAUMEIL Bernard	Professeur Honoraire	M. BONAFE Jean-Louis
Professeur Honoraire	M. PUEL Pierre	Professeur Honoraire	M. VAYSSE Philippe
Professeur Honoraire	M. ESCHAPASSE Henri	Professeur Honoraire	M. ESQUERRE J.P.
Professeur Honoraire	M. GEDEON André	Professeur Honoraire	M. GUITARD Jacques
Professeur Honoraire	M. PASQUIE M.	Professeur Honoraire	M. LAZORTES Franck
Professeur Honoraire	M. RIBAUT Louis	Professeur Honoraire	M. ROQUE-LATRILLE Christian
Professeur Honoraire	M. ARLET Jacques	Professeur Honoraire	M. CERENE Alain
Professeur Honoraire	M. RIBET André	Professeur Honoraire	M. FOURNIAL Gérard
Professeur Honoraire	M. MONROZIES M.	Professeur Honoraire	M. HOFF Jean
Professeur Honoraire	M. DALOUS Antoine	Professeur Honoraire	M. REME Jean-Michel
Professeur Honoraire	M. DUPRE M.	Professeur Honoraire	M. FAUVEL Jean-Marie
Professeur Honoraire	M. FABRE Jean	Professeur Honoraire	M. FREGINOS Jacques
Professeur Honoraire	M. DUCOS Jean	Professeur Honoraire	M. CARRIERE Jean-Paul
Professeur Honoraire	M. LACOMME Yves	Professeur Honoraire	M. MANSAT Michel
Professeur Honoraire	M. COTONAT Jean	Professeur Honoraire	M. BARRET André
Professeur Honoraire	M. DAVID Jean-Frédéric	Professeur Honoraire	M. ROLLAND
Professeur Honoraire	Mme DIDIER Jacqueline	Professeur Honoraire	M. THOUVENOT Jean-Paul
Professeur Honoraire	Mme LARENG Marie-Blanche	Professeur Honoraire	M. CAHUZAC Jean-Philippe
Professeur Honoraire	M. BERNADET	Professeur Honoraire	M. DELSOL Georges
Professeur Honoraire	M. REGNIER Claude	Professeur Honoraire	M. ABBAL Michel
Professeur Honoraire	M. COMBELLES	Professeur Honoraire	M. DURAND Dominique
Professeur Honoraire	M. REGIS Henri	Professeur Honoraire	M. DALY-SCHVEITZER Nicolas
Professeur Honoraire	M. ARBUS Louis	Professeur Honoraire	M. RAILHAC
Professeur Honoraire	M. PUJOL Michel	Professeur Honoraire	M. POURRAT Jacques
Professeur Honoraire	M. ROCHICCIOLI Pierre	Professeur Honoraire	M. QUERLEU Denis
Professeur Honoraire	M. RUMEAU Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. ARNE Jean-Louis
Professeur Honoraire	M. BESOMBES Jean-Paul	Professeur Honoraire	M. ESCOURROU Jean
Professeur Honoraire	M. SUC Jean-Michel	Professeur Honoraire	M. FORTANIER Gilles
Professeur Honoraire	M. VALDIGUIE Pierre	Professeur Honoraire	M. LAGARRIGUE Jacques
Professeur Honoraire	M. BOUNHOURE Jean-Paul	Professeur Honoraire	M. PESSY Jean-Jacques
Professeur Honoraire	M. CARTON Michel	Professeur Honoraire	M. CHAVOIN Jean-Pierre
Professeur Honoraire	Mme PUEL Jacqueline	Professeur Honoraire	M. GERAUD Gilles
Professeur Honoraire	M. GOUZI Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. PLANTE Pierre
Professeur Honoraire associé	M. DUTAU Guy	Professeur Honoraire	M. MAGNAVAL Jean-François
Professeur Honoraire	M. PASCAL J.P.	Professeur Honoraire	M. MONROZIES Xavier
Professeur Honoraire	M. SALVADOR Michel	Professeur Honoraire	M. MOSCOVICI Jacques
Professeur Honoraire	M. BAYARD Francis	Professeur Honoraire	Mme GENESTAL Michèle
Professeur Honoraire	M. LEOPHONTE Paul	Professeur Honoraire	M. CHAMONTIN Bernard
Professeur Honoraire	M. FABIÉ Michel	Professeur Honoraire	M. SALVAYRE Robert
Professeur Honoraire	M. BARTHE Philippe	Professeur Honoraire	M. FRAYSSE Bernard
Professeur Honoraire	M. CABARROT Etienne	Professeur Honoraire	M. BUGAT Roland
Professeur Honoraire	M. DUFFAUT Michel	Professeur Honoraire	M. PRADERE Bernard
Professeur Honoraire	M. ESCAT Jean		
Professeur Honoraire	M. ESCANDE Michel		
Professeur Honoraire	M. PRIS Jacques		
Professeur Honoraire	M. CATHALA Bernard		

Professeurs Émérites

Professeur ALBAREDE Jean-Louis	Professeur CHAMONTIN Bernard
Professeur CONTÉ Jean	Professeur SALVAYRE Bernard
Professeur MURAT	Professeur MAGNAVAL Jean-François
Professeur MANELFE Claude	Professeur ROQUES-LATRILLE Christian
Professeur LOUVET P.	Professeur MOSCOVICI Jacques
Professeur SARRAMON Jean-Pierre	
Professeur CARRATERO Claude	
Professeur GUIRAUD-CHAUMEIL Bernard	
Professeur COSTAGLIOLA Michel	
Professeur ADER Jean-Louis	
Professeur LAZORTES Yves	
Professeur LARENG Louis	
Professeur JOFFRE Francis	
Professeur BONEU Bernard	
Professeur DABERNAT Henri	
Professeur BOCCALON Henri	
Professeur MAZIERES Bernard	
Professeur ARLET-SUAU Elisabeth	
Professeur SIMON Jacques	
Professeur FRAYSSE Bernard	
Professeur ARBUS Louis	

FACULTE DE MEDECINE TOULOUSE-PURPAN

37 allées Jules Guesde - 31062 TOULOUSE Cedex

Doyen : D. CARRIE

P.U. - P.H. Classe Exceptionnelle et 1ère classe		P.U. - P.H. 2ème classe	
M. ADOUE Daniel (C.E)	Médecine Interne, Gériatrie	Mme BEYNE-RAUZY Odile	Médecine Interne
M. AMAR Jacques	Thérapeutique	M. BROUCHET Laurent	Chirurgie thoracique et cardio-vascul
M. ATTAL Michel (C.E)	Hématologie	M. BUREAU Christophe	Hépatogastro-entéro
M. AVET-LOISEAU Hervé	Hématologie, transfusion	M. CALVAS Patrick	Génétique
M. BIRMES Philippe	Psychiatrie	M. CARRERE Nicolas	Chirurgie Générale
M. BLANCHER Antoine	Immunologie (option Biologique)	Mme CASPER Charlotte	Pédiatrie
M. BONNEVILLE Paul	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie.	M. CHAIX Yves	Pédiatrie
M. BOSSAVY Jean-Pierre	Chirurgie Vasculaire	Mme CHARPENTIER Sandrine	Thérapeutique, méd. d'urgence, addict
M. BRASSAT David	Neurologie	M. COGNARD Christophe	Neuroradiologie
M. BROUSSET Pierre (C.E)	Anatomie pathologique	M. DE BOISSEZON Xavier	Médecine Physique et Réadapt Fonct.
M. CARRIE Didier (C.E)	Cardiologie	M. FOURNIE Bernard	Rhumatologie
M. CHAP Hugues (C.E)	Biochimie	M. FOURNIÉ Pierre	Ophthalmologie
M. CHAUVEAU Dominique	Néphrologie	M. GAME Xavier	Urologie
M. CHOLLET François (C.E)	Neurologie	M. GEERAERTS Thomas	Anesthésiologie et réanimation
M. CLANET Michel (C.E)	Neurologie	M. LAROCHE Michel	Rhumatologie
M. DAHAN Marcel (C.E)	Chirurgie Thoracique et Cardiaque	M. LAUWERS Frédéric	Anatomie
M. DEGUINE Olivier	Oto-rhino-laryngologie	M. LEOBON Bertrand	Chirurgie Thoracique et Cardiaque
M. DUCOMMUN Bernard	Cancérologie	M. LOPEZ Raphael	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
M. FERRIERES Jean	Epidémiologie, Santé Publique	M. MARX Mathieu	Oto-rhino-laryngologie
M. FOURCADE Olivier	Anesthésiologie	M. MAS Emmanuel	Pédiatrie
M. IZOPET Jacques (C.E)	Bactériologie-Virologie	M. OLIVOT Jean-Marc	Neurologie
Mme LAMANT Laurence	Anatomie Pathologique	M. PARANT Olivier	Gynécologie Obstétrique
M. LANG Thierry (C.E)	Biostatistiques et Informatique Médicale	M. PATHAK Atul	Pharmacologie
M. LANGIN Dominique	Nutrition	M. PAYRASTRE Bernard	Hématologie
M. LAUQUE Dominique (C.E)	Médecine Interne	M. PERON Jean-Marie	Hépatogastro-entérologie
M. LIBLAU Roland (C.E)	Immunologie	M. PORTIER Guillaume	Chirurgie Digestive
M. MALAUAUD Bernard	Urologie	M. RONCALLI Jérôme	Cardiologie
M. MANSAT Pierre	Chirurgie Orthopédique	Mme SAVAGNER Frédérique	Biochimie et biologie moléculaire
M. MARCHOU Bruno	Maladies Infectieuses	Mme SELVES Janick	Anatomie et cytologie pathologiques
M. MAZIERES Julien	Pneumologie	M. SOL Jean-Christophe	Neurochirurgie
M. MOLINIER Laurent	Epidémiologie, Santé Publique		
M. MONTASTRUC Jean-Louis (C.E)	Pharmacologie		
Mme MOYAL Elisabeth	Cancérologie		
Mme NOURHASHEMI Fatemeh (C.E)	Gériatrie		
M. OLIVES Jean-Pierre (C.E)	Pédiatrie		
M. OSWALD Eric	Bactériologie-Virologie		
M. PARIENTE Jérémie	Neurologie		
M. PARINAUD Jean	Biol. Du Dévelop. et de la Reprod.		
M. PAUL Carle	Dermatologie		
M. PAYOUX Pierre	Biophysique		
M. PERRET Bertrand (C.E)	Biochimie		
M. RASCOL Olivier	Pharmacologie		
M. RECHER Christian	Hématologie		
M. RISCHMANN Pascal (C.E)	Urologie		
M. RIVIERE Daniel (C.E)	Physiologie		
M. SALES DE GAUZY Jérôme	Chirurgie Infantile		
M. SALLES Jean-Pierre	Pédiatrie		
M. SANS Nicolas	Radiologie		
M. SERRE Guy (C.E)	Biologie Cellulaire		
M. TELMON Norbert	Médecine Légale		
M. VINEL Jean-Pierre (C.E)	Hépatogastro-entérologie		
		P.U. Médecine générale	
		M. OUSTRIC Stéphane	Médecine Générale
		M. MESTHÉ Pierre	Médecine Générale

Professeur Associé de Médecine Générale
POUTRAIN Jean-Christophe

FACULTE DE MEDECINE TOULOUSE-RANGUEIL

133, route de Narbonne - 31062 TOULOUSE Cedex

Doyen : E. SERRANO

P.U. - P.H. Classe Exceptionnelle et 1ère classe		P.U. - P.H. 2ème classe	
M. ACAR Philippe	Pédiatrie	M. ACCADBLE Franck	Chirurgie Infantile
M. ALRIC Laurent	Médecine Interne	M. ARBUS Christophe	Psychiatrie
Mme ANDRIEU Sandrine	Epidémiologie	M. BERRY Antoine	Parasitologie
M. ARLET Philippe (C.E)	Médecine Interne	M. BONNEVILLE Fabrice	Radiologie
M. ARNAL Jean-François	Physiologie	M. BOUNES Vincent	Médecine d'urgence
Mme BERRY Isabelle (C.E)	Biophysique	Mme BOURNET Barbara	Gastro-entérologie
M. BOUTAULT Franck (C.E)	Chirurgie Maxillo-Faciale et Stomatologie	M. CHAUFOR Xavier	Chirurgie Vasculaire
M. BUJAN Louis (C.E)	Urologie-Andrologie	M. CHAYNES Patrick	Anatomie
Mme BURA-RIVIERE Alessandra	Médecine Vasculaire	M. DECRAMER Stéphane	Pédiatrie
M. BUSCAIL Louis	Hépatogastro-Entérologie	M. DELOBEL Pierre	Maladies Infectieuses
M. CANTAGREL Alain (C.E)	Rhumatologie	Mme DULY-BOUHANICK Béatrice	Thérapeutique
M. CARON Philippe (C.E)	Endocrinologie	M. FRANCHITTO Nicolas	Addictologie
M. CHIRON Philippe (C.E)	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie	M. GALLINIER Philippe	Chirurgie Infantile
M. CONSTANTIN Amaud	Rhumatologie	M. GARRIDO-STÓVHAS Ignacio	Chirurgie Plastique
M. COURBON Frédéric	Biophysique	Mme GOMEZ-BROUCHET Anne-Muriel	Anatomie Pathologique
Mme COURTADE SAIDI Monique	Histologie Embryologie	M. HUYGHE Eric	Urologie
M. DAMBRIN Camille	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire	M. LAFFOSSE Jean-Michel	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie
M. DELABESSE Eric	Hématologie	Mme LAPRIE Anne	Radiothérapie
Mme DELISLE Marie-Bernadette (C.E)	Anatomie Pathologie	M. LEGUEVAQUE Pierre	Chirurgie Générale et Gynécologique
M. DELORD Jean-Pierre	Cancérologie	M. MARCHEIX Bertrand	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
M. DIDIER Alain (C.E)	Pneumologie	M. MAURY Jean-Philippe	Cardiologie
M. ELBAZ Meyer	Cardiologie	Mme MAZEREUW Juliette	Dermatologie
M. GALINIER Michel	Cardiologie	M. MEYER Nicolas	Dermatologie
M. GLOCK Yves (C.E)	Chirurgie Cardio-Vasculaire	M. MUSCARI Fabrice	Chirurgie Digestive
M. GOURDY Pierre	Endocrinologie	M. OTAL Philippe	Radiologie
M. GRAND Alain (C.E)	Epidémiologie. Eco. de la Santé et Prévention	M. ROUX Franck-Emmanuel	Neurochirurgie
M. GROLLEAU RAOUX Jean-Louis	Chirurgie plastique	Mme SOTO-MARTIN Maria-Eugénia	Gériatrie et biologie du vieillissement
Mme GUIMBAUD Rosine	Cancérologie	M. TACK Ivan	Physiologie
Mme HANAIRE Hélène (C.E)	Endocrinologie	M. VERGEZ Sébastien	Oto-rhino-laryngologie
M. KAMAR Nassim	Néphrologie	M. YSEBAERT Loic	Hématologie
M. LARRUE Vincent	Neurologie		
M. LAURENT Guy (C.E)	Hématologie		
M. LEVADE Thierry (C.E)	Biochimie		
M. MALECAZE François (C.E)	Ophthalmologie		
M. MARQUE Philippe	Médecine Physique et Réadaptation		
Mme MARTY Nicole	Bactériologie Virologie Hygiène		
M. MASSIP Patrice (C.E)	Maladies Infectieuses		
M. MINVILLE Vincent	Anesthésiologie Réanimation		
M. RAYNAUD Jean-Philippe (C.E)	Psychiatrie Infantile		
M. RITZ Patrick	Nutrition		
M. ROCHE Henri (C.E)	Cancérologie		
M. ROLLAND Yves	Gériatrie		
M. ROUGE Daniel (C.E)	Médecine Légale		
M. ROUSSEAU Hervé (C.E)	Radiologie		
M. SAILLER Laurent	Médecine Interne		
M. SCHMITT Laurent (C.E)	Psychiatrie		
M. SENARD Jean-Michel	Pharmacologie		
M. SERRANO Elie (C.E)	Oto-rhino-laryngologie		
M. SOULAT Jean-Marc	Médecine du Travail		
M. SOULIE Michel (C.E)	Urologie		
M. SUC Bertrand	Chirurgie Digestive		
Mme TAUBER Marie-Thérèse (C.E)	Pédiatrie		
Mme URO-COSTE Emmanuelle	Anatomie Pathologique		
M. VAYSSIERE Christophe	Gynécologie Obstétrique		
M. VELLAS Bruno (C.E)	Gériatrie		

