

**Mémoire, y compris stage professionnalisant[BR]- Séminaires
méthodologiques intégratifs[BR]- Mémoire : " Utilité des informations produites
par le système belge de surveillance de l'antibiorésistance et de l'usage des
antibiotiques, au regard du besoin d'information perçu par les professionnels
de la santé humaine et animale - une analyse qualitative "**

Auteur : Devel, Françoise

Promoteur(s) : Antoine-Moussiaux, Nicolas

Faculté : Faculté de Médecine

Diplôme : Master en sciences de la santé publique, à finalité spécialisée en promotion de la santé

Année académique : 2021-2022

URI/URL : <http://hdl.handle.net/2268.2/15142>

Avertissement à l'attention des usagers :

Tous les documents placés en accès ouvert sur le site le site MatheO sont protégés par le droit d'auteur. Conformément aux principes énoncés par la "Budapest Open Access Initiative"(BOAI, 2002), l'utilisateur du site peut lire, télécharger, copier, transmettre, imprimer, chercher ou faire un lien vers le texte intégral de ces documents, les disséquer pour les indexer, s'en servir de données pour un logiciel, ou s'en servir à toute autre fin légale (ou prévue par la réglementation relative au droit d'auteur). Toute utilisation du document à des fins commerciales est strictement interdite.

Par ailleurs, l'utilisateur s'engage à respecter les droits moraux de l'auteur, principalement le droit à l'intégrité de l'oeuvre et le droit de paternité et ce dans toute utilisation que l'utilisateur entreprend. Ainsi, à titre d'exemple, lorsqu'il reproduira un document par extrait ou dans son intégralité, l'utilisateur citera de manière complète les sources telles que mentionnées ci-dessus. Toute utilisation non explicitement autorisée ci-avant (telle que par exemple, la modification du document ou son résumé) nécessite l'autorisation préalable et expresse des auteurs ou de leurs ayants droit.

**UTILITÉ DES INFORMATIONS PRODUITES PAR LE SYSTÈME
BELGE DE SURVEILLANCE DE L'ANTIBIORÉSISTANCE ET DE
L'USAGE DES ANTIBIOTIQUES, AU REGARD DU BESOIN
D'INFORMATION PERÇU PAR LES PROFESSIONNELS DE LA
SANTÉ HUMAINE ET ANIMALE – UNE ANALYSE QUALITATIVE**

Mémoire présenté par **Françoise DEVEL**
en vue de l'obtention du grade de
Master en Sciences de la Santé publique
Finalité spécialisée en Promotion de la Santé
Année académique 2021 -2022

**UTILITÉ DES INFORMATIONS PRODUITES PAR LE SYSTÈME
BELGE DE SURVEILLANCE DE L'ANTIBIORÉSISTANCE ET DE
L'USAGE DES ANTIBIOTIQUES, AU REGARD DU BESOIN
D'INFORMATION PERÇU PAR LES PROFESSIONNELS DE LA
SANTÉ HUMAINE ET ANIMALE – UNE ANALYSE QUALITATIVE**

Mémoire présenté par **Françoise DEVEL**

en vue de l'obtention du grade de

Master en Sciences de la Santé publique

Finalité spécialisée en Promotion de la Santé

Promoteur: **PhD Nicolas ANTOINE-MOUSSIAUX**

Année académique 2021 -2022

Je tiens à remercier toutes les personnes qui ont contribué, de quelque manière que ce soit, à la réalisation de ce mémoire.

Merci à mon promoteur Monsieur ANTOINE-MOUSSIAUX pour son soutien et ses conseils avisés.

Merci aux professionnels qui ont accepté de me consacrer un peu de leur temps précieux ; sans eux, ce travail n'aurait jamais pu aboutir.

Merci à mes compagnons de route du master pour nos échanges enrichissants et leur soutien dans les moments difficiles.

Enfin, merci infiniment à mes proches pour leur patience et leurs encouragements pendant ces années d'études.

TABLE DE MATIERES

| | |
|--|----|
| Préambule | 1 |
| Introduction..... | 1 |
| Définitions | 1 |
| Coût de l'AR..... | 3 |
| L'usage intensif et inapproprié des AB comme principal moteur de l'AR | 3 |
| Approche « One Health » | 4 |
| Lutte contre l'AMR | 5 |
| La surveillance de l'AR..... | 5 |
| Utilisateurs et nature de l'information produite par la surveillance en Belgique | 7 |
| Mesure de lutte mises en place pour lutter contre l'AR..... | 8 |
| Évaluation du système de surveillance de l'AMR | 9 |
| Question de recherche et objectifs..... | 11 |
| Question de recherche..... | 11 |
| Objectifs | 11 |
| Matériel et méthodes | 12 |
| Type d'étude..... | 12 |
| Population étudiée | 12 |
| Méthode d'échantillonnage | 13 |
| Paramètres étudiés | 13 |
| Outils de collecte des données | 13 |
| Planification et organisation de la collecte des données..... | 14 |
| Traitement des données et méthodes d'analyse..... | 16 |
| Critères de qualité et de rigueur scientifique | 16 |
| Promoteur de l'étude et origine des financements de l'étude | 17 |
| Aspects réglementaires..... | 17 |

| | |
|---|----|
| Comité d'éthique..... | 17 |
| Vie privée et protection des données..... | 17 |
| Information et consentement..... | 18 |
| Assurance..... | 18 |
| Exploitation des résultats..... | 18 |
| Résultats..... | 19 |
| Caractéristiques de l'échantillon..... | 19 |
| Analyse thématique..... | 19 |
| Perception de l'antibiorésistance..... | 20 |
| ▪ Prescription et usage des AB..... | 20 |
| ▪ Importance de la problématique..... | 22 |
| ▪ Responsabilité..... | 23 |
| ▪ Informateur..... | 24 |
| Besoins d'information..... | 25 |
| Pratique de recherche et de consultation de l'information..... | 25 |
| Autres besoins exprimés..... | 28 |
| Discussion et perspectives..... | 29 |
| Discussion..... | 29 |
| Biais, faiblesses et force de l'étude..... | 30 |
| Perspectives..... | 32 |
| Conclusion..... | 32 |
| Références bibliographiques..... | 34 |
| Annexes..... | 40 |
| 1. Formulaire de demande d'avis au Comité d'Ethique à l'attention du Collège restreint des Enseignants..... | 40 |
| 2. Réponse du Comité d'Ethique Hospitalo-Facultaire de Liège..... | 45 |

| | | |
|----|--|----|
| 3. | Guide d'entretien | 46 |
| 4. | Principaux participants au système de surveillance de l'AMR et l'AMU en Belgique | 49 |
| 5. | Flux de données collectées concernant l'AR et l'usage des AB | 51 |