Professeur Associé de Médecine Générale
Pr STILLMUNKES André

Professeur Associé en O.R.L.
Pr WOISARD Virginie

M.C.U. - P.H.		M.C.U. - P.H.	
M. APOIL Poi Andre	Immunologie	Mme ABRAVANEL Florence	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme ARNAUD Catherine	Epidémiologie	Mme BASSET Céline	Cytologie et histologie
M. BIETH Eric	Génétique	M. CMBUS Jean-Pierre	Hématologie
Mme BONGARD Vanina	Epidémiologie	Mme CANTERO Anne-Valérie	Biochimie
Mme CASPAR BAUGUIL Sylvie	Nutrition	Mme CARFAGNA Luana	Pédiatrie
Mme CASSAING Sophie	Parasitologie	Mme CASSOL Emmanuelle	Biophysique
M. CAVAIGNAC Etienne	Chirurgie orthopédique et traumatologie	Mme CAUSSE Elizabeth	Biochimie
Mme CONCINA Dominique	Anesthésie-Réanimation	M. CHAPUT Benoit	Chirurgie plastique et des brûlés
M. CONGY Nicolas	Immunologie	M. CHASSAING Nicolas	Génétique
Mme COURBON Christine	Pharmacologie	Mme CLAVE Danielle	Bactériologie Virologie
Mme DAMASE Christine	Pharmacologie	M. CLAVEL Cyril	Biologie Cellulaire
Mme de GLISEZENSKY Isabelle	Physiologie	Mme COLLIN Laetitia	Cytologie
Mme DE MAS Véronique	Hématologie	Mme COLOMBAT Magali	Anatomie et cytologie pathologiques
Mme DELMAS Catherine	Bactériologie Virologie Hygiène	M. CORRE Jill	Hématologie
M. DUBOIS Damien	Bactériologie Virologie Hygiène	M. DE BONNECAZE Guillaume	Anatomie
M. DUPUI Philippe	Physiologie	M. DEDOUIT Fabrice	Médecine Légale
M. FAGUER Stanislas	Néphrologie	M. DELPLA Pierre-André	Médecine Légale
Mme FILLAUX Judith	Parasitologie	M. DESPAS Fabien	Pharmacologie
M. GANTET Pierre	Biophysique	M. EDOUARD Thomas	Pédiatrie
Mme GENNERO Isabelle	Biochimie	Mme ESQUIROL Yolande	Médecine du travail
Mme GENOUX Annelise	Biochimie et biologie moléculaire	Mme EVRARD Solène	Histologie, embryologie et cytologie
M. HAMDI Safouane	Biochimie	Mme GALINIER Anne	Nutrition
Mme HITZEL Anne	Biophysique	Mme GARDETTE Virginie	Epidémiologie
M. IRIART Xavier	Parasitologie et mycologie	M. GASQ David	Physiologie
Mme JONCA Nathalie	Biologie cellulaire	Mme GRARE Marion	Bactériologie Virologie Hygiène
M. KIRZIN Sylvain	Chirurgie générale	Mme GUILBEAU-FRUGIER Céline	Anatomie Pathologique
Mme LAPEYRE-MESTRE Maryse	Pharmacologie	Mme GUYONNET Sophie	Nutrition
M. LAURENT Camille	Anatomie Pathologique	M. HERIN Fabrice	Médecine et santé au travail
M. LHERMUSIER Thibault	Cardiologie	Mme INGUENEAU Cécile	Biochimie
Mme MONTASTIER Emilie	Nutrition	M. LAIREZ Olivier	Biophysique et médecine nucléaire
M. MONTOYA Richard	Physiologie	M. LEANDRI Roger	Biologie du dével. et de la reproduction
Mme MOREAU Marion	Physiologie	M. LEPAGE Benoit	Biostatistiques et Informatique médicale
Mme NOGUEIRA M.L.	Biologie Cellulaire	Mme MAUPAS Françoise	Biochimie
M. PILLARD Fabien	Physiologie	M. MIEUSSET Roger	Biologie du dével. et de la reproduction
Mme PUISSANT Bénédicte	Immunologie	Mme NASR Nathalie	Neurologie
Mme RAYMOND Stéphanie	Bactériologie Virologie Hygiène	Mme PERIQUET Brigitte	Nutrition
Mme SABOURDY Frédérique	Biochimie	Mme PRADDAUDE Françoise	Physiologie
Mme SAUNE Karine	Bactériologie Virologie	M. RIMAILHO Jacques	Anatomie et Chirurgie Générale
M. SILVA SIFONTES Stein	Réanimation	M. RONGIERES Michel	Anatomie - Chirurgie orthopédique
M. SOLER Vincent	Ophthalmologie	Mme SOMMET Agnès	Pharmacologie
M. TAFANI Jean-André	Biophysique	Mme VALLET Marion	Physiologie
M. TREINER Emmanuel	Immunologie	M. VERGEZ François	Hématologie
Mme TREMOLLIÈRES Florence	Biologie du développement	Mme VEZZOSI Delphine	Endocrinologie
Mme VAYSSE Charlotte	Cancérologie		
M.C.U. Médecine générale		M.C.U. Médecine générale	
M. BRILLAC Thierry		M. BISMUTH Michel	Médecine Générale
		M. BISMUTH Serge	Médecine Générale
		Mme ROUGE-BUGAT Marie-Eve	Médecine Générale
		Mme ESCOURROU Brigitte	Médecine Générale

Maîtres de Conférences Associés de Médecine Générale

Dr ABITTEBOUL Yves
Dr CHICOLAA Bruno
Dr IRI-DELAHAYE Motoko
Dr FREYENS Anne

Dr BOYER Pierre
Dr ANE Serge
Dr BIREBENT Jordan

Remerciements

Au Président du Jury

Monsieur le Professeur Pierre MESTHÉ

Professeur des Universités

Maître de stage Universitaire

Praticien Ambulatoire de Médecine Générale

Merci pour l'enthousiasme dont vous avez fait preuve lorsque nous sommes venues vous présenter ce travail pour la première fois. Merci d'avoir accepté de présider notre jury de thèse. Nous vous remercions également pour la passion et l'humanité avec lesquelles vous enseignez la médecine générale, soyez certain que cela conforte nos vocations. Soyez assuré de notre reconnaissance et de notre profond respect.

Aux membres du Jury

Monsieur le Docteur Michel BISMUTH

Maître de Conférences Universitaire de Médecine Générale

Maître de Stage Universitaire

Praticien Ambulatoire de Médecine Générale

Nous vous remercions de nous faire l'honneur de juger notre travail de thèse. Merci pour votre implication au sein du pôle prescription du Département Universitaire de Médecine Générale et votre engagement pour le bassin du Muretain. Soyez assuré de notre reconnaissance et de notre estime.

Monsieur le Docteur Jordan BIREBENT

Maître de Conférences Associé de Médecine Générale

Maître de Stage Universitaire

Praticien Ambulatoire de Médecine Générale

Merci d'avoir accepté de juger notre travail, nous vous en sommes reconnaissantes. Nous espérons que notre thèse aura suscité votre intérêt car nous vous savons investi au sein du pôle d'activité "La prescription et le médicament en médecine générale". Soyez assuré de notre profond respect.

Monsieur le Docteur Emile ESCOURROU

Chef de Clinique des Universités Médecine Générale

Praticien Ambulatoire de Médecine Générale

Merci pour ton aide précieuse et ta bienveillance dans la réalisation de cette thèse. Tu nous as encouragées à mener ce travail avec rigueur. Merci aussi pour ta disponibilité et ta réactivité. Sois assuré de notre reconnaissance.

Monsieur le Docteur Marc LORRAIN

Maître de Stage Universitaire

Praticien Ambulatoire de Médecine Générale

Merci de nous avoir soutenues tout au long de ce travail, malgré les multiples rebondissements. Tu as continué à nous faire confiance et à nous suivre dans cette aventure. Sois assuré de notre profonde gratitude.

Remerciements personnels de Florence BOUDET

A ma grand-mère Raymonde, qui m'a choyée et m'a montré comment avancer dans la vie avec force et détermination. J'ai tant appris à tes côtés, tu me manques infiniment.

A mes autres grands-parents, que j'aurais souhaité avoir tous les trois également à mes côtés aujourd'hui.

A mes parents, qui m'ont apporté une enfance des plus heureuses et m'ont donné tout leur amour. Merci pour votre tendresse et vos encouragements. Ne vous étonnez pas d'avoir une fille médecin, c'est vous qui m'avez transmis ces valeurs et cette volonté d'aider les autres au quotidien.

A mes sœurs, Isabelle et Nathalie, mes deux étoiles, une partie de moi-même, je suis heureuse d'avoir partagée avec vous notre enfance et je me réjouis aussi pour toutes les étapes futures de nos vies, je vous embrasse tendrement. A Morgan, mon beau-frère, c'est une vraie chance de t'avoir parmi nous.

A ma belle-famille, pour m'avoir accueilli avec tant de gentillesse, à Montmorency, à La Guinguette et aussi à Berlin.

A Laura, Marine et Véronique, mes trois déesses, qui me connaissez par cœur et avec qui je compte bien continuer à vivre des aventures, à Paris, à Toulouse et ailleurs. Et qui sait, peut-être une nouvelle génération de « cahiers » ?

A mes amis de Paris et la petite famille Yssambour, je pense bien à vous, j'espère que vous continuerez à venir nous rendre visite bien souvent et pourquoi pas, que vous nous rejoindrez à Toulouse où la vie est plus rose.

A mes amis Toulousains et Albigeois, de très belles rencontres, je pense déjà aux soirées, aux weekends et aux vacances qui se profilent ! Merci à vous de m'avoir soutenue et égayée dans ces années d'internat et de thèse. A très vite pour une soirée « bébé panda » sur Despacito !

A Chloé, grâce à qui ce travail a été épanouissant et un réel plaisir. Se retrouver pour travailler a toujours été un bon moment pour moi et je pense vraiment qu'on a fait une super équipe. J'ai été épatée de ta persévérance et de ta volonté de faire au mieux, ce qui nous a poussé toutes les deux vers le haut. Je trouve aussi que tu as un réel talent narratif et

tes capacités à corriger mes fautes ont été une vraie bénédiction. Je te remercie pour avoir accepté de mener ce travail avec moi, renforçant notre lien d'amitié.

A mes maîtres de stage de Villeneuve-Tolosane, de Martres-Tolosane, de Roques-sur-Garonne et de Seysses qui ont pris de leur temps et de leur énergie, pour me former à ce métier. J'ai appris énormément grâce à vous et je m'estime très chanceuse d'avoir travaillé à vos côtés. Chacun a ses petites techniques et c'est cette diversité qui nous aide à trouver notre propre voie. Merci à vous tous.

Aux équipes soignantes que j'ai croisées et avec qui j'ai partagé des moments de joie comme de peine, mais qui savent que leur force est dans le partage. Notamment à celles de l'HAD somatique et psychiatrique de Montauban, qui réconcilient avec l'hôpital et à celle du PUM de Purpan, qui m'ont appris les bases de mon métier d'interne.

A Dimitri, le meilleur des cailloux, merci d'être venu vivre cette aventure toulousaine avec moi. Tu as été là pour me soutenir dans les moments les plus difficiles et aussi pour partager mes joies. C'est avec plaisir que je partage ta vie, surtout tes petits émerveillements du quotidien, qui sont des cadeaux.

A Scampy, bien sûr.

A tous ceux que je n'ai pas cités, une pensée.

Remerciements personnels de Chloé CHAILLOUS

Au cours de mes études, j'ai eu la chance de rencontrer des médecins et des équipes formidables. **Je tiens à adresser mes remerciements :**

A l'ensemble de l'équipe des Urgences de Montauban. Merci de m'avoir accompagnée lors de mes premiers pas d'interne.

Aux Dr Carole Goineau, Dr Marie-Odile Saby et Dr Michael Li Yung Tong, pour cette expérience formatrice en gériatrie, dans une structure à taille humaine.

Aux médecins du Service de Maladies Infectieuses et Tropicales de Toulouse : Pr Pierre Delobel, Pr Bruno Marchou, Dr Muriel Alvarez, Dr Alexa Debard, Dr Guillaume Martin-Blondel, Dr Lydie Porte, Dr Marine Dutertre, Dr Lucie Lelièvre. Ces quelques mois à vos côtés ont été très enrichissants. Merci pour tout ce que vous m'avez appris.

Au Dr Marion Graindorge, qui lors de mon premier stage en cabinet de médecine générale m'a montré qu'une pratique à la fois fidèle aux recommandations et très humaine était possible. Nos échanges ont été importants pour moi. Merci aussi de m'avoir fait confiance lors de mes premiers remplacements !

Au Dr Sandra Mahaie. Merci pour ta bienveillance, envers moi et envers tes patients. J'ai beaucoup apprécié ces six mois à Villeneuve.

Au Dr Didier Sacareau. La double casquette médecin-maçon m'impressionne toujours autant ! Echanger sur la médecine générale mais aussi sur les voyages, le sport, a été un plaisir. Et ce toujours dans la bonne humeur, et avec humour !

Aux Dr Thierry Come, Dr Philippe Monlouis et Dr Jean-Paul Villanou. Comment mieux finir l'internat que dans votre cabinet à Pamiers ? Merci aussi à Isa et Domi !

A mes futurs collègues, les Dr Caroline Tan Tchiam Seng, Dr Claudie Tissot et Dr Emmanuel Grangeon.

A mes parents, pour votre amour et votre soutien inconditionnel. Pour m'avoir toujours poussée à l'excellence (« Où est passé le point manquant ?! »). Des révisions de sciences humaines et sociales en P1 jusqu'à la relecture de ce travail, vous avez été présents tout au long de mon cursus.

A mes sœurs Louise et Camille et à mon frère Augustin. Quelle chance de vous avoir. Le dire n'est pas notre fort, mais sachez que je vous aime très fort. C'est toujours un bonheur de passer des moments avec vous. Et merci Alex pour le gros son !

A mes grands-parents.

Odile et Antoine. De Soizy à la Baule en passant par Nantes, les souvenirs à vos côtés ne manquent pas ! Nos déjeuners en ville sont toujours un plaisir pour moi.

Lucie. Tu as toujours été présente pour moi. Tes crêpes bretonnes et tes plats copieux de bœuf sauté ont rendu ma P1 plus douce. J'espère que papy Huy aurait été fier de sa petite-fille blonde !

Merci Pierre, de nous avoir acceptés comme moussaillons !

A mes oncles et tantes. Maïté et Laurent, Ania et David, Marie-France et Pascal.

A mes cousins et cousines. Axel, Mathis, Gaëtan, Mégane, Floriane, Maëva. Avoir une famille aussi unie, ça n'a pas de prix. Pourvu que l'on continue à passer de bons moments tous ensemble, aux quatre coins de la France, en montagne ou sur la piste d'un semi-marathon !

A ma belle-famille. Maguy, Olivier, Jade et Alban. Merci de m'avoir accueillie à bras ouverts dans la famille. C'est toujours un plaisir de partager des moments avec vous.

A mon amie de longue date, Adélaïde, le temps a filé depuis cette première journée de petite section où nous pleurons à chaudes larmes ! Finalement nous avons toutes les deux pris goût aux études !

A Mona. Malgré nos vies bien remplies et de longues périodes de « silence radio », les moments passés ensemble comptent beaucoup pour moi. Je te souhaite beaucoup de bonheur avec José et Aldo.

A Tanguy. Merci pour ton amitié et ta constance. De près ou de loin, tu es toujours resté présent pour moi. Merci aussi pour le soutien informatique !

A mes amis de la faculté de Nantes. Morgane, Clémence, Yoanna, Clémentine, Timothée, Adrien, Audrey, Mathilde, PF, Klervi, Lorane. Même si je me suis éloignée, je n'oublie pas les moments précieux passés avec vous, à Nantes ou à l'autre bout du monde !

A François (« collègue »), Spreng et Anne-Emma, Max et Constance, Geneviève, Aude, Aurore, Margot, Lucas, Arthur et Anna.

A Sami, Louis, Dimitri, Lola et Victor. Un premier semestre aux urgences ça crée des liens ! De co-internes vous êtes devenus de vrais amis, sur qui l'on peut compter, et avec qui j'ai déjà partagé de très bons moments, à Toulouse, en Espagne, à Noirmoutier et j'en passe. Et ce n'est que le début !