Résumé

Introduction : Selon l'Organisation Mondiale de la Santé, « la résistance aux antibiotiques est aujourd'hui l'une des plus grandes menaces pour la santé mondiale, la sécurité alimentaire et le développement » (2). Face à ce constat, la Belgique a mis en place un plan de surveillance de l'antibiorésistance et de l'usage des antibiotiques. Comme tout système de surveillance, celui-ci doit être évalué. Dans une étape intermédiaire d'évaluation d'impact, l'objectif de la présente étude est d'analyser l'utilité des informations produites par le système de surveillance, au regard du besoin d'information des professionnels de la santé humaine et de la santé animale.

Méthodologie : Il s'agit d'une étude qualitative descriptive et exploratoire avec un raisonnement inductif. La méthode d'échantillonnage choisie est non probabiliste aux volontaires. La population étudiée est constituée de professionnels de la santé actifs dans la première ligne de soins et de professionnels de la santé animale, exerçant en province de Liège. Les données ont été collectées au moyen d'entretiens semi-structurés individuels réalisés sur base d'un guide d'entretien. Une analyse thématique des entretiens a été réalisée.

Résultats : 15 professionnels ont été interrogés pour cette étude, sur les thèmes de la perception du phénomène de l'antibiorésistance, la source des informations, le besoin d'information et les pratiques de consultation de l'information.

Conclusions : Les sources d'informations consultées proviennent directement du système de surveillance de l'antibiorésistance. Les professionnels rapportent majoritairement disposer de suffisamment d'information pour « faire face à la pratique de tous les jours ». Cependant, certains professionnels n'utilisent pas ce média comme source d'informations. La visibilité du dispositif devrait être améliorée.

Mots-clés : antibiorésistance, antibiotique, professionnel de la santé, système de surveillance, information

Abstract

Introduction : According to the World Health Organization, “antibiotic resistance is one of the greatest threats to global health, food security and development today” (2). Faced with this observation, Belgium has set up a monitoring plan for antibiotic resistance and the use of antibiotics. Like any surveillance system, this one must be evaluated. In an intermediate stage of impact assessment, the objective of this study is to analyze the usefulness of the information produced by the surveillance system, about the information need of human health professionals and the animal health.

Methodology : This is a descriptive and exploratory qualitative study with an inductive reasoning. The sampling method chosen is non-probability to volunteers. Data has been collected by means of individual semi-structured interviews based on an interview guide. The population studied is made up of health professionals active in the first line of care and animal health professionals, practicing in the province of Liège. A thematic analysis of the interviews was performed.

Results : 15 professionals were interviewed for this study on the themes of the perception of the phenomenon of antibiotic resistance, the source of information, the need for information and information consultation practices.

Conclusion : The sources of information consulted come directly from the antimicrobial resistance monitoring system. Most of the professionals report having enough information to “deal with everyday practice”. However, some professionals do not use this media as a source of information. The visibility of the device should be improved.

Keywords : antibiotic resistance, antibiotic, healthcare professional, veterinarian, surveillance system, information

Liste des abréviations

| | |
|------------|---|
| AB | Antibiotiques |
| AFSCA | Agence Fédérale pour la Sécurité de la Chaîne alimentaire |
| AFMPS | Agence Fédérale des Médicaments et Produits de Santé |
| AMCRA | <i>Antimicrobial Consumption and Resistance in Animals</i> , centre de connaissances concernant l'utilisation des antibiotiques et l'antibiorésistance chez les animaux |
| AMR | <i>Antimicrobial Resistance</i> , résistance aux antimicrobiens |
| AR | Antibiorésistance |
| ARSIA | Association Régionale de Santé et d'Identification Animales |
| BAPCOC | <i>Belgian Antibiotic Policy Coordination Committee</i> , commission belge de coordination de la politique antibiotique |
| CBIP | Centre Belge d'Information Pharmacothérapeutique |
| CDC | <i>Centers for Disease Control and Prevention</i> , centres américains de prévention et de contrôle des maladies |
| CoEval-AMR | Convergence dans les cadres d'évaluation pour la surveillance intégrée de la résistance aux antimicrobiens et de l'usage des antimicrobiens |
| ECDC | <i>European Centre for Disease Prevention and Control</i> , centre européen de prévention et de contrôle des maladies |
| EEE | Espace Économique Européen |
| EU | <i>European Union</i> , Union Européenne |
| KCE | Centre fédéral d'expertise des soins de santé |
| OCDE | Organisation de Coopération et de Développement Économiques |
| OMS | Organisation Mondiale de la Santé |

Liste des figures

| | |
|--|----|
| Figure 1 - AMR dans une perspective « One World One Health » (22). | 5 |
| Figure 2 - Axes stratégiques du plan national « One Health » de lutte contre l'AMR (22)..... | 6 |
| Figure 3 - Les étapes du processus de surveillance (30) | 7 |
| Figure 4 - Diagramme de Gantt: planification de la collecte des données | 14 |
| Figure 5 - Organigramme de l'organisation de la collecte des données..... | 15 |

Préambule

C'est mon intérêt pour l'alimentation et son impact sur la santé qui m'a motivée à devenir diététicienne. Dans le cadre de cette formation, j'ai très vite pris conscience de l'importance de l'information et de l'éducation du consommateur au « bien manger ». Parallèlement, mon diplôme m'a permis d'entrer à l'Agence Fédérale pour la Sécurité de la Chaîne Alimentaire, organisme de contrôle actif sur l'ensemble de la chaîne alimentaire, « de la fourche à la fourchette » pour une alimentation *secure* tant pour les hommes que pour les animaux.

J'ai décidé d'entamer le master en Santé publique en finalité Promotion de la Santé pour élargir mes compétences dans le domaine de la prévention et la promotion de la santé au sens large, au-delà de l'alimentation.

La proposition de sujet de mémoire portant sur l'utilité des informations produites par la surveillance de l'antibiorésistance en Belgique a tout de suite retenu mon attention. D'une part, parce que l'éducation et la promotion de la santé passent par l'information et qu'il faut donc s'y intéresser. D'autre part, parce que dans mon travail quotidien, je suis sensibilisée à cette problématique de Santé publique importante qui touche à l'alimentation mais qui va bien au-delà, justifiant une approche « One Health ».

Introduction

Définitions

Les antibiotiques (AB) sont des molécules naturelles ou de synthèse utilisées comme médicaments pour tuer ou empêcher le développement de bactéries responsables d'infections, essentiellement chez l'homme, les animaux. Ils font partie des médicaments antimicrobiens. A côté des AB, font également partie de cette catégorie, les antiviraux, les antifongiques et les antiparasitaires, mais les AB constituent la classe d'antimicrobiens la plus couramment et largement utilisée (1), (2).

La résistance aux antimicrobiens (AMR) est la capacité d'un micro-organisme à inhiber, par divers mécanismes, l'action de l'antimicrobien auquel il est normalement sensible, rendant celui-ci inefficace. Les infections deviennent alors plus difficiles voire impossibles à traiter

(1). Lorsque l'antimicrobien est un AB, il s'agit d'antibiorésistance (AR) mais le terme AMR est souvent utilisé dans la littérature pour désigner l'AR du fait de la prépondérance de la famille des AB par rapport aux autres antimicrobiens. Le présent travail se limite à l'AR.

L'AR est un mécanisme naturel et évolutif résultant de la pression de sélection exercée par les AB. Les bactéries s'adaptent aux modifications de leur environnement en développant des mutations. Ce mécanisme d'adaptation entraîne une sélection des populations résistantes, les bactéries sensibles étant éliminées (3), (4).

Il existe deux types de résistance :

- la résistance naturelle, innée ou intrinsèque qui est propre à la bactérie et qui se transmet aux générations suivantes (transmission verticale). Cette résistance est prévisible pour une bactérie et un AB donnés et permet la détermination du spectre d'activité des AB ;
- la résistance acquise, résultant de mutations génétiques ou de l'acquisition de matériel génétique étranger portant un ou plusieurs gènes de résistance (plasmide, transposon) issus d'une autre bactérie. Cette transmission horizontale permet une large diffusion de l'AR (5), (6).

L'AR touchent aussi bien les bactéries pathogènes que les bactéries commensales, tant chez l'homme que chez les animaux (7).

Le phénomène de l'AR n'est pas nouveau. La découverte de la pénicilline par Alexander Fleming en 1928 et l'avènement des AB dans les années 40 constituent une avancée thérapeutique majeure qui a permis la guérison de maladies infectieuses jusque-là mortelles et ainsi la diminution de la mortalité et l'augmentation de l'espérance de vie. En permettant le contrôle des infections, les AB ont aussi contribué à des avancées médicales considérables dans des domaines tels que de la chirurgie, la chimiothérapie ou la transplantation d'organes (1), (7). Malheureusement, les premières résistances bactériennes furent mises en évidence de façon quasi concomitante à l'utilisation des AB. Jusque dans les années 80, le développement de nouvelles molécules a permis de contenir le phénomène, laissant les scientifiques croire qu'ils auraient toujours une longueur d'avance sur les résistances. Force est de constater qu'il n'en est rien : le développement de nouveaux AB stagne et il est raisonnable de penser que les potentielles nouvelles molécules seront également concernées à court terme par le phénomène de résistance (8).

Coût de l'AR

Pour l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), « la résistance aux antibiotiques est aujourd'hui l'une des plus grandes menaces pour la santé mondiale, la sécurité alimentaire et le développement » (2). Le phénomène de résistance induit un retard dans la mise en œuvre du traitement, entraînant un allongement du délai de guérison avec un risque accru de complications et de décès, ainsi qu'un coût financier plus important pour le malade et la société. Par voie de conséquence, la baisse d'efficacité des AB pourrait également impacter la qualité de vie. En 2014, le premier rapport de l'OMS sur la surveillance de l'AR montrait des niveaux élevés de résistance partout dans le monde (9) et l'AR était déjà responsable de 700 000 décès (3). Sans mesures, à l'échelle mondiale, le nombre de décès pourrait atteindre les 10 millions en 2050, l'AR faisant plus de morts que le cancer (10). L'Organisation de Coopération et de Développement Économiques (OCDE) estime qu'entre 2015 et 2050, chaque année en Europe (UE et EEE), en moyenne 33 000 personnes dont environ 533 en Belgique, mourront d'une infection due à des bactéries résistantes aux AB. Par ailleurs, dans notre pays, l'AR devrait entraîner en moyenne chaque année 76 586 journées d'hospitalisation supplémentaires et la perte de 13 149 d'années de vie ajustées sur l'incapacité (DALY) d'ici à 2050. En ce qui concerne l'impact économique, le coût annuel de l'AR en Belgique, toujours selon l'OCDE, est de 24 millions d'euros (7), (11). L'AR ne se limite pas à la santé humaine. En santé animale, indépendamment du risque de zoonoses, l'AR a également un impact sur le rendement des animaux producteurs de denrées alimentaires avec plus de 20 % des pertes mondiales de production animale liées aux maladies (12). Pour la Banque Mondiale et l'OMS, l'AR constitue un frein aux objectifs de développement durable pour 2030 (13), (14).