A Jenny, Pierre-Jean et Lou. Toujours pour notre goût commun pour l'art et le raisin !

A Claire, Stella, Benoît Albinet, Benoît Branco, Xavier, Béranger (les « SMITards »!).

A Florence. Pour notre amitié. Tu as été présente ces dernières années, dans les moments de joie comme dans ceux de doutes. Nous nous sommes lancées ensemble dans cette aventure qu'est la thèse, et travailler avec toi a été un réel plaisir. Merci pour tout. Et maintenant nous allons pouvoir remplacer nos sessions « thèse » par des randonnées, des virées albigeoises ou autres concerts !

A Simon. Merci, du fond du cœur. D'être toi, de me rendre heureuse, de me faire rire. De savoir m'écouter et me rassurer dans les moments plus difficiles. J'ai hâte de mener à bien ces projets que l'on fait ensemble. Nous avons encore tant de bonheur à partager.

Je t'aime.

Table des matières

Liste des figures.....	1
Introduction	2
Méthodes	4
Etape 1 : Déterminer le phénomène étudié	4
Etape 2 : Stratégie de recherche.....	4
a) Bases de données.....	5
b) Equation de recherche.....	5
c) Sélection des études	5
d) Evaluation de la qualité des études	6
Etape 3 : Lecture des études.....	6
Etape 4 : Déterminer les liens entre les études	7
Etape 5 : Interpréter les études les unes en fonction des autres	7
Etape 6 : Synthétiser l'interprétation	8
Etape 7 : Présentation de la synthèse	8
Résultats	9
I. Résultats de la revue systématique	9
1. Processus de sélection des articles.....	9
2. Présentation des articles.....	10
3. Evaluation de la qualité des études incluses	12
II. Résultats de l'analyse des articles inclus.....	13
1. Aspects pratiques et organisationnels de la formation.....	13
2. Ressenti des médecins	14
a. Préjugés avant l'intervention.....	14
b. Vécu après l'intervention	15
c. Retentissement sur la pratique.....	15
3. Communication intégrée à la pratique	16
a. Techniques de communication.....	16
b. Application concrète de ces techniques	16
c. Temps et incertitude diagnostique.....	17
4. Décision médicale partagée	18
Discussion.....	19
I. Synthèse des résultats	19
II. Comparaison avec la littérature	19

1. Communication et décision médicale partagée	19
2. Le temps.....	21
3. L'incertitude diagnostique	21
4. Préjugés des médecins et difficulté à identifier leurs besoins de formation	23
III. Forces et limites	23
1. Forces.....	23
2. Limites	24
IV. Perspectives	25
Conclusion.....	27
Références bibliographiques.....	29
Annexes	34
Annexe 1 : Equation de recherche	34
Annexe 2. Grille d'évaluation de la qualité : <i>CASP</i>	36
Annexe 3. Caractéristiques des études incluses	39
Annexe 4. Traduction des verbatims	41
Annexe 5. Grille <i>ENTREQ</i>	44

Liste des figures

Figure 1 : Schéma de la méthodologie selon Noblit et Hare.....	p 4
Figure 2 : Diagramme de flux	p 9

Introduction

La France se place au quatrième rang européen en matière de consommation d'antibiotiques en ambulatoire (présentée en nombre de doses journalières pour 1000 habitants et par jour) (1). Dans ce contexte de surconsommation, l'émergence de résistances bactériennes est devenue un réel problème de santé publique. L'apparition de situations d'impasse thérapeutique cause vingt-cinq mille décès par an dans l'Union Européenne. Le coût annuel de la résistance aux antibiotiques a été estimé à 1.5 milliards d'euros (2). De ce constat est né un objectif de « juste utilisation » de ces thérapeutiques en santé humaine et animale (3).

Quatre-vingt-treize pourcents de la consommation d'antibiotiques proviennent du secteur de ville. Au sein des praticiens libéraux, les médecins généralistes (MGs) sont à l'origine de 71% des prescriptions d'antibiotiques, et dans 67% des cas, elles sont en lien avec une infection respiratoire haute ou basse.

Il est donc primordial de modifier nos comportements de prescription, mais comment y parvenir ?

L'enquête IPSOS réalisée auprès de 4000 patients et 1000 médecins européens a mis en évidence un décalage entre les attentes des patients en matière d'antibiotiques et les perceptions de ces attentes par les médecins (4). Par exemple pour une rhinopharyngite, 58% des praticiens ressentaient une attente de prescription, alors qu'elle était réelle chez seulement 24% des patients. Ce décalage poussait les médecins à prescrire : dans 10,2% des cas, ils admettaient effectuer des prescriptions qu'ils n'auraient pas souhaité faire. L'étude de Welschen a montré que la délivrance d'informations et la réassurance étaient plus fortement associées à la satisfaction des patients qu'une prescription d'antibiotique (5). Cette constatation souligne l'importance de la communication médecin-patient et du recueil des attentes des patients comme moyen de meilleure maîtrise des prescriptions.

Plusieurs études quantitatives ont montré l'efficacité d'une meilleure communication sur la baisse de la prescription d'antibiotiques. La revue de littérature de Coxeter a conclu que les interventions visant à faciliter la décision médicale partagée réduisaient significativement la prescription d'antibiotiques pour les infections respiratoires en soins premiers (6). Dans l'étude de Cals, les praticiens ayant bénéficié d'une formation en communication prescrivaient des antibiotiques dans 27% des cas dans

une situation d'infection respiratoire basse, contre 54% dans le groupe contrôle n'ayant pas suivi la formation ($p < 0.01$) (7). Le même impact positif sur le taux de prescription a été observé par Little dans les suites d'une formation par internet à des compétences de communication (8). La durée des symptômes n'était pas significativement allongée par rapport au groupe contrôle (7). Le score de sévérité des symptômes dans les quatre jours suivant la consultation était identique dans les deux groupes (8).

Démontrer l'efficacité de ces interventions ciblant la communication médecin-patient n'est pas suffisant. Ces formations doivent correspondre aux attentes des médecins. Il faut que ces derniers les jugent applicables et faciles à intégrer à leur pratique quotidienne. Plusieurs études qualitatives ont été menées pour connaître le vécu et le ressenti des médecins généralistes concernant ces interventions ciblées sur la communication. Il semblait pertinent de faire une synthèse des résultats de ces études. La méthode adaptée pour y parvenir est la *metasynthesis* (9). Le but est de produire une interprétation nouvelle et globale des résultats.

Notre question de recherche était : **quel est le vécu des médecins généralistes vis-à-vis des formations en communication visant à limiter les prescriptions inappropriées d'antibiotiques ?**

Il nous a paru intéressant d'identifier les composantes utiles des interventions en communication, mais aussi les freins à leur applicabilité en pratique. Ces éléments pourraient faciliter la mise en place de formations acceptables pour diminuer les prescriptions d'antibiotiques en soins premiers.

L'objectif principal de cette étude était d'explorer le vécu par les médecins généralistes des techniques de communication enseignées pour limiter les prescriptions inappropriées d'antibiotiques.

Méthodes

Nous avons utilisé la procédure de recherche de Noblit et Hare (10) en sept étapes, appelée « méta-ethnographie ». Cette méthodologie est la plus fréquemment utilisée pour structurer une *metasynthesis* et est particulièrement adaptée pour évaluer des ressentis ou comportements humains dans le domaine médical (11). Le terme *metasynthesis* a été choisi parmi les différentes dénominations (*meta-synthesis*, méta-synthèse, métasynthèse). La méthode a été révisée par Mohammed en 2016 (12).

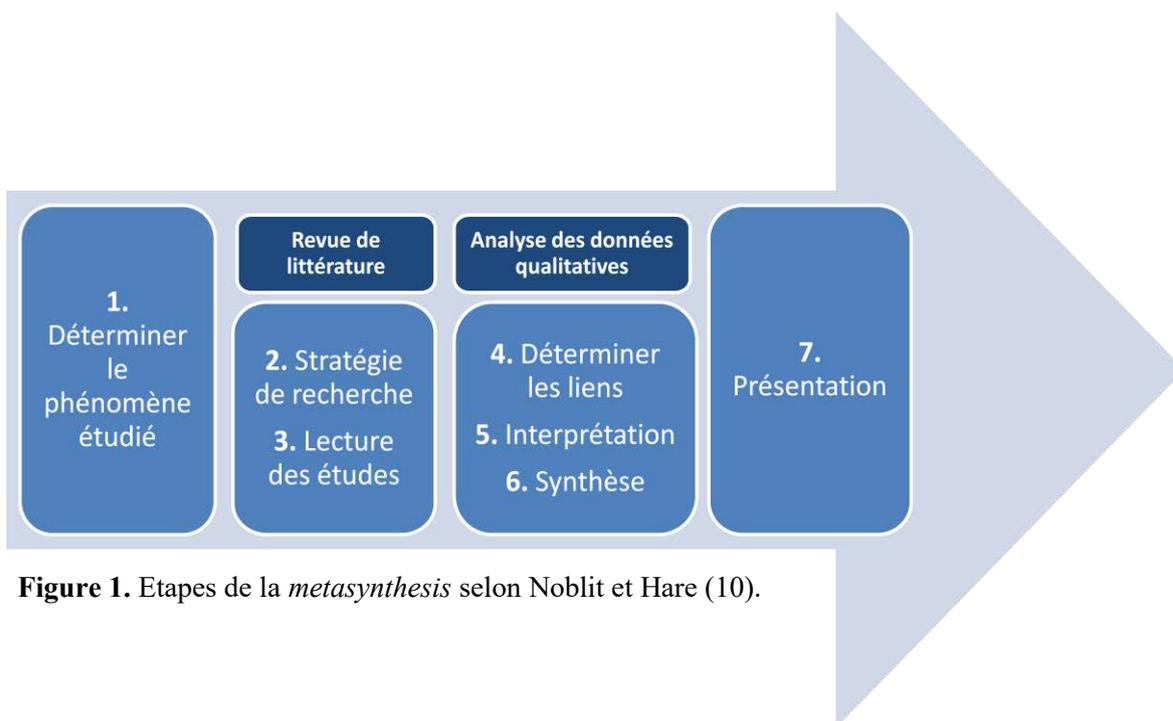


Figure 1. Etapes de la *metasynthesis* selon Noblit et Hare (10).

Etape 1 : Déterminer le phénomène étudié

Dans un premier temps, la question de recherche a été définie. L'intérêt d'une *metasynthesis* dans ce domaine a été justifié.

Etape 2 : Stratégie de recherche

Une stratégie de recherche a été établie pour rassembler les études qualitatives explorant le vécu par les médecins généralistes des techniques de communication enseignées pour limiter les prescriptions inappropriées d'antibiotiques.

a) Bases de données

Une recherche systématique a été effectuée dans cinq bases de données : *Medline*, *Cochrane*, *PsycInfo*, Banque de Données en Santé Publique et *Web of Science*. Nous avons complété notre revue avec la littérature grise et par des recherches de proche en proche à partir des données bibliographiques. La sélection a été faite parmi des sources publiées en anglais et en français.

Le sujet étant relativement récent, nous n'avons pas défini de limites de date de publication.

b) Equation de recherche

Une équation de recherche large a été utilisée afin d'être le plus exhaustif possible. Le mot-clé « étude qualitative » ou « *qualitative research* » n'a pas été utilisé dans notre équation car la plupart des études ne sont pas indexées avec ce mot-clé. En effet, la recherche qualitative ne correspondait à aucun mot *MeSH* (*Medical subject heading*) avant 2003. L'équation est présentée en annexe 1.

Les références ont été intégrées dans le logiciel Zotero® (13).

c) Sélection des études

La date d'arrêt des recherches a été fixée au neuf février 2017. Après exclusion des doublons, les titres et résumés ont été lus séparément par deux chercheurs (FB et CC). Une réunion a été effectuée pour mettre en commun les références. Les articles inclus par les deux chercheurs ont été sélectionnés pour l'étape suivante. Ceux pour lesquels il existait un désaccord (inclus par une seule personne) ont également été retenus pour lecture intégrale. Le texte intégral a été lu indépendamment par les deux chercheurs. Les articles ont été inclus en parallèle et en aveugle par chacun des chercheurs s'ils remplissaient les critères d'inclusion. Une nouvelle réunion a permis de comparer les articles inclus.

Critères d'inclusion :

- Population : médecins généralistes ayant une activité de soins premiers.
- Sujet d'étude : vécu par les médecins généralistes des techniques de communication enseignées pour limiter les prescriptions inappropriées d'antibiotiques.
- Etudes mobilisant la méthode qualitative.

- Langues : français, anglais.
- Date de publication antérieure au neuf février 2017.

Critères de non inclusion :

- Techniques de communication n'impliquant pas la relation médecin-patient au cours de la consultation : affichage, informations par internet, campagnes sanitaires, etc.

d) Evaluation de la qualité des études

A ce jour, il n'existe pas de consensus sur les méthodes d'évaluation de la qualité des études qualitatives dans le cadre d'une *metasynthesis*. Certains auteurs utilisent une grille validée et suggèrent l'exclusion des études de faible qualité pour assurer une crédibilité aux données synthétisées (14) ; d'autres s'opposent fortement à l'exclusion des études sur la base de leur qualité (15). Le *Joanna Briggs Institute* de l'Université d'Adélaïde (Australie) a développé un logiciel incluant un module conçu pour gérer, évaluer, extraire et synthétiser des données qualitatives dans le cadre d'une revue de littérature. Leur outil d'évaluation de la qualité des études : *Critical Appraisal Skills Programme (CASP)* (16) a été testé dans le temps et recommandé par le *National Health Service* au Royaume-Uni (17). Nous avons donc choisi d'utiliser la grille *CASP* pour juger de la qualité des articles inclus (annexe 2). Comme le souligne Atkins (18), il arrive que l'évaluation des études soit davantage fondée sur la qualité de l'écriture que sur la procédure de recherche : les articles plus courts et concis ou ceux avec des méthodes mixtes vont avoir tendance à être moins bien évalués. Néanmoins ceux avec une description assez pauvre de la méthode d'analyse peuvent quand même contribuer à la synthèse. Pour cette raison, il a été choisi de ne pas procéder à une exclusion sur le critère de qualité. Pour pouvoir juger de la validité externe de notre étude, l'évaluation de la qualité des articles a été présentée dans les résultats.

Etape 3 : Lecture des études

Les deux chercheurs (FB et CC) ont effectué plusieurs lectures des études incluses pour se familiariser avec leur contenu, et ont indépendamment extrait les principaux résultats à partir des sections "résultats" et "discussion". L'analyse a inclus deux degrés d'interprétation : le point de vue des médecins généralistes et celui des auteurs des articles. Les thèmes clés de chaque étude ont été listés. Dans une *metasynthesis*, les citations des

participants sont nécessaires, mais elles risquent de ne pas donner une image d'ensemble du phénomène étudié car seuls quelques extraits sélectionnés sont présentés dans les articles. Pour cette raison, lors de l'étape initiale, l'extraction des données a concerné les thèmes clés issus de l'interprétation des auteurs. Les verbatims n'ont pas été utilisés. Dans les études où les médecins généralistes n'étaient pas les seuls sujets interrogés, nous avons restreint l'analyse uniquement à leurs points de vue.

L'objectif principal de l'étape trois était de déterminer les similarités et les différences entre les études et de préparer ainsi les données pour les étapes quatre et cinq.

Etape 4 : Déterminer les liens entre les études

Une fois les thèmes sélectionnés et regroupés, l'étape principale a été de déterminer, en faisant une lecture transversale, les relations entre ces thèmes. La technique utilisée a consisté à afficher tous les thèmes sur un tableau et à les organiser ensuite en catégories pertinentes (approche de l'analyse thématique). Utiliser une grille de codage conceptuel sur la base des données et thèmes identifiés plutôt que sur les connaissances antérieures des chercheurs est recommandé (12). L'utilisation d'une grille issue des données des articles est adaptée à la *metasynthesis* car cela permet de coder tous les articles dans la grille, sans notion de point de saturation théorique. L'analyse a été réalisée selon une approche inductive. Nous avons aussi extrait les données standards comme l'objectif de l'étude, le pays, le nombre de participants, la méthode de recueil des données et la méthode d'analyse.

Etape 5 : Interpréter les études les unes en fonction des autres

Les études ont été confrontées les unes aux autres en examinant quelle était la contribution de chacune d'entre elles aux concepts clés. Cette étape requiert une compréhension fine de toutes les études. Noblit et Hare ont suggéré trois approches :

- Interprétation conceptuelle (interprétation réciproque).
- Interprétation par opposition : recherche, examen et intégration des résultats contradictoires des études.
- Argumentation : construction d'un tableau de tous les aspects des données synthétisées.

La méthode de l'argumentation a été utilisée car elle se prêtait le mieux à notre sujet.

L'interprétation a été effectuée en comparant les similarités et différences au sein des études.

Etape 6 : Synthétiser l'interprétation

Dans chaque concept clé, les éléments ont été synthétisés pour développer un troisième degré d'interprétation, ou un degré supérieur d'abstraction des données. Les synthèses se sont appuyées sur des références aux études primaires et des citations des participants pour assurer la validité interne de l'étude. Les données synthétisées à partir de tous les thèmes ont été assemblées pour développer une argumentation. Cette phase peut aider à refléter les idées des chercheurs, générer des hypothèses, construire des modèles conceptuels.

Etape 7 : Présentation de la synthèse

Cette étape finale inclut la présentation des résultats à la population cible (médecins, patients, autorités de santé publique, etc.), en s'appuyant sur des textes, figures et tableaux. La publication fera l'objet d'un travail ultérieur à la thèse.

Résultats

I. Résultats de la revue systématique

1. Processus de sélection des articles

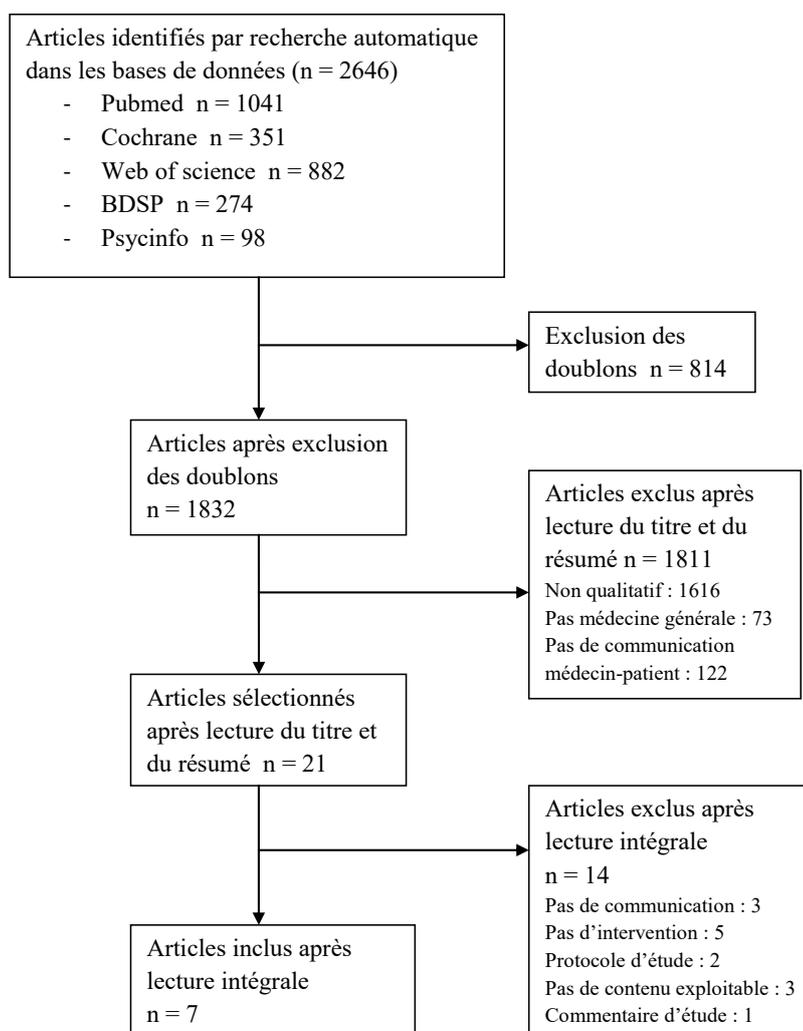


Figure 2. Diagramme de flux, respectant les règles PRISMA (18)

Au total, 2646 articles ont été trouvés par la recherche dans les bases de données. Il restait 1832 références après élimination des 814 doublons. Mille huit cent onze articles ont été éliminés après lecture du titre ou du résumé : 1616 n'étaient pas qualitatifs, 73 ne concernaient pas la médecine générale, 122 n'avaient pas la communication médecin-patient pour sujet. Vingt et un articles ont été sélectionnés pour être lus en intégralité. Trois d'entre eux ont été exclus car ils ne concernaient pas la communication ; cinq n'exploraient pas le vécu des médecins d'intervention portant sur la communication médecin-patient ; deux correspondaient à des protocoles d'étude en cours ; trois ne possédaient pas un

contenu de données exploitables ; et un article était un commentaire d'étude. Sept études ont finalement été retenues pour l'analyse finale. Les références incluses étaient identiques pour les deux chercheurs. Les auteurs, années de publication, pays, caractéristiques des échantillons et objectifs ont été présentés dans le tableau en annexe 3. Les résultats des études n'ont pas été intégrés au tableau, en accord avec la méthodologie de la *metasynthesis*.

2. Présentation des articles

Les études incluses ont été réalisées dans sept pays : Angleterre, Belgique, Canada, Espagne, Pays-Bas, Pays de Galles (Royaume-Uni), Pologne. Cinq d'entre elles ont utilisé des entretiens semi-dirigés individuels ; une a utilisé la méthode « pensée à voix haute » puis des entretiens semi-dirigés ; et une étude a réalisé des entretiens collectifs.

Chaque étude qualitative a été menée suite à une intervention consistant à former les médecins généralistes à des techniques de communication. Plusieurs techniques et supports de communication ont été utilisés. Le contenu des interventions a été détaillé dans les essais contrôlés randomisés évaluant l'efficacité de celles-ci sur la diminution du taux de prescription d'antibiotiques.

- L'étude d'Allaire concernait *DECISION+* (19), programme de formation sur la décision partagée dans le cadre de l'utilisation des antibiotiques pour les infections du tractus respiratoire en soins premiers. La formation reposait sur des groupes de travail interactifs avec des exercices de réflexion sur des situations cliniques présentées par vidéos, et sur des supports d'aide à la décision pour faciliter la communication avec les patients sur la nature de l'infection et le recours ou non aux antibiotiques. L'objectif était d'identifier les facteurs motivant les médecins généralistes à participer à *DECISION+*.
- La première étude d'Anthierens était en lien avec la version initiale d'*INTRO* (*INternet TRaining for antibiOtic use*), une formation à l'utilisation de la CRP (C-Réactive Protéine) en consultation et aux compétences de communication afin de mieux expliquer les décisions de prescription au patient (8). L'enseignement comportait trois parties : une introduction avec une information sur la nécessité de diminuer les prescriptions d'antibiotiques et sur les effets de l'excès de ces prescriptions sur le système de santé ; une formation à la communication ; et une à

l'utilisation de la micro CRP en consultation. L'objectif de l'étude était d'explorer le vécu des médecins généralistes de cette intervention délivrée par internet, visant à diminuer la prescription d'antibiotiques pour une toux aigue, afin d'évaluer son acceptabilité et d'augmenter son applicabilité dans plusieurs pays européens.

- La seconde étude d'Anthierens a fait suite à l'essai randomisé multicentrique *GRACE INTRO (Genomics to combat Resistance against Antibiotics in Community-acquired LRTI in Europe INternet TRaining for AntibiOtic use)* évaluant deux interventions visant à réduire la prescription d'antibiotiques chez les adultes avec une infection du tractus respiratoire (8). Les interventions étaient délivrées par internet avec un module de formation à l'utilisation de la CRP en consultation et une session de formation à des compétences de communication, incluant l'utilisation d'un livret pour le patient. L'objectif était d'explorer les expériences des médecins généralistes concernant la formation en compétences de communication et/ou l'utilisation de la micro-CRP pour diminuer les prescriptions d'antibiotiques dans les infections respiratoires.
- L'étude de Bekkers a fait suite à un programme complexe intitulé *STAR (Stemming the Tide of Antibiotic Resistance)* qui incluait une présentation des recommandations en matière d'antibiothérapie, une réflexion en ligne sur sa propre pratique, et une formation à des outils de communication en utilisant des vidéos (20). L'objectif était d'explorer le vécu des participants au programme *STAR* visant à améliorer la qualité de la prescription des antibiotiques par les médecins généralistes.
- La première étude de Cals concernait *IMPAC3T (Improving Management of Patients with Acute Cough by C-reactive protein testing and Communication skills Training)* (7). Il s'agissait d'évaluer deux interventions : l'une centrée sur l'état du patient (formation à des compétences spécifiques de communication), et l'autre centrée sur la maladie (utilisation de la micro-CRP), pour optimiser la prise en charge des infections respiratoires basses en soins premiers. Dix médecins généralistes ont été formés à l'utilisation de la CRP, dix aux compétences de communication, dix aux deux techniques et dix n'ont bénéficié d'aucune intervention. Dans l'évaluation qualitative, Cals a interrogé dix médecins exposés aux deux interventions pendant au moins deux ans et dix médecins n'ayant

bénéficié d'aucune d'entre elles. La principale question était : quelle intervention vous aiderait le plus à améliorer votre prise en charge des infections respiratoires basses et pourquoi ?

- Quatre ans plus tard, Cals a évalué l'effet sur le long terme d'*IMPACT* (21). L'intervention sur la communication comprenait plusieurs étapes successives : (a) une confrontation à un patient simulé au cabinet médical ; (b) un atelier utilisant les retranscriptions de ces consultations ; (c) une nouvelle consultation avec un autre patient simulé ; (d) un examen par deux pairs de la retranscription de cette deuxième consultation. L'objectif de l'étude qualitative était d'explorer les retours d'expériences des praticiens concernant la formation qu'ils avaient reçue et l'utilisation de la méthode de communication dans la pratique quotidienne.
- L'étude de Francis a fait suite au programme *EQUIP (Enhancing the Quality of Information-sharing in Primary care for childhood respiratory tract infections)* (22). Ce programme était centré sur l'utilisation d'un livret interactif « *When should I worry* » pour les parents des enfants présentant une infection du tractus respiratoire en soins premiers. Il incluait également une formation en communication pour les médecins, encourageant par exemple les généralistes à recueillir les préoccupations et attentes de leurs patients. Cette intervention complexe visait à donner du pouvoir aux parents et à aborder le problème des taux élevés de nouvelle consultation pour le même motif et de la prescription inappropriée d'antibiotiques pour les infections respiratoires de l'enfant. Les auteurs ont examiné le vécu et l'acceptabilité pour les médecins généralistes et les parents de cette intervention. Ils ont recueilli leurs impressions sur le livret, et la façon dont il avait été utilisé.

3. Evaluation de la qualité des études incluses

La qualité des sept études incluses était élevée, avec cinq articles ayant rempli tous les critères de qualité *CASP*. L'une des études n'a pas mentionné la validation par un comité d'éthique. L'autre n'a pas clairement explicité les solutions recherchées pour limiter les biais et influences potentiellement liés à l'implication des chercheurs.

II. Résultats de l'analyse des articles inclus

Nous avons sélectionné quatre thèmes clés qui reflétaient les résultats de l'ensemble de nos études. Deux types de verbatims ont été rapportés. Les verbatims du premier degré correspondant aux citations des médecins généralistes ont été annotés en fin de phrase par le numéro du médecin et le nom de l'auteur principal de l'étude. Exemple : *(FMG4 Allaire)*. Ceux du deuxième degré correspondant aux citations des auteurs ont été annotés uniquement par le nom de l'auteur principal de l'article. Exemple : *(Allaire)*. Les verbatims ont été rapportés dans leur langue d'origine pour ne pas dénaturer le contenu et assurer la validité interne de l'étude. Une traduction a été proposée en annexe 4.

1. Aspects pratiques et organisationnels de la formation

Le premier thème clé émergent était l'expression par les médecins généralistes de leurs avis concernant l'organisation de la formation en communication. Les praticiens ont participé à ces formations sur la base du volontariat.

Un élément important était de rendre le programme attractif pour les médecins généralistes, de façon à les motiver à participer. « *It has to be motivating!* » *(FMG4 Allaire)*. La formation devait se rapprocher au mieux de la pratique courante. Elle devait s'articuler dans leurs emplois du temps et respecter leurs contraintes professionnelles et personnelles.

Plusieurs supports ont été utilisés, comme la réalisation de consultations simulées avec un acteur jouant le rôle du patient, ou le visionnage de vidéos disponibles en ligne. « *...its videos and reflective exercises, which facilitated group discussion* » *(Allaire)*. « *The simulation patient before and after the training is a strong aspect, this provides a unique learning opportunity.* » *(GP2 Cals 2013)*. Les médecins ont paru réceptifs à l'utilisation de ces différents supports. Certains les ont cependant trouvés artificiels (23). L'emploi d'internet comme plateforme de formation a été vécu de façon positive : « *promotion of independent learning and flexibility in accessing the program* » *(Bekkers)*. Quelques praticiens ont toutefois rencontré des difficultés techniques (24). Le séminaire d'information concernant les infections respiratoires et l'antibiorésistance a permis de sensibiliser les médecins aux problématiques de santé publique et de leur rappeler les recommandations. « *I think after a while GPs forget about antibiotic resistance and how dangerous it is to the patient.* » *(British GP2 Anthierens 2012)*.

Les généralistes appréciaient d'être formés par leurs pairs. *"Being trained by family physicians is best. Usually Continuing Professional Development programs are taught by specialists who don't do the same work as we do."* (FMG3 Allaire).

2. Ressenti des médecins

Les praticiens ont très majoritairement exprimé un vécu positif des enseignements en communication. Il existait un écart important entre leur perception des formations en communication avant l'intervention et leur avis après avoir réellement suivi le programme de formation. Ils ont constaté un retentissement positif sur leur pratique.

a. Préjugés avant l'intervention

Le contexte d'exercice, notamment le pays d'exercice, constituait un premier élément qui semblait poser problème aux médecins dans les études effectuées dans différents pays. Dans certains d'entre eux, les antibiotiques sont disponibles sans ordonnance. Les généralistes trouvaient donc que l'intervention ne leur permettait pas de répondre à cette difficulté (25). Des différences culturelles dans le mode de communication ont été pointées par les médecins, avec un modèle paternaliste prédominant dans certains pays. *"Most Polish patients expect the doctor to make a decision. They don't expect to make a decision themselves or to be educated during the consultation."* (Polish GP1 Anthierens 2012). Il a été mis en évidence que les opinions des praticiens concernant l'intervention étaient finalement similaires dans tous les pays (26). Les connaissances antérieures des médecins, liées à leur formation universitaire ou au développement professionnel continu, ont influencé les besoins en matière de compétences en communication. Par exemple, les médecins polonais ont eu très peu d'éducation sur ce sujet auparavant, contrairement à ceux des Pays-Bas et du Royaume-Uni, déjà sensibilisés à la problématique (25). *"Clinicians (...) felt it involved skills that they already possessed."* (Anthierens 2015).

Les généralistes ont reconnu avoir des préjugés négatifs sur la communication, avec une préférence pour des outils plus concrets (utilisation de la CRP en consultation) afin de les aider dans leurs prises de décisions (27). *"Many GPs liked the idea of being provided with additional equipment in the form of the CRP test and the patient booklet and felt that receiving these would help them to decrease their inappropriate prescribing."* (Anthierens 2012). Dans les études où les médecins ont accédé aux deux types d'outils (CRP et communication), ils ont tous exprimé a posteriori leur préférence pour la communication,

excepté un médecin qui n'a pas souhaité choisir. *"I found CRP less useful than communication skills training."* (GP2 Cals 2009). *"More important even than drugs, so I find this communication skill training crucial and CRP is a useful addition."* (GP18 Cals 2009).

Les préjugés portaient aussi sur les attentes des patients, dont la perception erronée pouvait influencer leur prise en charge (23). *"I have been surprised at how little resistance I've had when I say I won't give something and they say that's good."* (GP271 Bekkers). *"[GPs] recognized that they had some form of prejudice about patients' expectations and they felt this decreased by actively eliciting patients' expectations about management."* (Cals 2013).