L'usage intensif et inapproprié des AB comme principal moteur de l'AR

Si la preuve de la relation entre l'usage des AB et la résistance est établie (15), sa propagation rapide ces dernières décennies quant à elle, est principalement due à l'usage intensif et inapproprié des AB. En effet, depuis leur découverte, les AB ont été utilisés de manière intensive et inappropriée tant en médecine humaine qu'en médecine vétérinaire. A ce jour, malgré une baisse considérable depuis 2011, la Belgique reste au-dessus de la moyenne européenne pour l'utilisation d'AB à usage systémique dans le secteur ambulatoire et juste en-dessous de la moyenne européenne dans le secteur hospitalier (16).

En santé animale, les AB sont administrés soit sous forme de produits pharmaceutiques, soit sous forme d'aliments médicamenteux ou prémélange (médicament incorporé à l'aliment). Ils sont utilisés en usage curatif pour lutter contre les infections mais aussi en usage préventif (prophylaxie¹ et métaphylaxie²). Il a été montré que ces pratiques de sous-dosage et de traitement de masse sur le long terme favorisaient l'AR (17), (18). Le dernier rapport de la surveillance européenne de la consommation d'antimicrobiens à usage vétérinaire montre qu'en Belgique, malgré une baisse constante de la consommation durant la dernière décennie, la vente d'AB à usage vétérinaire est également plus élevée que la moyenne européenne (19).

Les données les plus récentes datant de 2017 montrent qu'en Belgique la consommation totale d'AB en santé animale est inférieure à la consommation en santé humaine, et ce pour la première fois depuis le début de l'analyse des données en 2011 (20).

Approche « One Health »

Soixante pourcents des pathogènes pour l'homme proviennent des animaux et 75 % des maladies émergentes sont zoonotiques (5). Les souches résistantes peuvent se transmettre entre espèces, mais aussi entre les humains et les animaux par contact direct ou via la chaîne alimentaire. L'environnement est également concerné par la propagation des bactéries résistantes, que ce soit par le rejet d'eaux usées ou l'utilisation de matières fécales animales pour la fertilisation des sols (fig.1). L'augmentation de la population mondiale, la modification de l'environnement par les activités humaines, l'augmentation du commerce mondial et du transport de passagers sont autant de facteurs qui favorisent la propagation des bactéries résistantes, aggravant ainsi le phénomène de l'AR.

Ce constat nécessite une approche globale de l'AR selon le concept « *One Health* ».

« *One Health* » est une approche collaborative, multisectorielle et transdisciplinaire, travaillant à tous les niveaux (local, régional, national et mondial), dans le but d'obtenir des résultats de santé optimaux, en reconnaissant l'interconnexion entre les personnes, les animaux, les plantes et leur environnement commun (21). L'approche « *One Health* » est jugée particulièrement pertinente dans la gestion de l'AR (22). En 2010, l'OMS, l'OIA et la FAO ont fait une déclaration commune d'intention de collaboration dans une approche

¹ Traitement structuré et récurrent d'un groupe d'animaux pour prévenir les maladies bactériennes

² Traitement du reste du groupe de l'animal infecté par la maladie bactérienne, lorsque ces animaux risquent à leur tour d'être infectés

« One Health ». Dans ce cadre, l'AMR a été retenue comme un domaine d'action prioritaire (23).



Figure 1 - AMR dans une perspective « One World One Health » (22).

Lutte contre l'AMR

La lutte contre l'AR, passe par l'utilisation prudente et raisonnée des AB mais aussi par les moyens de prévention et de contrôle des infections qui influencent de manière indirecte l'AR en évitant le recours aux AB. Il s'agit notamment de la vaccination, des bonnes pratiques d'hygiène et des bonnes pratiques de fabrication et de conservation des aliments. Pour l'OMS, la surveillance est un outil essentiel dans la prévention et la lutte contre les infections et l'AR. C'est « la pierre angulaire pour évaluer la propagation de la résistance aux antimicrobiens et pour informer et surveiller l'impact des stratégies locales, nationales et mondiales » (24).

La surveillance de l'AR

Dès 1998, face à l'ampleur grandissante de l'AR, la 51^{ème} Assemblée mondiale de la Santé exhorte les États Membres à mettre en place des systèmes de surveillance des germes

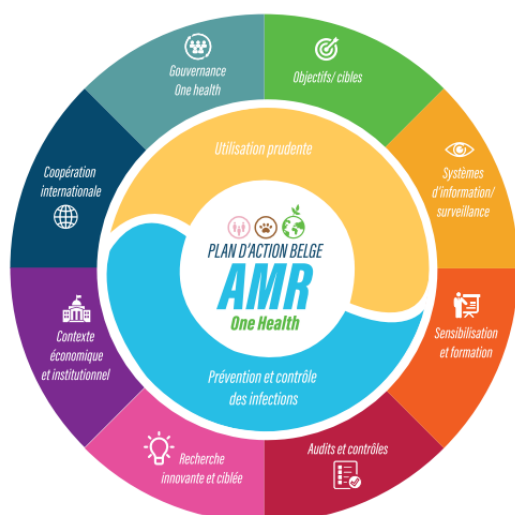
résistants et de l'usage des antimicrobiens, et à améliorer la prévention des infections (25). En 2015, l'OMS publie un plan d'action mondiale sur l'AMR dont un des objectifs est de « renforcer la base de connaissances et de preuves grâce à la surveillance et à la recherche » (26). La même année, l'OMS lance le système mondial de surveillance de l'AMR. En 2016, l'Organisation mondiale de la santé animale et l'organisation des Nations Unies pour l'alimentation et l'agriculture publient à leur tour un plan stratégique sur la résistance et l'usage des antimicrobiens. En 2017, la Commission européenne adopte un plan d'action « *One Health* » contre l'AMR qui intègre les objectifs de l'OMS dans une approche « *One Health* ».