Ils craignaient par ailleurs une perte de chance pour leurs patients (25). *"GPs sought reassurance that the training offered by the intervention could prevent harm to their patients whilst providing alternative management strategies that still maintained patient satisfaction."* (Anthierens 2012).

b. Vécu après l'intervention

Les médecins ont jugé les enseignements de communication de façon très positive : utiles (23,25,28), satisfaisants (25), adaptés à la pratique courante (25).

c. Retentissement sur la pratique

La pratique médicale semble avoir été améliorée de plusieurs manières, notamment par l'éducation des médecins. Ceux-ci ont eu l'impression d'étoffer leurs connaissances (24,26,29). *"They had gained new knowledge through the interventions. Many stated that they had been unaware that the usual natural history of cough was so long."* (Anthierens 2015). Les praticiens ont ressenti une amélioration de leurs compétences en communication (23). Plus globalement, ils ont eu le sentiment d'avoir amélioré leurs pratiques (23,26,28,29), avec un exercice leur paraissant plus en accord avec les preuves scientifiques (23,24). Ils ont souligné l'importance d'avoir une uniformité dans leur prescription pour que le patient ne soit pas confronté à des prises en charge différentes pour une même situation clinique (24). *"(...) the need to present a united front across the practice"* (Bekkers).

Les généralistes ont constaté des effets sur leur personne, avec une plus grande confiance en leurs capacités à ne pas prescrire (26,29). *"It has given me a lot more*

confidence in refusing antibiotics.” (GP271 Bekkers). Ils ont exprimé une plus grande satisfaction personnelle (29). La formation leur a permis d’être plus réceptifs aux attentes des patients. “I’m just a little bit more prepared to listen to the patient’s experience.” (GP150 Bekkers). Ils ont également appris à évaluer leur propre pratique et à se remettre en question (23), avec parfois des difficultés à changer des comportements déjà ancrés dans leur mode d’exercice.

3. Communication intégrée à la pratique

a. Techniques de communication

Les études ont mis en application différents types d’outils de communication, afin que les médecins puissent intégrer à leur pratique clinique ceux qui leur semblaient les plus pertinents.

La communication verbale a été au cœur des réflexions, avec l’utilisation des techniques suivantes :

- Recueillir les attentes du patient concernant sa prise en charge (23). *“Greater insight into patients’ wishes and demands” (Bekkers).*
- Identifier rapidement le motif de consultation du patient (23).
- Demander activement aux patients leur opinion concernant les antibiotiques (23).
- Mentionner le pour et le contre de la prescription d’antibiotiques (23).

Certaines techniques n’ont pas semblé facilement applicables, comme le fait de demander au patient de résumer la consultation (23). *“GPs (...) reported that they would feel they were patronizing patients if they asked them to sum up what they had learnt at the end of the consultation.” (Anthierens 2012).*

Des outils papiers ont également été utilisés par les médecins généralistes, notamment une brochure contenant des informations sur les infections respiratoires, qui servait de support à l’argumentation du médecin lors de la consultation. *“They felt the booklet would be helpful in routine practice and was easy to use.” (Anthierens 2015).* Les médecins l’ont considérée comme un support utile pour interagir avec les patients (24).

b. Application concrète de ces techniques

Il est apparu que l’utilisation des techniques de communication avait un spectre plus large que l’unique prescription d’antibiothérapie, car certains des médecins ont

expliqué l'utiliser dans tous les domaines de leur activité. *"They saw good communication skills as a key competence for daily practice anyway."* (Cals 2009). *"The advantage is that you can apply communication skills in different settings. It is obviously not limited to respiratory infections."* (GP12 Cals 2013). L'attente d'une formation en communication sur un domaine plus étendu que l'antibiothérapie a été mentionnée (23).

Les praticiens ont noté que leurs compétences en communication pouvaient être appliquées à tous les patients, contrairement à l'utilisation d'autres méthodes visant à diminuer les prescriptions inappropriées d'antibiotiques (tests diagnostiques) qui sont plus restrictives.

Dans les situations où le médecin percevait une attente d'antibiotiques alors que la prescription ne lui semblait pas justifiée, les techniques de communication lui permettaient d'obtenir l'adhésion du patient. *"The communication skills and booklet were seen as useful when antibiotics were not needed but a patient required an explanation as to why."* (Anthierens 2015). *"You are more confident (...) to justify a wait-and-see policy. Although you know for yourself this is the best way, you also have to convince the patient."* (GP1 Cals 2013).

Les généralistes ont mentionné à plusieurs reprises l'utilité d'avoir acquis ces outils pour leur pratique de tous les jours. Le nombre d'items de communication utilisés décroissait au fur et à mesure du temps, les médecins n'utilisant à terme que ce qui restait utile pour leur pratique quotidienne (23).

c. Temps et incertitude diagnostique

Le temps a été une notion évoquée à plusieurs reprises et de façon contradictoire au sein des études. Certains médecins avaient l'impression de gagner du temps car ils identifiaient mieux le motif de consultation de leurs patients (23,26). D'autres trouvaient que cela leur demandait plus de temps d'utiliser les outils de communication (24,27). Certains constataient une augmentation du temps de consultation de deux à trois minutes, mais trouvaient un compromis avec la baisse du nombre de consultations ultérieures pour le même motif et une meilleure autogestion de la maladie par le patient dans le futur (23,24). *"It probably does make the consultation a bit longer but not drastically (...) I feel reasonably confident that we will recoup that extra time in the future by people hopefully not re-presenting for antibiotics quite as often."* (GP216 Bekkers).

La survenue d'une nouvelle consultation au cours du même épisode infectieux a également été évoquée lors de l'émergence d'un autre concept essentiel, l'incertitude diagnostique. Dans certains cas, les médecins se sentaient plus anxieux sur l'évolution de la pathologie du fait de la non prescription d'antibiotiques et ils convoquaient leurs patients pour s'assurer de leur guérison (24). Dans d'autres cas, les praticiens se sentaient plus confiants grâce à l'apprentissage de compétences en communication permettant de gérer plus facilement leur doute diagnostique (25).

4. Décision médicale partagée

Le quatrième thème clé de notre étude était l'importance de la décision médicale partagée. “[GPs] felt more able to achieve a shared evidence based antibiotic prescribing decision.” (Cals 2013). L'utilisation des compétences en communication semblerait avoir favorisé l'implication du patient dans la relation de soins et l'avoir rendu acteur de sa santé (23). “I think it's great that the patient takes part in his own health process.” (FMG2 Allaire). “Clinicians felt that they could give a positive message to their patients by explaining what they could do to relieve their symptoms, and as such, help to empower patients.” (Anthierens 2015). L'échange entre le patient et le médecin rendait la consultation plus constructive d'après ce dernier (24). Les généralistes ont trouvé la relation médecin-patient renforcée à l'issue de l'application des techniques de communication (29). Ces compétences nouvelles leur auraient fourni des outils d'éducation des patients (26), plus à même de repérer les symptômes devant les alerter ou de savoir dans quels cas solliciter une consultation (24,26,29).

Discussion

I. Synthèse des résultats

Cette *metasynthesis* a exploré la littérature qualitative concernant le vécu par les médecins généralistes des techniques de communication enseignées pour limiter les prescriptions d'antibiotiques.

Le premier thème abordait les aspects pratiques de la formation. Celle-ci devait être attractive et se rapprocher au mieux de la pratique quotidienne. Les praticiens ont apprécié la mise en situation réelle lors de la formation, en particulier la réalisation de consultations simulées.

Le deuxième thème concernait les préjugés négatifs des médecins sur la communication et son utilité, et leur mauvaise perception des attentes des patients. Mais a posteriori, le vécu des formations en communication était positif. Les généralistes ont estimé avoir amélioré leurs pratiques. Ils ont exprimé avoir une plus grande confiance en leur capacité à ne pas prescrire.

Le troisième thème abordait les différents outils de communication que les médecins généralistes ont intégrés à leur pratique quotidienne. L'utilisation de ces techniques n'a pas semblé restreinte à la seule prescription d'antibiotiques. Les praticiens ont soulevé la problématique de la gestion du temps et de l'incertitude diagnostique.

Le quatrième thème concernait la relation médecin-patient et l'importance de la décision médicale partagée.

II. Comparaison avec la littérature

1. Communication et décision médicale partagée

Les médecins ont trouvé que les formations en communication leur avaient permis de rendre le patient acteur de sa prise en charge. Ce ressenti pose la question du positionnement du médecin et du patient dans la relation de soins, en vue de prendre une décision médicale. Butler a étudié trois types de modèles de consultation dans le contexte des infections respiratoires en soins premiers : le modèle paternaliste, le modèle de « choix éclairé » et le modèle de la décision partagée (30). Quatre suppositions pourraient justifier

une approche paternaliste (31) : un seul traitement existe et a montré sa supériorité ; le médecin connaît les meilleurs traitements disponibles et les applique de façon systématique ; il est en meilleure position pour évaluer les compromis entre les différents traitements et pour prendre la décision ; son souci professionnel du bien-être du patient lui autorise un légitime investissement dans chaque décision de traitement. Or ces quatre assertions ne sont que rarement réunies. Dans le modèle de « choix éclairé », le médecin est à l'inverse seulement une source d'informations et la décision est laissée entièrement au patient, qui ne prend pas forcément en compte l'intérêt de la société. Dans le modèle de décision médicale partagée, l'échange se fait dans les deux sens : l'expert du diagnostic et de la thérapeutique rencontre l'expert de son propre corps. La Haute Autorité de Santé définit la décision médicale partagée comme « l'un des modèles de décision médicale qui décrit deux étapes clés de la relation entre un professionnel de santé et un patient, que sont l'échange d'informations et la délibération en vue d'une prise de décision acceptée d'un commun accord concernant la santé individuelle d'un patient » (32). L'objectif est que le patient s'approprie la prise en charge, comprenne les enjeux et soit acteur de sa santé. Ce modèle fournit un cadre pour permettre une meilleure communication sur le sujet des infections respiratoires.

La méta-analyse de Coxeter a montré que les interventions visant à favoriser la décision médicale partagée avaient significativement diminué l'utilisation des antibiotiques pour les infections respiratoires : une diminution de 47 à 29% était retrouvée en comparaison au groupe contrôle (33). Le modèle de décision médicale partagée, en tant que composante importante de l'approche centrée sur le patient, pourrait donc limiter les prescriptions inappropriées d'antibiotiques. Cette communication centrée sur le malade est corrélée avec la perception des patients de trouver un terrain d'entente avec leur médecin (34). Elle est plus largement associée à une diminution des symptômes d'inconfort, à un meilleur état émotionnel, et à un moindre recours aux tests diagnostiques (35). Maatouk-Bürmann a montré dans son essai randomisé qu'une formation en communication avait significativement augmenté l'utilisation d'une approche centrée sur le malade en consultation (36). Il est intéressant de noter que le fait de former les patients en communication (savoir exprimer ses attentes, ses peurs, poser des questions, donner son avis sur la prise en charge etc.) semble également efficace pour augmenter leur participation active dans le parcours de soins et donc favoriser la décision partagée (37).

2. Le temps

Le temps reste une problématique prédominante en consultation de médecine générale. Les médecins ont clairement énoncé leurs inquiétudes face à la gestion du temps et à l'application des techniques de communication au sein de leurs pratiques. Certains y voyaient un gain de temps, avec une facilité à cerner les problématiques du patient et leurs attentes. D'autres trouvaient que leurs consultations étaient plus longues, mais que ce temps supplémentaire était un investissement au long cours, grâce à une meilleure éducation et donc autogestion du patient d'éventuels épisodes similaires. Ces informations sont en accord avec la revue systématique de la littérature de Wilson et Childs, retrouvant une concordance dans les études entre taux de prescription et temps de consultation (38). Plus le nombre de consultations par jour augmentait, plus le temps de consultation était court et plus le taux de prescription était élevé. De plus, les patients suivis par des médecins avec des taux élevés de prescription revenaient plus souvent en consultation. La revue de la littérature de Mauksch a également trouvé des éléments concordants avec notre étude (39). Lorsque les médecins connaissaient le nombre, le degré d'urgence et l'importance pour le patient de ses motifs de consultation, ils étaient plus à même de gérer le temps nécessaire à chaque demande. Le fait d'avoir déterminé avec le patient la priorité de gestion des différents motifs permettait de diminuer l'apparition d'informations essentielles en fin de consultation. Mauksch a également rapporté que les médecins entraînés à explorer les attentes des patients pouvaient réaliser leurs consultations sans augmentation du temps. De nombreux bénéfices ont également été notés : une baisse de l'anxiété du patient, une meilleure identification d'éventuelles méconnaissances du patient de sa maladie, une meilleure observance des traitements et de meilleurs résultats. Le patient dans ce cas était également plus satisfait (39).

3. L'incertitude diagnostique

Les généralistes ont soulevé dans l'étude l'importance du concept de l'incertitude diagnostique (24,25), étroitement lié à la notion de risque. Ils attribuaient à des tests diagnostiques, tels que la CRP, l'avantage de diminuer leur incertitude en les orientant vers une étiologie virale ou au contraire bactérienne. Certains ont eu l'impression que les compétences en communication leur permettaient de mieux gérer leurs doutes. L'incertitude est inhérente à la pratique de la médecine générale : 70% des consultations sont des situations ne correspondant pas à une maladie nosologiquement définie, mais

plutôt à un symptôme ou syndrome (40). Trois types d'incertitude ont été identifiés : diagnostique, thérapeutique (quel est le traitement le plus adapté ?) et relationnelle (quelles sont les attentes du patient, comment comprend-il le message du médecin ?) (41). Les médecins s'accordent sur la difficulté à gérer le doute. Chez les jeunes praticiens, une relation inverse entre le degré d'anxiété dû à l'incertitude et la satisfaction au travail a été retrouvée (42). Il a même été montré que l'intolérance à l'incertitude et la réticence à la divulguer au patient augmentait le risque de *burn out* (43).

La tolérance de l'incertitude dépend de plusieurs déterminants, dont la relation médecin-patient (41). La gestion des situations de doute diagnostique fait intervenir des stratégies de communication : définir le contexte du diagnostic et expliquer les symptômes ; éliminer les diagnostics différentiels et rassurer le patient ; décrire l'histoire naturelle de la maladie ; négocier le plan de traitement en s'assurant de la compréhension et de l'adhésion du patient. Il faut savoir se laisser du temps pour clarifier le diagnostic en fonction de la survenue de nouveaux symptômes ou de l'évolution des symptômes présents (44). Les études réalisées mettent en évidence l'importance d'une part d'une approche centrée sur le patient, et d'autre part de l'utilisation de compétences de communication pour gérer au mieux l'incertitude (44,45). Le recueil des attentes du patient, en plus d'aider le médecin à limiter ses prescriptions inappropriées, permet d'adapter sa communication (46). La sociologue Ménoret a observé que le partage de l'incertitude des soignants aux soignés, en consultation d'oncologie, permettait une évolution positive de ces derniers dans leur expérience de la maladie et leur implication thérapeutique (47). L'intrication entre la gestion de l'incertitude, la relation médecin-patient et la communication explique le constat que les praticiens gérant bien le doute sont plus à même d'encourager la décision partagée (48). L'information du patient sur les éléments devant le faire consulter à nouveau et la garantie que le médecin va, en cas de besoin, poursuivre les investigations vont ainsi permettre de mieux gérer l'incertitude diagnostique (49). Intégrer à la formation initiale médicale des stratégies de gestion de l'incertitude et de communication médecin-patient pourrait améliorer le vécu par le généraliste de ces situations difficiles (50).

4. Préjugés des médecins et difficulté à identifier leurs besoins de formation

Il est apparu à plusieurs reprises que les praticiens semblaient avoir des difficultés à cibler leurs besoins de formation ou d'utilisation d'outils. Ils souhaitaient, pour la plupart, accéder à la CRP en cabinet et, après formation, déclaraient qu'acquérir des compétences en communication était bien plus essentiel et utile (23,26). Cette méfiance initiale vis-à-vis de la formation en communication a également été trouvée dans les travaux de Querbes (51). Chez les médecins non formés à la communication, les causes de réticences étaient le souhait de garder une communication instinctive (51.6%), le souhait de rester naturel (41.9%) et la peur de manipuler (1.8%). A l'inverse, les généralistes qui souhaitaient être formés le faisaient pour améliorer leur relation médecin patient (80.4%), approfondir leurs connaissances en communication (48.7%) et avoir des outils pour gérer les consultations difficiles (48.7%). 92.6% des médecins formés ont trouvé que cela correspondait à leurs attentes.

Nous pouvons nous interroger sur la capacité des médecins généralistes à percevoir leurs besoins alors qu'ils ont parfois des préjugés négatifs sur les formations proposées. Quatre-vingt-neuf pourcents des médecins généralistes ont déclaré ne pas avoir de stratégie définie pour choisir les formations auxquelles ils souhaitaient participer. Soixante et onze pourcents ont choisi des formations par intérêt et 40 % ont considéré avoir une connaissance implicite de leurs besoins (52).

III. Forces et limites

1. Forces

Une force de notre étude était la rigueur méthodologique. Nous avons suivi les étapes de la *metasynthesis* une à une, de manière reproductible. La majorité des critères de qualité de la grille d'évaluation *ENTREQ* (présentée en annexe 5) a été respectée (11). La réalisation de certaines étapes a été accomplie par deux chercheurs (FB et CC).

L'absence d'utilisation du mot-clé « recherche qualitative » dans notre équation de recherche a rendu le travail de sélection des articles plus fastidieux mais aussi plus exhaustif. Des bases de données médicales et de santé publique ont été interrogées.

La qualité des études incluses était élevée. Les résultats obtenus étaient cohérents avec la littérature existante. Ces éléments assuraient la validité externe de l'étude.

L'approche systématique de la *metasynthesis* appliquée à notre étude a permis une description approfondie du vécu des médecins généralistes des techniques de communication enseignées pour limiter les prescriptions inappropriées d'antibiotiques. Les thèmes développés à partir de l'expérience des participants ont mis en évidence les nombreux éléments concordants entre les études incluses.

Une autre question soulevée par notre travail a concerné l'intérêt et l'applicabilité de la *metasynthesis* pour des thématiques de médecine générale. Lors de la réalisation de cette étude, il nous a semblé que la méthode était adaptée à notre problématique. Les données de l'analyse pourront être utiles pour proposer aux médecins des formations correspondant à leurs attentes et adaptées à leur pratique quotidienne.

2. Limites

Plusieurs biais ont été relevés. Le recrutement des médecins généralistes sur la base du volontariat a pu occasionner un biais de sélection. La traduction des verbatims anglais a pu entraîner un biais d'interprétation.

Les études incluses ont concerné différents pays européens et le Canada, mais aucune d'entre elles n'a été menée en France.

Cette étude constitue le premier travail de recherche des chercheurs (FB et CC).

Le processus de synthèse des articles n'a pas été clairement décrit par Noblit et Hare (10). Il est probable que ce processus ait été influencé par la subjectivité des chercheurs, leur compréhension des données et leurs connaissances initiales.

IV. Perspectives

Cette étude a apporté des éléments pour développer de façon optimale une formation en communication en soins premiers pour limiter les prescriptions inappropriées d'antibiotiques. Les médecins ont formulé un besoin d'élargir leurs compétences de communication à tous les domaines de leur activité. Les bénéfices de la formation permettraient d'améliorer leur pratique de prescription concernant tous types de thérapeutiques, voire d'aboutir parfois à la non prescription. Une démarche d'évaluation des pratiques professionnelles serait nécessaire pour juger de l'efficacité de ces formations.

Il paraît important d'intégrer à la formation initiale des médecins des enseignements spécifiques de communication. L'apprentissage d'outils concrets à mettre en place dès le début de leur pratique professionnelle faciliterait la gestion des consultations difficiles et de l'incertitude diagnostique. La sensibilisation précoce à l'intérêt de l'amélioration de la communication limiterait les préjugés négatifs des médecins et leurs réticences à se former. Une formation complémentaire lors de la suite de l'activité professionnelle permettrait de perfectionner leurs compétences et de mieux les intégrer à leur pratique quotidienne. Chaque médecin pourrait ainsi personnaliser ses outils en fonction de ses besoins.

Plusieurs aspects de la formation devraient faire l'objet d'une réflexion cohérente. Son organisation devrait prendre en compte le rythme de vie des praticiens afin d'être facilement accessible et intégrée à leur emploi du temps. Dans notre étude, le fait que les généralistes préféreraient être formés par leurs pairs a été clairement mis en évidence. Millette a aussi précisé que bien que d'autres professionnels puissent intervenir dans la formation à la communication, il est essentiel que les enseignants principaux soient des médecins (53). De multiples méthodes d'apprentissage de la communication ont été mises au point et testées en pratique, aussi bien lors d'enseignements facultaires que lors de formations ultérieures.

Une enquête auprès des Départements Universitaires de Médecine Générale (DUMG) de France a mis en évidence que l'enseignement de la communication aux internes de médecine générale était délivré au cours de séances intitulées « communication des médecins » dans seulement 32% des cas. Dans 68% des cas, il n'y avait pas de module dédié à la communication (54). Plusieurs études ont montré que la formation des étudiants en médecine en communication lors d'un module spécifique avait permis d'améliorer leurs compétences (55,56). L'acquisition de celles-ci ne semblait pas inférieure lorsqu'elle était

réalisée sous la forme de tutorat par d'autres étudiants, par rapport à un enseignement facultaire (57). Les mises en situation devraient être privilégiées aux cours magistraux (58). Les jeux de rôles avec des pairs ou l'utilisation de patients simulés permettraient aux étudiants de se confronter à leurs qualités et à leurs faiblesses pour améliorer leur communication (59). Le recours aux patients simulés pourrait se faire à la fois pour la formation et pour l'évaluation des compétences en communication (60). L'intérêt de la vidéo comme moyen d'analyse de la communication médecin-patient a été montré : l'étudiant peut s'auto-évaluer, autant sur la communication verbale que non-verbale (61). La rétroaction fait prendre conscience au médecin de sa capacité à faire évoluer sa pratique vers une médecine plus fondée sur les preuves. Dans notre étude, les praticiens ont augmenté leur confiance en leur aptitude à ne pas prescrire d'antibiotiques, induisant une plus grande satisfaction personnelle.

Notre travail a montré des disparités dans l'enseignement de la communication médecin-patient en fonction des pays. Il en va de même sur le plan national, avec une hétérogénéité de l'enseignement en ce qui concerne le nombre d'heures, le contenu pédagogique et les méthodes utilisées (54). Il semblerait bénéfique d'uniformiser les programmes de formation. L'enseignement de la communication participera à l'amélioration de l'éducation thérapeutique, cette dernière faisant déjà l'objet d'un module dédié lors de la formation initiale des internes de médecine générale de Toulouse. Le DUMG de Toulouse met actuellement en place des groupes d'échanges de pratiques centrés sur la communication et la relation médecin-patient. Lors de ces rencontres, les internes et leurs tuteurs médecins généralistes pourront échanger et réfléchir à des perspectives d'amélioration de leur communication.

Conclusion

En France, la surconsommation d'antibiotiques et l'émergence de résistances bactériennes imposent de rationaliser les prescriptions. Un des facteurs favorisant la prescription inappropriée d'antimicrobiens est le décalage entre les attentes des patients, et ce que le praticien perçoit de ces attentes. La communication médecin-patient est donc essentielle pour améliorer les comportements de prescription. L'enjeu consiste à concilier une médecine fondée sur les preuves scientifiques et une approche centrée sur le patient. Les interventions visant à faciliter la décision médicale partagée réduisent significativement la prescription d'antibiotiques pour les infections respiratoires en soins premiers. Identifier les composantes utiles des formations ciblées sur la communication et les freins à leur applicabilité pourrait faciliter leur mise en place.

L'objectif principal de cette *metasynthesis* était d'explorer le vécu par les médecins généralistes des techniques de communication enseignées pour limiter les prescriptions inappropriées d'antibiotiques.

Concernant les aspects pratiques, les praticiens accordaient de l'importance à ce que la formation soit attractive et proche de leur pratique quotidienne. La mise en situation réelle, notamment les consultations simulées, a été un outil de formation apprécié.

Les généralistes ont exprimé des préjugés négatifs sur la communication et son utilité pour diminuer les prescriptions d'antibiotiques. Leur vision négative a été modifiée par les formations, vécues de façon très positive. Les médecins ont estimé avoir amélioré leurs pratiques et avoir une plus grande confiance en leur capacité à ne pas prescrire. Les techniques enseignées leur ont permis de mieux identifier les attentes de leurs patients, auparavant mal perçues. Les compétences acquises ont facilité la délivrance de messages au patient, permettant de le rendre acteur de sa santé. L'éducation thérapeutique est un enjeu majeur de la pratique de soins premiers.

La problématique du temps a été évoquée sous deux aspects. Les généralistes craignaient une augmentation de la durée de la consultation secondaire à la mise en pratique des techniques de communication. Certains ont considéré que ce temps supplémentaire était un investissement sur l'avenir, avec une diminution des consultations ultérieures pour des motifs identiques.

La gestion de l'incertitude diagnostique a été identifiée comme une difficulté pour les médecins dans leur pratique quotidienne. Les techniques de communication les ont aidés à mieux gérer le doute diagnostique. Parvenir à une décision médicale partagée leur a permis de tolérer plus facilement ces situations difficiles.

Du point de vue des médecins, les compétences acquises en communication ont été utiles dans tous les domaines de leur exercice. L'enseignement facultaire de ces compétences, puis leur perfectionnement au cours de la vie professionnelle, devraient aboutir à une meilleure relation médecin-patient.

Références bibliographiques

1. Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des produits de santé (ANSM). Evolution des consommations d'antibiotiques en France entre 2000 et 2015 - Point d'Information [Internet]. 2017 [cited 2017 Jun 11]. Disponible sur: <http://ansm.sante.fr/S-informer/Points-d-information-Points-d-information/Evolution-des-consommations-d-antibiotiques-en-France-entre-2000-et-2015-Point-d-Information>
2. European Centre for Disease Prevention and Control/European Medicines Agencies (ECDPC/EMA). The bacterial challenge : time to react. A call to narrow the gap between multidrug-resistant bacteria in the EU and the development of new antibacterial agents. ECDPC/EMA Joint Technical report. Stockholm; 2009 Sep.
3. European Commission. A European One Health Action Plan against Antimicrobial Resistance. 2017 Jun.
4. IPSOS. Quel est le rapport des Français et des Européens à l'ordonnance et aux médicaments ? Un dispositif d'étude mis en place par l'Assurance Maladie. 2005 Oct.
5. Welschen I, Kuyvenhoven M, Hoes A, Verheij T. Antibiotics for acute respiratory tract symptoms : patients' expectations, GPs' management and patient satisfaction. *Fam Pract*. 2004 Jun;21(3):234–7.
6. Coxeter P, Del Mar CB, McGregor L, Beller EM, Hoffmann TC. Interventions to facilitate shared decision making to address antibiotic use for acute respiratory infections in primary care. *Cochrane Database Syst Rev*. 2015 Nov;(11):CD010907.
7. Cals JW, Butler CC, Hopstaken RM, Hood K, Dinant G-J. Effect of point of care testing for C reactive protein and training in communication skills on antibiotic use in lower respiratory tract infections: cluster randomised trial. *BMJ*. 2009 May;338:b1374.
8. Little P, Stuart B, Francis N, Douglas E, Tonkin-Crine S, Anthierens S, et al. Effects of internet-based training on antibiotic prescribing rates for acute respiratory-tract infections : a multinational, cluster, randomised, factorial, controlled trial. *Lancet Lond Engl*. 2013 Oct;382(9899):1175–82.
9. Jensen L. & Allen M. Meta-synthesis of qualitative findings. *Qual Health Res*. 1996;6:553–560.
10. Noblit GW, Hare RW. *Meta-Ethnography: synthesizing qualitative studies*. Qualitative resarch method. Sage. 1988.
11. Tong A, Flemming K, McInnes E, Oliver S, Craig J. Enhancing transparency in reporting the synthesis of qualitative research : ENTREQ. *BMC Med Res Methodol*. 2012 Nov;12:181.
12. Mohammed MA, Moles RJ, Chen TF. Meta-synthesis of qualitative research : the challenges and opportunities. *Int J Clin Pharm*. 2016 Jun;38(3):695–704.

13. Zotero | Home [Internet]. [cited 2017 Oct 18]. Disponible sur: <https://www.zotero.org/>
14. Walsh D, Downe S. Meta-synthesis method for qualitative research : a literature review. *J Adv Nurs*. 2005 Apr;50(2):204–11.
15. Sandelowski M, Docherty S, Emden C. Focus on qualitative methods. *Qualitative metasynthesis : issues and techniques*. *Res Nurs Health*. 1997 Aug;20(4):365–71.
16. CASP Team. Critical Appraisal Skills Program (CASP) Collaboration for qualitative methodologies. [Internet]. 1998. Disponible sur: www.casp-uk.net.
17. Campbell R, Pound P, Morgan M, Daker-White G, Britten N, Pill R, et al. Evaluating meta-ethnography : systematic analysis and synthesis of qualitative research. *Health Technol Assess Winch Engl*. 2011 Dec;15(43):1–164.
18. Atkins S, Lewin S, Smith H, Engel M, Fretheim A, Volmink J. Conducting a meta-ethnography of qualitative literature: lessons learnt. *BMC Med Res Methodol*. 2008 Apr;8:21.
19. Allaire A-S, Labrecque M, Giguère A, Gagnon M-P, Grimshaw J, Légaré F. Barriers and facilitators to the dissemination of DECISION+, a continuing medical education program for optimizing decisions about antibiotics for acute respiratory infections in primary care: a study protocol. *Implement Sci IS*. 2011 Jan;6:3.
20. Simpson SA, Butler CC, Hood K, Cohen D, Dunstan F, Evans MR, et al. Stemming the Tide of Antibiotic Resistance (STAR) : a protocol for a trial of a complex intervention addressing the ‘why’ and ‘how’ of appropriate antibiotic prescribing in general practice. *BMC Fam Pract*. 2009 Mar;10:20.
21. Cals JWL, de Bock L, Beckers P-JHW, Francis NA, Hopstaken RM, Hood K, et al. Enhanced communication skills and C-reactive protein point-of-care testing for respiratory tract infection : 3.5-year follow-up of a cluster randomized trial. *Ann Fam Med*. 2013 Mar;11(2):157–64.
22. Francis NA, Butler CC, Hood K, Simpson S, Wood F, Nuttall J. Effect of using an interactive booklet about childhood respiratory tract infections in primary care consultations on reconsulting and antibiotic prescribing : a cluster randomised controlled trial. *BMJ*. 2009 Jul;339:b2885.
23. Cals JWL, van Leeuwen ME, Chappin FHF, de Bont EGPM, Dinant G-J, Butler CC. ‘How Do You Feel about Antibiotics for This?’ A Qualitative Study of Physician Attitudes towards a Context-Rich Communication Skills Method. *Antibiot Basel Switz*. 2013 Sep;2(3):439–49.
24. Francis NA, Phillips R, Wood F, Hood K, Simpson S, Butler CC. Parents’ and clinicians’ views of an interactive booklet about respiratory tract infections in children : a qualitative process evaluation of the EQUIP randomised controlled trial. *BMC Fam Pract*. 2013 Dec;14:182.

25. Anthierens S, Tonkin-Crine S, Douglas E, Fernandez-Vandellos P, Krawczyk J, Llor C, et al. 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 Fam Pract*. 2012 Oct;13:101.
26. Anthierens S, Tonkin-Crine S, Cals JW, Coenen S, Yardley L, Brookes-Howell L, et al. Clinicians' views and experiences of interventions to enhance the quality of antibiotic prescribing for acute respiratory tract infections. *J Gen Intern Med*. 2015 Apr;30(4):408–16.
27. Cals JW, Butler CC, Dinant G-J. 'Experience talks': physician prioritisation of contrasting interventions to optimise management of acute cough in general practice. *Implement Sci*. 2009 Sep;4:57.
28. Allaire A-S, Labrecque M, Giguere A, Gagnon M-P, Legare F. What Motivates Family Physicians to Participate in Training Programs in Shared Decision Making? *J Contin Educ Health Prof*. 2012 Mar;32(2):98–107.
29. Bekkers M-J, Simpson SA, Dunstan F, Hood K, Hare M, Evans J, et al. Enhancing the quality of antibiotic prescribing in primary care: qualitative evaluation of a blended learning intervention. *BMC Fam Pract*. 2010 May;11:34.
30. Butler CC, Kinnersley P, Prout H, Rollnick S, Edwards A, Elwyn G. Antibiotics and shared decision-making in primary care. *J Antimicrob Chemother*. 2001 Sep;48(3):435–40.
31. Charles C, Gafni A, Whelan T. Decision-making in the physician-patient encounter: revisiting the shared treatment decision-making model. *Soc Sci Med* 1982. 1999 Sep;49(5):651–61.
32. Haute Autorité de Santé. Patient et professionnels de santé: décider ensemble. Concept, aides destinées aux patients et impact de la décision médicale partagée. 2013 Oct.
33. Coxeter P, Del Mar CB, McGregor L, Beller EM, Hoffmann TC. Interventions to facilitate shared decision making to address antibiotic use for acute respiratory infections in primary care. *Cochrane Database Syst Rev*. 2015 Nov;(11):CD010907.
34. Stewart M, Brown JB, Donner A, McWhinney IR, Oates J, Weston WW, et al. The impact of patient-centered care on outcomes. *J Fam Pract*. 2000 Sep;49(9):796–804.
35. Stewart MA. Effective physician-patient communication and health outcomes: a review. *CMAJ Can Med Assoc J J Assoc Medicale Can*. 1995 May;152(9):1423–33.
36. Maatouk-Bürmann B, Ringel N, Spang J, Weiss C, Möltner A, Riemann U, et al. Improving patient-centered communication: Results of a randomized controlled trial. *Patient Educ Couns*. 2016 Jan;99(1):117–24.
37. D'Agostino TA, Atkinson TM, Latella LE, Rogers M, Morrissey D, DeRosa AP, et al. Promoting patient participation in healthcare interactions through communication skills training: A systematic review. *Patient Educ Couns*. 2017 Jul;100(7):1247–57.