En réponse à l'augmentation de l'usage des AB, la Belgique se dote en 1999, d'une commission de coordination de la politique en matière d'AB, la BAPCOC. Cette initiative est parmi les premières en Europe. La BAPCOC vise la promotion d'une consommation rationnelle d'AB et la lutte contre l'augmentation de l'AR (27).

En 2012, l'asbl AMCRA voit le jour à l'initiative de divers organismes publics et privés, avec pour missions la réduction de l'usage des AB dans l'élevage et la sensibilisation des éleveurs à un usage prudent des AB (28).

En 2016, la première « Convention entre l'Autorité fédérale et tous les partenaires sectoriels concernés par la réduction de l'usage d'AB dans le secteur animal » (ou convention Antibiotiques) est signée. Cette convention a pour objectif une diminution de l'usage des AB en santé animale. En 2021, dans la continuité de la première convention, une seconde est signée pour la période 2020-2024 (29).

Figure 2 - Axes stratégiques du plan national « *One Health* » de lutte contre l'AMR (22)



Depuis mai 2021, la Belgique a adopté un plan national « *One Health* » de lutte contre l'AMR. Celui-ci s'articule autour des deux axes principaux de lutte que sont l'utilisation prudente des AB et la prévention et le contrôle des infections (21). La surveillance est un des axes stratégiques du plan national de lutte.

La Belgique participe également au réseau européen de surveillance de l'AMR ainsi qu'au réseau européen de surveillance de la consommation d'antimicrobiens, tous deux coordonnés par le centre européen de prévention et de contrôle des maladies (ECDC).

Utilisateurs et nature de l'information produite par la surveillance en Belgique

L'analyse du système belge de surveillance de l'AR et de l'usage des AB met en évidence une situation complexe où les compétences sont partagées entre l'État fédéral, les Communautés et les Régions.

Le système est articulé, comme tout système de surveillance, autour de quatre axes : la collecte des données, l'analyse et l'interprétation des données, la diffusion des données et enfin l'utilisation des données (30).

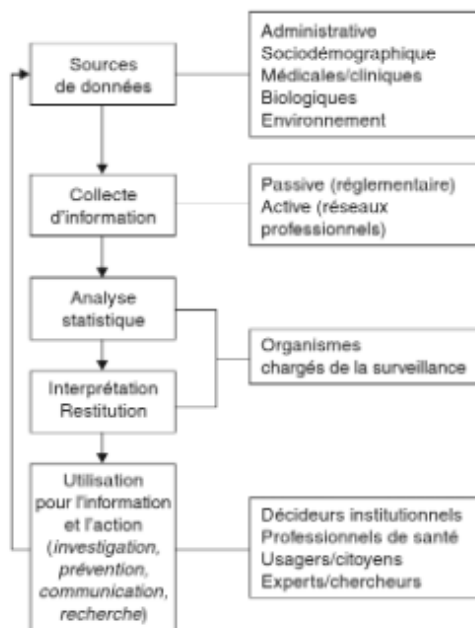


Figure 3 - Les étapes du processus de surveillance (30)

Une donnée est définie comme étant « tout ce qui peut être mesuré ou caractérisé qualitativement et exprimé d'une manière qui peut être transmise et traitée » (31). L'information est constituée d'un ensemble de données contextualisées qui a la propriété d'avoir du sens pour l'utilisateur (31).

Une description des principaux acteurs du système de surveillance de l'AR en Belgique est disponible en annexe 4.

Parmi les utilisateurs des informations produites par le système de surveillance, il faut distinguer : les décideurs, les professionnels de la santé (humaine et animale), les citoyens/usagers parmi lesquels les éleveurs, les détenteurs d'animaux de compagnie, les patients et les experts dans le domaine (31). Certains utilisateurs participent également à la production des données en qualité de prescripteurs, comme c'est le cas notamment des vétérinaires, les médecins (généralistes et spécialistes) et les dentistes.

Les données collectées concernent la délivrance et la consommation d'AB tant en médecine humaine qu'en médecine vétérinaire, et l'évolution des bactéries résistantes chez les humains (dans le secteur hospitalier et les maisons de repos principalement), les animaux de rente et les denrées alimentaires. Le flux des données récoltées est disponible en annexe 5.

Mesure de lutte mises en place pour lutter contre l'AR

L'analyse de ces données collectées permet :

- la mise en évidence de tendances qui sont transmises aux utilisateurs pour les sensibiliser et qui servent aussi à la rédaction d'avis (évolution des résistances) et de recommandations visant l'information et la formation des utilisateurs :

- en médecine humaine, l'INAMI sensibilise les médecins à une prescription raisonnée d'AB via un retour sur leurs prescriptions sous forme de *benchmarking*, c'est-à-dire en comparant les prescripteurs entre eux selon certains critères. Il s'agit d'une information ciblée.

- en médecine vétérinaire, l'AMCRA sensibilise les vétérinaires et les éleveurs également via le *benchmarking*. De plus, l'AMCRA met à disposition via son site internet des vidéos, webinaires et publi-reportages, ainsi que des brochures et posters, à destination de tous les acteurs du monde animal, y compris les propriétaires d'animaux domestiques (32).

Chaque année, une campagne d'informations sur l'AR et l'usage des AB est organisée à l'initiative du service public fédéral et de la BAPCOG (campagne AB).

- l'élaboration d'outils d'aide au diagnostic et au traitement comme le vadémécum pour un usage responsable des AB en médecine vétérinaire diffusé par l'AMCRA ou le guide belge de traitement anti-infectieux en pratique ambulatoire diffusé par la BAPCOG

- la mise au point de stratégies de lutte et de contrôle : l'usage de certains AB est conditionné à certaines indications tant en médecine humaine qu'en médecine vétérinaire. Le système de convention impose un suivi de certaines exploitations par un vétérinaire ;
- l'élaboration d'outils de prévention comme les bonnes pratiques.

La surveillance c'est la collecte, l'analyse, l'interprétation et la diffusion continues et systématiques de données concernant un événement lié à la santé, à la fois à ceux qui fournissent ces données et à ceux qui peuvent les appliquer aux programmes de contrôle et de prévention, selon les besoins (33), (34), (35). Ainsi, la finalité de la surveillance de l'AR et de l'usage des AB, c'est la production et la diffusion de données pour l'information et l'action. C'est informer les utilisateurs pour augmenter leurs connaissances et les aider à la prise de décisions en faveur de meilleures pratiques. L'objectif est d'induire un changement de comportement en faveur d'un usage prudent des AB et la prévention des infections pour, à terme, réduire l'AR.

Évaluation du système de surveillance de l'AMR

Comme tout système, le système de surveillance de l'AR doit être évalué à des fins d'amélioration continue et pour éclairer la prise de décision quant à son orientation. L'évaluation permet aussi de justifier les ressources engagées dans un contexte économique où les budgets alloués sont toujours plus limités (36).

La présente recherche s'inscrit dans le cadre du projet CoEval-AMR phase 2 qui travaille sur les méthodes d'évaluation de l'impact de la surveillance de l'AMR dans une dimension intégrative « *One Health* ». Ce projet est coordonné et financé par le *Joint Programming Initiative on Antimicrobial Resistance* (initiative de programmes conjoints sur la résistance aux antimicrobiens), un consortium international actif dans la lutte contre l'AMR (37).

Il ne s'agit pas ici d'évaluer directement l'impact de la surveillance sur la diminution de l'AR (ce type d'étude n'étant pas réalisable dans le cadre du master) mais d'une analyse intermédiaire dans la chaîne de résultats qui portent sur les effets à court terme ou résultats intermédiaires de la surveillance (36). Parmi ceux-ci, il y a l'utilisation pour les acteurs impliqués des informations produites par le système de surveillance pour la prise de décisions, les apprentissages et le changement de comportement, et quels usages ils font de ces informations.

Au regard des utilisateurs du système de surveillance de l'AR identifiés, le choix s'est porté d'une part sur les médecins généralistes et les vétérinaires. Ceci pour deux raisons : la première étant qu'ils font partie du groupe des prescripteurs d'AB (et des fournisseurs pour les vétérinaires) et qu'ils sont donc les premiers concernés par l'usage prudent des AB, la seconde étant leur position d'interlocuteurs de première ligne auprès des consommateurs et utilisateurs potentiels d'AB que sont respectivement les patients et les propriétaires d'animaux de rente et d'animaux de compagnie. À ce titre, ils ont un rôle important à jouer dans la prévention de l'AR en tant que relais de l'information sur l'usage prudent des AB et les bonnes pratiques visant à lutter contre les infections. Le dernier Eurobaromètre sur l'AR a montré que les Européens perçoivent notamment les médecins comme la source d'informations sur l'AR la plus fiable (38). Les dentistes, en tant que prescripteurs sont aussi un public d'intérêt. D'autre part, parmi les utilisateurs potentiels des informations produites par la surveillance, il est également intéressant de connaître les perceptions des infirmiers(ères) et des aides-soignants(tes) qui assurent le relais du médecin généraliste, ainsi que des pharmaciens qui occupent aussi une position privilégiée d'informateurs auprès des patients.

La prévention s'inscrit dans le cadre plus large de la promotion de la santé définie par la charte d'Ottawa comme « un processus visant à rendre l'individu et la collectivité capables d'exercer un meilleur contrôle sur les facteurs déterminants de leur santé et d'améliorer celle-ci » (39). Par ailleurs, l'information est au cœur du modèle intégré de littératie en santé de Sorensen et participe ainsi à augmenter le niveau de littératie et ainsi à la promotion de la santé (40).

Selon Yves Le Coadic, le besoin d'information « c'est l'existence dans un contexte donné d'un problème à résoudre, d'un objectif à atteindre et le constat d'un état de connaissance insuffisant ou inadéquat, donc d'un manque de connaissances qui va générer un besoin d'information » (41). Et pour Tricot, une information est pertinente quand elle permet de combler le manque de connaissance (42). C'est sous cet angle que sera envisagée l'utilité de l'information : elle sera qualifiée d'utile dès lors qu'elle comble un besoin d'information chez l'utilisateur. Ce cadrage est en adéquation avec la définition de l'utilité : « [l'] aptitude d'un bien à satisfaire un besoin ou à créer les conditions favorables à cette satisfaction » (43).

Le premier rôle de l'information, selon l'économiste Fritz Machlup, est de faciliter l'acquisition d'un langage commun afin de partager ou de transmettre savoir et connaissance, permettant ainsi la prise de décision (44).

Il convient donc d'investiguer le besoin d'information de ces utilisateurs pour pouvoir déterminer dans quelles mesures les informations produites par le système de surveillance répondent à ceux-ci, et ainsi déterminer leur utilité. Par ailleurs, les lignes directrices pour l'évaluation des systèmes de surveillance de la santé publique des CDC indiquent que pour être utile, un système de surveillance doit notamment « conduire à une amélioration des pratiques cliniques, comportementales, sociales, politiques ou environnementales » (34), ceci notamment par le biais des informations produites.

Une telle recherche ne semble pas avoir déjà été entreprise. La présente recherche constitue par ailleurs une première phase exploratoire pour le développement d'une recherche quantitative plus vaste utilisant la méthode des préférences déclarées et plus précisément la méthode des choix discrets dans le cadre d'une thèse de doctorat (45).

Question de recherche et objectifs

Question de recherche

Comment les informations produites par le système belge de surveillance de l'antibiorésistance et de l'usage des antibiotiques répondent-elles au besoin d'information perçu par les professionnels de la santé de la première ligne impliqués et les professionnels de la santé animale ?

Objectifs

Objectif principal : analyser les perceptions des professionnels de la santé humaine et animale (médecins généralistes, infirmiers, aides-soignants, dentistes, pharmaciens et vétérinaires) sur l'utilité des informations produites par le système de l'AR et de l'usage des AB.