38. Wilson A, Childs S. The relationship between consultation length, process and outcomes in general practice: a systematic review. *Br J Gen Pract.* 2002 Dec;52(485):1012–20.
39. Mauksch LB, Dugdale DC, Dodson S, Epstein R. Relationship, Communication, and Efficiency in the Medical Encounter: Creating a Clinical Model From a Literature Review. *Arch Intern Med.* 2008 Jul;168(13):1387–95.
40. Société Française de Médecine Générale. Annuaire statistique 94/95 de l'Observatoire de la médecine générale. *Doc Rech Med Gen n° 52*; 1998 Sep.
41. Gelly J, Janczewski A, Lorenzo M. Tolérance à l'incertitude en médecine générale. *Exercer.* 2014 Oct;25(112 (suppl 1)):6–7.
42. Bovier PA, Perneger TV. Stress from Uncertainty from Graduation to Retirement—A Population-Based Study of Swiss Physicians. *J Gen Intern Med.* 2007 May;22(5):632–8.
43. Cooke GP, Doust JA, Steele MC. A survey of resilience, burnout, and tolerance of uncertainty in Australian general practice registrars. *BMC Med Educ.* 2013 Jan;13:2.
44. Hewson MG, Kindy PJ, Van Kirk J, Gennis VA, Day RP. Strategies for managing uncertainty and complexity. *J Gen Intern Med.* 1996 Aug;11(8):481–5.
45. Griffiths F, Green E, Tsouroufli M. The nature of medical evidence and its inherent uncertainty for the clinical consultation: qualitative study. *BMJ.* 2005 Mar;330(7490):511.
46. Alam R, Cheraghi-Sohi S, Panagioti M, Esmail A, Campbell S, Panagopoulou E. Managing diagnostic uncertainty in primary care: a systematic critical review. *BMC Fam Pract.* 2017 Aug;18(1):79.
47. Ménoret M. Informer mais convaincre: incertitude médicale et rhétorique statistique en cancérologie. *Sci Soc Santé.* 2007 Jan;25(1):33–54.
48. Rogers M, Todd C. Information exchange in oncology outpatient clinics: source, valence and uncertainty. *Psychooncology.* 2002 Aug;11(4):336–45.
49. Kennedy AG. Managing uncertainty in diagnostic practice. *J Eval Clin Pract.* 2017 Oct;23(5):959–63.
50. Ledford CJW, Seehusen DA, Chessman AW, Shokar NK. How we teach U.S. medical students to negotiate uncertainty in clinical care: a CERA study. *Fam Med.* 2015 Jan;47(1):31–6.
51. Querbes V. Apport, intérêts et bénéfices d'une formation aux techniques relationnelles et de communication: enquête par questionnaire auto-administré auprès des médecins généralistes du Morbihan [Internet]. Rennes; 2015 Mar. Disponible sur: <http://www.sudoc.fr/18443095X>
52. Vandermeer A, Archhambault P. Critères de choix et stratégies d'évaluation des besoins de formation médicale continue. 2013 Mar; *Exercer*;106:67-8.(106):67–8.

53. Millette B, Lussier M-T, Goudreau J. L'apprentissage de la communication par les médecins : aspects conceptuels et méthodologiques d'une mission académique prioritaire. *Pédagogie Médicale*. 2004 May;5(2):110–26.
54. Hocry C. Etat des lieux de l'enseignement théorique de la Relation/Communication médecin-malade au cours du 3ème cycle de médecine générale dans les facultés en France en 2012-2013 [Internet]. Reims; 2014. Disponible sur: <http://www.sudoc.fr/178550299>
55. Simmenroth-Nayda A, Weiss C, Fischer T, Himmel W. Do communication training programs improve students' communication skills? - a follow-up study. *BMC Res Notes*. 2012 Sep;5:486.
56. Cämmerer J, Martin O, Rockenbauch K. Learning Doctor-Patient Communication – Evaluating the effectiveness of the communication training course at Leipzig University from the students' point of view. *GMS J Med Educ* [Internet]. 2016 May [cited 2017 Oct 10];33(3). Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov-s.docadis.ups-tlse.fr/pmc/articles/PMC4894359/>
57. Nomura O, Onishi H, Kato H. Medical students can teach communication skills – a mixed methods study of cross-year peer tutoring. *BMC Med Educ* [Internet]. 2017 Jun [cited 2017 Oct 10];17. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov-s.docadis.ups-tlse.fr/pmc/articles/PMC5472895/>
58. Rees C, Sheard C, McPherson A. Medical students' views and experiences of methods of teaching and learning communication skills. *Patient Educ Couns*. 2004 Jul;54(1):119–21.
59. Lane C, Rollnick S. The use of simulated patients and role-play in communication skills training : A review of the literature to August 2005. *Patient Educ Couns*. 2007 Jul;67(1):13–20.
60. Cleland JA, Abe K, Rethans J-J. The use of simulated patients in medical education : AMEE Guide No 42. *Med Teach*. 2009 Jun;31(6):477–86.
61. Roter D, Larson S, Shinitzky H, Chernoff R, Serwint J, Adamo G, et al. Use of an innovative video feedback technique to enhance communication skills training. 2004 Feb;38(2):145–57.

Annexes

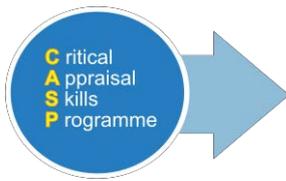
Annexe 1 : Equation de recherche

("General Practice" OR "Family practice" OR "Family practices" OR "Family physician"
OR "Family physicians" OR "primary care physician" OR "primary care physicians" OR
"General Practitioners" OR "General Practitioner" OR "General practice physician" OR
"General practice physicians" OR "Primary Health Care" OR "Primary care")

AND (("Inappropriate prescribing" OR "Inappropriate Prescribings" OR "Prescribing,
Inappropriate" OR "Prescribings, Inappropriate" OR "Inappropriate Prescriptions" OR
"Inappropriate Prescription" OR "Prescription, Inappropriate" OR "Prescriptions,
Inappropriate" OR "Over Prescribing" OR "Over Prescribings" OR "Prescribing, Over"
OR "Prescribings, Over") OR ("Attitude of health personnel" OR "Health Personnel
Attitude" OR "Health Personnel Attitudes" OR "Staff Attitude" OR "Attitude, Staff" OR
"Attitudes, Staff" OR "Staff Attitudes") OR ("Decision Making" OR "Decision Making,
Shared" OR "Decision Makings, Shared" OR "Making, Shared Decision" OR "Makings,
Shared Decision" OR "Shared Decision Making" OR "Shared Decision Makings") OR
("Clinical Decision-Making" OR "Clinical Decision Making" OR "Decision-Making,
Clinical" OR "Medical Decision-Making" OR "Decision-Making, Medical" OR "Medical
Decision Making") OR ("Communication" OR "Personal Communication" OR
"Communication, Personal" OR "Misinformation" OR "Communication Programs" OR
"Communication Program" OR "Program, Communication" OR "Programs,
Communication" OR "Communications Personnel" OR "Personnel, Communications")
OR ("Health Communication" OR "Communication, Health" OR "Communications,
Health" OR "Health Communications") OR ("Persuasive Communication" OR
"Communication, Persuasive" OR "Persuasion") OR ("Communication Barriers" OR
"Barrier, Communication" OR "Barriers, Communication" OR "Communication Barrier"
OR "Language Barriers" OR "Barrier, Language" OR "Barriers, Language" OR
"Language Barrier") OR ("Negotiating" OR "Negotiation" OR "Negotiations" OR
"Conflict Resolution" OR "Conflict Resolutions" OR "Resolution, Conflict") OR ("Physician-Patient Relations" OR "Physician-Patient Relation" OR "Relation, Physician-Patient" OR "Relations, Physician-Patient" OR "Physician Patient Relationship" OR "Physician Patient Relationships" OR "Relationship, Physician Patient" OR "Relationships, Physician Patient" OR "Physician Patient Relations" OR "Physician Patient Relation" OR "Relation, Physician Patient" OR "Relations, Physician Patient" OR

“Doctor Patient Relations” OR “Doctor Patient Relation” OR “Relation, Doctor Patient”
OR “Relations, Doctor Patient” OR “Doctor-Patient Relations” OR “Doctor-Patient
Relation” OR “Relation, Doctor-Patient” OR “Relations, Doctor-Patient”))
AND (“Anti-bacterial agents” OR “Agents, Anti-Bacterial” OR “Anti Bacterial Agents”
OR “Antibacterial Agents” OR “Agents, Antibacterial” OR “Anti-Bacterial Compounds”
OR “Anti Bacterial Compounds” OR “Compounds, Anti-Bacterial” OR “Bacteriocidal
Agents” OR “Agents, Bacteriocidal” OR “Bacteriocides” OR “Anti-Mycobacterial
Agents” OR “Agents, Anti-Mycobacterial” OR “Anti Mycobacterial Agents” OR
“Antimycobacterial Agents” OR “Agents, Antimycobacterial” OR “Antibiotics” OR
“Antibiotic”)

Annexe 2. Grille d'évaluation de la qualité : CASP



10 questions to help you make sense of qualitative research

How to use this appraisal tool

Three broad issues need to be considered when appraising a qualitative study:

- Are the results of the study valid? (Section A)
- What are the results? (Section B)
- Will the results help locally? (Section C)

The 10 questions on the following pages are designed to help you think about these issues systematically. The first two questions are screening questions and can be answered quickly. If the answer to both is “yes”, it is worth proceeding with the remaining questions.

There is some degree of overlap between the questions, you are asked to record a “yes”, “no” or “can’t tell” to most of the questions. A number of italicised prompts are given after each question. These are designed to remind you why the question is important. Record your reasons for your answers in the spaces provided.

These checklists were designed to be used as educational pedagogic tools, as part of a workshop setting, therefore we do not suggest a scoring system. The core CASP checklists (randomised controlled trial & systematic review) were based on JAMA 'Users' guides to the medical literature 1994 (adapted from Guyatt GH, Sackett DL, and Cook DJ), and piloted with health care practitioners.

For each new checklist a group of experts were assembled to develop and pilot the checklist and the workshop format with which it would be used. Over the years overall adjustments have been made to the format, but a recent survey of checklist users reiterated that the basic format continues to be useful and appropriate.

Referencing: we recommend using the Harvard style citation, i.e.:

Critical Appraisal Skills Programme (2017). CASP (insert name of checklist i.e. Qualitative Research) Checklist. [online] Available at: *URL*. Accessed: *Date Accessed*.

©CASP this work is licensed under the Creative Commons Attribution – Non Commercial-Share A like. To view a copy of this license, visit <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/www.casp-uk.net>

Screening Questions

1. Was there a clear statement of the aims of the research?

Yes Can't tell No

HINT: Consider

- What was the goal of the research?
- Why it was thought important?
- Its relevance

2. Is a qualitative methodology appropriate?

Yes Can't tell No

HINT: Consider

- If the research seeks to interpret or illuminate the actions and/or subjective experiences of research participants
- Is qualitative research the right methodology for addressing the research goal?

Is it worth continuing?



Detailed questions

3. Was the research design appropriate to address the aims of the research?

Yes Can't tell No

HINT: Consider

- If the researcher has justified the research design (E.g. have they discussed how they decided which method to use)?

4. Was the recruitment strategy appropriate to the aims of the research?

Yes Can't tell No

HINT: Consider

- If the researcher has explained how the participants were selected
- If they explained why the participants they selected were the most appropriate to provide access to the type of knowledge sought by the study
- If there are any discussions around recruitment (e.g. why some people chose not to take part)

5. Was the data collected in a way that addressed the research issue?

Yes Can't tell No

HINT: Consider

- If the setting for data collection was justified
- If it is clear how data were collected (e.g. focus group, semi-structured interview etc.)
- If the researcher has justified the methods chosen
- If the researcher has made the methods explicit (e.g. for interview method, is there an indication of how interviews were conducted, or did they use a topic guide)?
- If methods were modified during the study. If so, has the researcher explained how and why?
- If the form of data is clear (e.g. tape recordings, video material, notes etc)
- If the researcher has discussed saturation of data

6. Has the relationship between researcher and participants been adequately considered?

Yes Can't tell No

HINT: Consider

- If the researcher critically examined their own role, potential bias and influence during
 - (a) Formulation of the research questions
 - (b) Data collection, including sample recruitment and choice of location
- How the researcher responded to events during the study and whether they considered the implications of any changes in the research design

7. Have ethical issues been taken into consideration?

Yes Can't tell No

HINT: Consider

- If there are sufficient details of how the research was explained to participants for the reader to assess whether ethical standards were maintained
- If the researcher has discussed issues raised by the study (e.g. issues around informed consent or confidentiality or how they have handled the effects of the study on the participants during and after the study)
- If approval has been sought from the ethics committee

9. Is there a clear statement of findings?

Yes Can't tell No

HINT: Consider

- If the findings are explicit
- If there is adequate discussion of the evidence both for and against the researchers arguments
- If the researcher has discussed the credibility of their findings (e.g. triangulation, respondent validation, more than one analyst)
- If the findings are discussed in relation to the original research question

8. Was the data analysis sufficiently rigorous?

Yes Can't tell No

HINT: Consider

- If there is an in-depth description of the analysis process
- If thematic analysis is used. If so, is it clear how the categories/themes were derived from the data?
- Whether the researcher explains how the data presented were selected from the original sample to demonstrate the analysis process
- If sufficient data are presented to support the findings
- To what extent contradictory data are taken into account
- Whether the researcher critically examined their own role, potential bias and influence during analysis and selection of data for presentation

10. How valuable is the research?

HINT: Consider

- If the researcher discusses the contribution the study makes to existing knowledge or understanding e.g. do they consider the findings in relation to current practice or policy?, or relevant research-based literature?
- If they identify new areas where research is necessary
- If the researchers have discussed whether or how the findings can be transferred to other populations or considered other ways the research may be used

Annexe 3. Caractéristiques des études

Article, date	Pays	Participants	Méthode de recueil	Objectif	Méthode d'analyse
Allaire et al. (2012)	Canada	23 MGs dont 11 ayant participé à DECISION+, 10 ayant moins de 15 ans de pratique.	Méthodes mixtes qualitatives et quantitatives. Focus groupes avec entretiens semi-dirigés, questionnaires auto-administrés.	Identifier les facteurs motivant les MGs à participer à DECISION+, un programme de formation continue sur la décision partagée.	Analyse thématique
Anthierens et al. (2015)	Belgique, Angleterre, Pays-Bas, Pays de Galles, Pologne, Espagne	66 MGs (dont 45 ayant suivi la formation en communication). Médecins belges avec moins d'années d'expérience.	Entretiens individuels semi-dirigés.	Explorer les expériences des MGs concernant la formation en compétences de communication et/ou de l'utilisation de la micro-CRP pour diminuer les prescriptions d'antibiotiques dans les infections respiratoires.	Analyse thématique
Anthierens et al. (2012)	Angleterre, Belgique, Pays-Bas, Pays de Galles, Espagne, Pologne.	30 MGs Médecins belges avec plus longue expérience clinique, médecins anglais plus jeunes.	Entretiens individuels selon l'approche "pensée à voix haute", puis questions semi-dirigées.	Explorer le vécu des MGs d'une intervention basée sur internet visant à diminuer la prescription d'antibiotiques pour une toux aigüe pour évaluer l'acceptabilité de l'intervention et augmenter l'applicabilité de la formation dans plusieurs pays européens.	Analyse thématique
Bekkers et al. (2010)	Pays de Galles (Royaume-Uni)	31 MGs 51.61% avec taux de prescription élevé. 32.26% moins de 10 ans d'expérience.	Entretiens semi-dirigés téléphoniques.	Explorer le vécu des participants au programme STAR visant à améliorer la qualité de la prescription des antibiotiques par les MGs et incluant 7 parties dont une formation à des outils de communication.	Analyse thématique