Objectifs secondaires :

- 1) Explorer les perceptions de ces utilisateurs au sujet de l'AR et de l'usage des AB et au sujet de leur rôle par rapport à cette problématique
- 2) Explorer la perception des utilisateurs quant à leur besoin d'information dans ce contexte

- 3) Analyser la perception des utilisateurs de l'utilité des informations produites comme réponse à leurs besoins (adéquation, informations manquantes)
- 4) Explorer les pratiques de recherche, de consultation et d'usage des informations : sources consultées, supports privilégiés, moteurs et freins à la recherche d'informations

Matériel et méthodes

Type d'étude

Il s'agit d'une étude descriptive et exploratoire, de type phénoménologique. Elle a pour ambition de récolter des informations au sujet d'un phénomène peu étudié, à savoir le besoin d'information des professionnels de la santé concernant l'AR et l'usage des AB, afin d'en obtenir une représentation précise. La démarche est fondée sur un raisonnement inductif. Pour y parvenir, l'approche la plus appropriée est l'approche qualitative car elle permet d'explorer le sens de la situation vécue par les participants et de recueillir leurs perceptions et ressentis dans leur contexte (46). Cette étude est observationnelle, il n'y a pas d'intervention de la part de l'investigatrice. Il s'agit d'une étude transversale qui donne une « photographie » de la situation à un moment donné.

Population étudiée

Pour délimiter la population étudiée, les critères suivants ont été définis, en tenant compte des critères de temps et d'accessibilité de celle-ci.

Critères d'inclusion :

- ✓ Être médecin généraliste, dentiste, pharmacien (h/f), infirmier (h/f) ou aide-soignant (h/f)
- ✓ Être vétérinaire d'exploitation ou vétérinaire pour animaux de compagnie
- ✓ Donner son consentement libre et éclairé
- ✓ Maîtriser la langue française
- ✓ Exercer en province de Liège

Critères d'exclusion :

- ✓ Les professionnels de la santé qui travaillent en milieu hospitalier

- ✓ Les vétérinaires chargés de missions pour l'AFSCA
- ✓ Le refus de l'enregistrement de l'entretien

Méthode d'échantillonnage

Initialement, la méthode d'échantillonnage retenue était la méthode d'échantillonnage non probabiliste par choix raisonné en vue d'assurer la diversité des profils et des expériences des personnes interrogées, gage de données riches et variées au regard des objectifs de l'étude (47). Cependant, le peu de réponses favorables à l'appel à participation n'a pas permis de procéder de la sorte. Dès lors, l'échantillon a été constitué selon la méthode d'échantillonnage non probabiliste au volontaire. Tous les professionnels volontaires répondant aux critères d'inclusion/exclusion ont été interviewés.

L'une des caractéristiques de l'analyse qualitative est que la taille de l'échantillon n'est pas déterminée à l'avance. Elle évolue en fonction de l'analyse des données déjà récoltées en un processus cyclique et itératif jusqu'à tendre vers la saturation des données et la constitution de l'échantillon définitif. La saturation des données est atteinte lorsque tout entretien supplémentaire n'apporte plus de nouveaux éléments pour répondre à la question de recherche (44).

Paramètres étudiés

L'individu n'a pas toujours conscience d'avoir un besoin d'information. Le besoin émerge du discours qui se construit à partir des perceptions de la réalité de l'individu (48). C'est pourquoi le besoin d'information sera étudié par le biais des paramètres suivants :

- la perception des utilisateurs par rapport à la problématique de l'AR et de l'usage des AB
- leurs rôles dans ce contexte
- leurs besoins des utilisateurs dans ce contexte
- les pratiques de consultation et d'usage des informations sur l'AR et l'usage des AB

Outils de collecte des données

L'outil choisi pour la réalisation de cette étude est l'entretien semi-dirigé réalisé sur base d'un guide d'entretien. L'entretien permet l'interaction avec les participants et apporte des

éléments riches et nuancés (49). Cet outil est plus flexible que l'entretien dirigé ou le questionnaire et permet l'explorer en profondeur un sujet. Il est particulièrement adapté aux études exploratoires (50). Le guide d'entretien aide à la collecte des données utiles à la recherche en reprenant les thèmes pertinents. Il permet de donner un cadre à l'entretien tout en laissant la liberté aux personnes de s'exprimer spontanément à l'intérieur de celui-ci. Ce faisant, des thèmes nouveaux, non envisagés au départ, peuvent émerger du discours (51). Le guide d'entretien a été présenté au promoteur pour en valider le contenu, ainsi qu'à une étudiante en master en Santé publique afin de s'assurer de la bonne compréhension des questions. Il a par ailleurs été légèrement affiné lors des premiers entretiens. Le guide d'entretien est à retrouver en annexe 3.