Cals et al. (2009)	Pays-Bas, Pays de Galles	20 MGs au total, 10 MGs ayant suivi l'intervention.	Entretiens individuels semi-dirigés.	Explorer le vécu et les attitudes vis-à-vis d'une intervention centrée sur l'état du patient (formation à des compétences spécifiques de communication) et d'une intervention centrée sur la maladie (utilisation de la micro-CRP) pour optimiser la prise en charge des infections respiratoires basses par les MGs.	Analyse thématique
Cals et al. (2013)	Pays-Bas, Pays de Galles	17 MGs Moyenne d'âge 48.8 ans	Entretiens semi-dirigés.	Explorer l'expérience et le vécu des MGs d'un programme de formation à la communication pour la prise en charge des infections respiratoires basses.	Analyse thématique
Francis et al. (2013)	Pays de Galles	13 au total 5 MGs avec taux de prescription élevé.	Entretiens semi-dirigés téléphoniques.	Evaluer l'acceptabilité pour les MGs et les parents d'une intervention centrée sur un livret interactif sur les infections respiratoires incluant une formation des praticiens à la communication.	Analyse thématique

Annexe 4. Traduction des verbatims

Verbatim original	Traduction proposée
<i>"It has to be motivating!" (FMG4 Allaire)</i>	<i>"Cela doit être motivant!"</i>
<i>"...its videos and reflective exercises, which facilitated group discussion" (Allaire)</i>	<i>"...ses vidéos et exercices de réflexion, qui ont facilité la discussion en groupe"</i>
<i>"The simulation patient before and after the training is a strong aspect, this provides a unique learning opportunity." (GP2 Cals 2013)</i>	<i>"La présence d'un patient simulé avant et après la formation est un aspect fort de l'intervention, elle offre une opportunité unique d'apprentissage."</i>
<i>"promotion of independent learning and flexibility in accessing the program" (Bekkers)</i>	<i>"promotion d'un apprentissage indépendant et flexibilité dans l'accès au programme"</i>
<i>"I think after a while GPs forget about antibiotic resistance and how dangerous it is to the patient." (British GP2 Anthierens 2012)</i>	<i>"Je pense qu'au bout d'un moment, les MGs oublient l'antibiorésistance et le danger qu'elle représente pour le patient."</i>
<i>"Being trained by family physicians is best. Usually Continuing Professional Development programs are taught by specialists who don't do the same work as we do." (FMG 3 Allaire)</i>	<i>"Etre formé par des médecins généralistes est mieux. Habituellement, les programmes de développement professionnel continu sont enseignés par des spécialistes qui ne font pas le même travail que nous."</i>
<i>"Most Polish patients expect the doctor to make a decision. They don't expect to make a decision themselves or to be educated during the consultation." (Polish GP1 Anthierens 2012)</i>	<i>"La plupart des patients polonais attendent du médecin qu'il prenne la décision. Ils ne s'attendent pas à prendre la décision eux-mêmes ni à être éduqués pendant la consultation."</i>
<i>"Clinicians (...) felt it involved skills that they already possessed." (Anthierens 2015)</i>	<i>"Les praticiens (...) ont estimé que cela impliquait des compétences qu'ils possédaient déjà."</i>
<i>"Many GPs liked the idea of being provided with additional equipment in the form of the CRP test and the patient booklet and felt that receiving these would help them to decrease their inappropriate prescribing." (Anthierens 2012)</i>	<i>"De nombreux MGs ont aimé l'idée d'être pourvus d'un équipement supplémentaire sous la forme d'un test de CRP et d'un livret destiné au patient, et ont eu l'impression que les recevoir les aiderait à diminuer leurs prescriptions inappropriées."</i>

"I found CRP less useful than communication skills training." (GP2 Cals 2009)

"More important even than drugs, so I find this communication skill training crucial and CRP is a useful addition." (GP 18 Cals 2009)

"I have been surprised at how little resistance I've had when I say I won't give something and they say that's good." (GP271 Bekkers)

"[GPs] recognized that they had some form of prejudice about patients' expectations and they felt this decreased by actively eliciting patients' expectations about management." (Cals 2013)

"GPs sought reassurance that the training offered by the intervention could prevent harm to their patients whilst providing alternative management strategies that still maintained patient satisfaction." (Anthierens 2012)

"They had gained new knowledge through the interventions. Many stated that they had been unaware that the usual natural history of cough was so long." (Anthierens 2015)

"(...) the need to present a united front across the practice." (Bekkers)

"It has given me a lot more confidence in refusing antibiotics." (GP 271 Bekkers)

"I'm just a little bit more prepared to listen to the patient's experience." (GP 150 Bekkers)

"Greater insight into patients' wishes and demands"(Bekkers)

"J'ai trouvé la CRP moins utile que la formation aux compétences de communication."

"Plus important encore que les médicaments, je trouve que la formation à la communication est cruciale et que la CRP est un complément utile."

"J'ai été surpris du peu de résistance que j'ai rencontré quand j'ai dit que je ne donnerai rien et ils ont dit c'est d'accord."

"[Les MGs] ont reconnu qu'ils avaient certains préjugés sur les attentes des patients et ils ont eu le sentiment que cela diminuait en recherchant activement les attentes des patients concernant la prise en charge."

"Les MGs ont cherché à être rassurés sur le fait que la formation permettrait de ne pas porter préjudice à leurs patients, tout en leur offrant des stratégies alternatives de prise en charge qui maintiendraient la satisfaction des patients."

"Ils ont acquis de nouvelles connaissances grâce aux interventions. Beaucoup ont rapporté qu'ils n'étaient pas au courant que l'évolution naturelle de la toux était si longue."

"(...) la nécessité de faire front commun concernant la pratique."

"Cela m'a donné davantage confiance en ma capacité à refuser de prescrire des antibiotiques."

"Je suis juste un peu mieux préparé à écouter le ressenti du patient."

"Une meilleure perception des souhaits et des demandes des patients"

"GPs (...) reported that they would feel they were patronizing patients if they asked them to sum up what they had learnt at the end of the consultation." (Anthierens 2012)

"They felt the booklet would be helpful in routine practice and was easy to use." (Anthierens 2015)

"They saw good communication skills as a key competence for daily practice anyway." (Cals 2009)

"The advantage is that you can apply communication skills in different settings. It is obviously not limited to respiratory infections." (GP12 Cals 2013)

"The communication skills and booklet were seen as useful when antibiotics were not needed but a patient required an explanation as to why." (Anthierens 2015)

"You are more confident (...) to justify a wait-and-see policy. Although you know for yourself this is the best way, you also have to convince the patient." (GPI Cals 2013)

"It probably does make the consultation a bit longer but not drastically (...) I feel reasonably confident that we will recoup that extra time in the future by people hopefully not re-presenting for antibiotics quite as often." (GP216 Bekkers).

"[GPs] felt more able to achieve a shared evidence based antibiotic prescribing decision." (Cals 2013)

"I think it's great that the patient takes part in his own health process." (FMG 2 Allaire)

"Clinicians felt that they could give a positive message to their patients by explaining what they could do to relieve their symptoms, and as such, help to empower patients." (Anthierens 2015)

"Les MGs (...) ont rapporté qu'ils auraient l'impression d'être condescendant envers leurs patients s'ils leur demandaient de résumer ce qu'ils avaient appris à la fin de la consultation."

"Ils ont trouvé que le livret apporterait une aide à leur pratique quotidienne et était facile à utiliser."

"Ils ont trouvé qu'une bonne communication était une compétence clé pour la pratique quotidienne."

"L'avantage est que l'on peut appliquer les compétences de communication dans différents contextes. Ce n'est évidemment pas limité aux infections respiratoires."

"Les compétences en communication et le livret étaient perçus comme utiles quand les antibiotiques n'étaient pas nécessaires mais que le patient avait besoin d'une explication."

"On est plus confiant pour justifier une politique attentiste. Bien que l'on sache que c'est la meilleure option, il faut aussi convaincre le patient."

"Cela rend probablement la consultation un peu plus longue mais pas de façon majeure (...) je suis relativement confiant sur le fait que l'on récupèrera ce temps investi dans le futur, en espérant que les patients ne se présenteront pas aussi souvent pour des antibiotiques."

"[Les MGs] se sentaient plus aptes à réaliser une décision partagée de prescription d'antibiotiques basée sur les preuves."

"Je pense que c'est bien que le patient prenne part à sa propre prise en charge."

"Les praticiens ont pensé qu'ils pourraient donner un message positif à leurs patients en leur expliquant ce qu'ils pouvaient faire pour soulager leurs symptômes, et ainsi donner du pouvoir aux patients."

Annexe 5. Grille *ENTREQ*

No	Item	Guide and description
1	Aim	State the research question the synthesis addresses.
2	Synthesis methodology	Identify the synthesis methodology or theoretical framework which underpins the synthesis, and describe the rationale for choice of methodology (e.g. <i>meta-ethnography, thematic synthesis, critical interpretive synthesis, grounded theory synthesis, realist synthesis, meta-aggregation, meta-study, framework synthesis</i>).
3	Approach to searching	Indicate whether the search was pre-planned (<i>comprehensive search strategies to seek all available studies</i>) or iterative (<i>to seek all available concepts until they theoretical saturation is achieved</i>).
4	Inclusion criteria	Specify the inclusion/exclusion criteria (e.g. <i>in terms of population, language, year limits, type of publication, study type</i>).
5	Data sources	Describe the information sources used (e.g. <i>electronic databases (MEDLINE, EMBASE, CINAHL, psycINFO, Econlit), grey literature databases (digital thesis, policy reports), relevant organisational websites, experts, information specialists, generic web searches (Google Scholar) hand searching, reference lists</i>) and when the searches conducted; provide the rationale for using the data sources.
6	Electronic Search strategy	Describe the literature search (e.g. <i>provide electronic search strategies with population terms, clinical or health topic terms, experiential or social phenomena related terms, filters for qualitative research, and search limits</i>).
7	Study screening methods	Describe the process of study screening and sifting (e.g. <i>title, abstract and full text review, number of independent reviewers who screened studies</i>).
8	Study characteristics	Present the characteristics of the included studies (e.g. <i>year of publication, country, population, number of participants, data collection, methodology, analysis, research questions</i>).
9	Study selection results	Identify the number of studies screened and provide reasons for study exclusion (e.g. <i>for comprehensive searching, provide numbers of studies screened and reasons for exclusion indicated in a figure/flowchart; for iterative searching describe reasons for study exclusion and inclusion based on modifications to the research question and/or contribution to theory development</i>).
10	Rationale for appraisal	Describe the rationale and approach used to appraise the included studies or selected findings (e.g. <i>assessment of conduct (validity and robustness), assessment of reporting (transparency), assessment of content and utility of the findings</i>).
11	Appraisal items	State the tools, frameworks and criteria used to appraise the studies or selected findings (e.g. <i>Existing tools: CASP, QARI, COREQ, Mays and Pope [25]; reviewer developed tools; describe the domains assessed: research team, study design, data analysis and interpretations, reporting</i>).
12	Appraisal process	Indicate whether the appraisal was conducted independently by more than one reviewer and if consensus was required.
13	Appraisal results	Present results of the quality assessment and indicate which articles, if any, were weighted/excluded based on the assessment and give the rationale.
14	Data extraction	Indicate which sections of the primary studies were analysed and how were the data extracted from the primary studies? (e.g. <i>all text under the headings "results /conclusions" were extracted electronically and entered into a computer software</i>).
15	Software	State the computer software used, if any.
16	Number of reviewers	Identify who was involved in coding and analysis.
17	Coding	Describe the process for coding of data (e.g. <i>line by line coding to search for concepts</i>).
18	Study comparison	Describe how were comparisons made within and across studies (e.g. <i>subsequent studies were coded into pre-existing concepts, and new concepts were created when deemed necessary</i>).
19	Derivation of themes	Explain whether the process of deriving the themes or constructs was inductive or deductive.
20	Quotations	Provide quotations from the primary studies to illustrate themes/constructs, and identify whether the quotations were participant quotations of the author's interpretation.
21	Synthesis output	Present rich, compelling and useful results that go beyond a summary of the primary studies (e.g. <i>new interpretation, models of evidence, conceptual models, analytical framework, development of a new theory or construct</i>).

General practitioners' views of communication skills taught to reduce inappropriate antibiotic prescribing.

Background In France, antibiotics over-consumption and increasing bacterial resistance require the rationalization of prescriptions. Interventions to facilitate shared decision-making significantly decrease antibiotic prescriptions for respiratory tract infections in primary care. The main objective of this study was to explore general practitioners (GPs)' views of communication skills taught to reduce inappropriate antibiotic prescriptions.

Methods A metasynthesis, a systematic method of synthesizing findings from qualitative studies, was carried out using the following databases: Medline, Cochrane, *PsycInfo*, *Banque de Données en Santé Publique* and Web of Science.

Results and discussion Of 2646 articles first identified, seven were included. Four themes were individualized: (1) the training had to be attractive and easy to be incorporated in daily practice; (2) GPs expressed a positive experience of the training, and described it as useful and pleasing; (3) communication skills were integrated to their everyday practice; (4) the training they received facilitated shared decision-making. Time management and diagnostic uncertainty were important concerns for practitioners. The initial GPs' reluctance to improve their communication suggested difficulties in identifying their training needs.

Conclusion Communication skills were useful in all fields of GPs' practice and promoted a patient-centered approach. GPs' views of these trainings could lead to the development of courses focused on communication between GPs and patients.

Keywords: General practitioner – Communication – Shared decision-making – Physician-patient relation – Antibiotics – Inappropriate prescribing

Auteurs : Florence BOUDET et Chloé CHAILLOUS

Vécu par les médecins généralistes des techniques de communication enseignées pour limiter les prescriptions inappropriées d'antibiotiques.

Directeurs de thèse : Dr Emile ESCOURROU et Dr Marc LORRAIN

Toulouse, le 12 décembre 2017

2017 TOU3 1175 – 2017 TOU3 1176

Introduction En France, la surconsommation d'antibiotiques et l'émergence de résistances bactériennes imposent de rationaliser les prescriptions. Les interventions visant à faciliter la décision médicale partagée réduisent significativement la prescription d'antibiotiques pour les infections respiratoires en soins premiers. L'objectif principal de cette étude était d'explorer le vécu par les médecins généralistes des techniques de communication enseignées pour limiter les prescriptions inappropriées d'antibiotiques.

Méthode Une *metasynthesis*, revue systématique de la littérature d'études qualitatives, a été réalisée à partir des bases de données suivantes : *Medline*, *Cochrane*, *PsycInfo*, Banque de Données en Santé Publique et *Web of Science*.

Résultats et discussion Parmi les 2646 articles identifiés, sept ont été inclus. Quatre thèmes clés ont émergé : (1) la formation devait être attractive et adaptée à la pratique ; (2) les médecins généralistes ont exprimé un vécu positif de la formation, qualifiée d'utile et satisfaisante ; (3) les compétences de communication ont été intégrées à la pratique quotidienne ; (4) les techniques enseignées ont permis de faciliter la décision médicale partagée. La gestion du temps et de l'incertitude diagnostique étaient des préoccupations importantes des praticiens. Les réticences initiales des médecins généralistes à améliorer leur communication ont suggéré une difficulté à identifier leurs besoins de formation.

Conclusion Les compétences de communication acquises ont été utiles dans tous les domaines d'activité des médecins généralistes et ont favorisé une approche centrée sur le patient. La prise en compte du vécu des praticiens de ces formations pourrait aboutir au développement d'enseignements dédiés à la communication médecin-patient.

MOTS-CLÉS : Médecin généraliste – Communication – Décision médicale partagée – Relation médecin patient – Antibiotiques – Prescription inappropriée

Discipline administrative : Médecine Générale.

Faculté de Médecine Rangueil – 133 Route de Narbonne – 31062 Toulouse Cedex 04 – France