Planification et organisation de la collecte des données

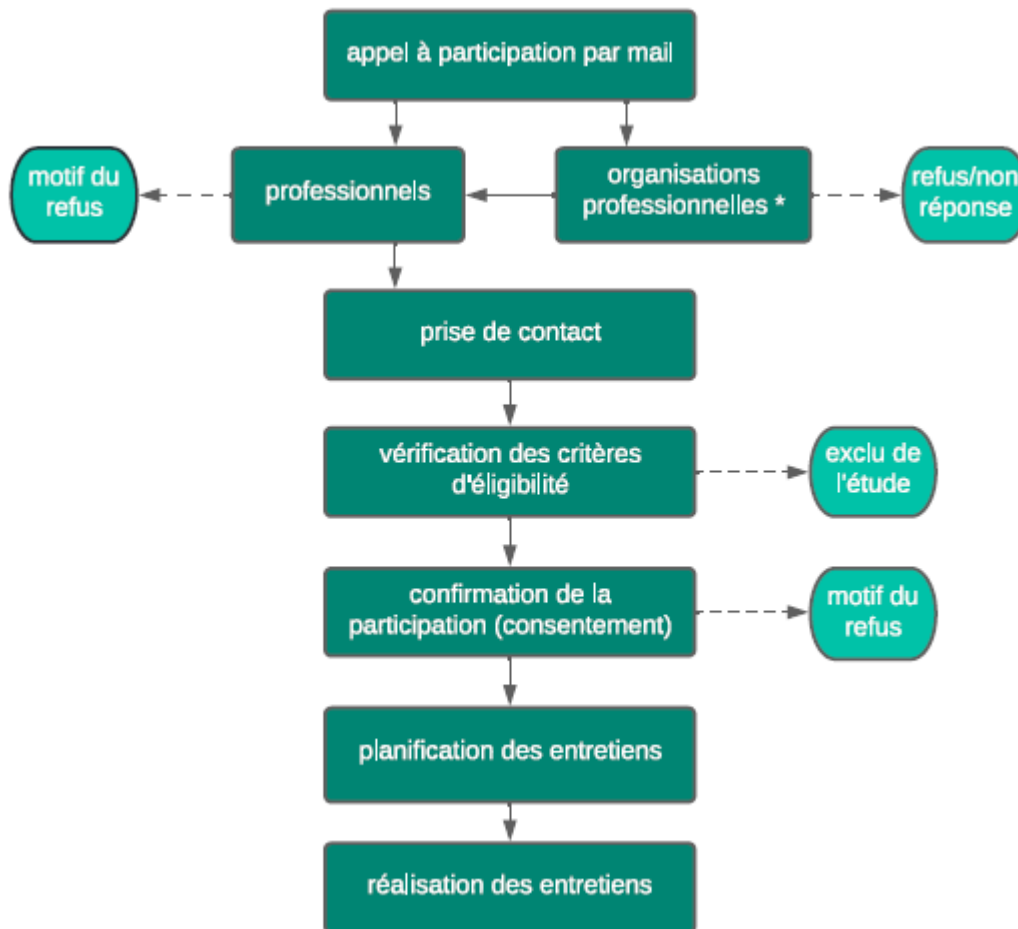
| Tâches | 2021 | | 2022 | | | | | | | |
|---|------|---|------|---|---|---|---|---|---|---|
| | N | D | J | F | M | A | M | J | J | A |
| Conception de la question de départ et rédaction du protocole | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | | | | | |
| Création de l'outil de collecte des données | | | | | ■ | ■ | | | | |
| Validation du sujet de recherche | | | | | | ■ | | | | |
| Passage au Collège des Enseignants et au Comité d'Ethique | | | | | | | ■ | | | |
| Collecte de données | | | | | | | ■ | ■ | ■ | |
| Traitement des données | | | | | | | | ■ | ■ | |
| Interprétation des résultats et conclusion | | | | | | | | | ■ | ■ |

Figure 4 - Diagramme de Gantt: planification de la collecte des données

Les professionnels de la santé ont été informés de l'étude par mail. Pour le recrutement, ils ont été contactés en direct via l'adresse mail répertoriée sur Google en faisant une recherche associant la profession et « province de Liège » ou via les organisations professionnelles qui ont été sollicitées pour la diffusion d'un appel à participation. A ce sujet, il faut préciser que la Société de Médecine Dentaire a refusé de diffuser l'appel à participation, au motif d'une sollicitation incessante de ses membres, et que l'Union Professionnelle Vétérinaire n'a pas donné suite malgré plusieurs relances. Les professionnels qui se sont portés volontaires pour participer ont été recontactés par téléphone ou par mail

afin de vérifier s'ils répondaient aux critères d'inclusion/exclusion et planifier un rendez-vous.

Figure 5 - Organigramme de l'organisation de la collecte des données



* organisations professionnelles sollicitées :

- Union Professionnelle des Vétérinaires
- Fédération des maisons médicales
- Aide et soins à domicile (Lige-Huy-Waremme et Verviers)
- Centrale de services à domicile
- Ordre des pharmaciens, Conseil provincial de Liège
- Union Pharmaceutique Verviers-Eupen
- Association des Pharmaciens de la Province de Liège
- Société de Médecine Dentaire
- Cercle Infirmier à Domicile Liégeois
- Fédération Nationale des Infirmières de Belgique
- Association belge des praticiens de l'art infirmier

Au début de l'entretien, une brève présentation de l'investigatrice et de l'étude a été faite, ainsi que des modalités de l'interview. Pour permettre leur analyse, les entretiens ont été enregistrés à l'aide d'un dictaphone, avec l'accord des participants. Les données socio-démographiques ont été collectées hors enregistrement.

Les entretiens ont durés entre 22 et 57 minutes. Ils se sont déroulés en face à face (n=4) au cabinet médical/vétérinaire ou au domicile, par visioconférence (n=8) ou par téléphone (n=3), selon le souhait du participant.

Traitement des données et méthodes d'analyse

Sur base des enregistrements, les entretiens ont été retranscrits intégralement sous format informatique (logiciel Microsoft Word®). Durant cette opération, un code numérique aléatoire a été attribué à chaque entretien, de sorte qu'il ne soit pas possible de remonter à l'identité de la personne. Ensuite, l'analyse thématique a été réalisée selon les étapes suivantes :

- lecture globale des entretiens de manière à se familiariser avec les informations collectées.
- Identification des thèmes qui se détachent, qu'il s'agisse de thèmes repris dans guide d'entretien ou de thèmes nouveaux amenés par le participant.
- Extraction des verbatims nécessaires à l'analyse et à l'interprétation
- Regroupement par catégorie
- Analyse du matériel en fonction des objectifs de l'étude.

Cette méthode d'analyse a été choisie en raison de sa relative simplicité, élément pertinent dans le cadre d'une première expérience de recherche. ()

Critères de qualité et de rigueur scientifique

Afin de garantir la qualité de la recherche, les critères de la liste de contrôle COREQ (*Consolidated criteria for reporting qualitative research*) (52) ont été pris en compte dans l'étude. Par ailleurs, des critères de rigueur scientifique pour la recherche qualitative ont également été considérés (44) :

- la crédibilité : le critère de crédibilité fait référence à l'exactitude dans la description du phénomène vécu par les participants en fonction de la réalité interprétée. L'investigatrice a veillé à l'exactitude du discours lors de la retranscription des entretiens.

Elle a utilisé la reformulation pour s'assurer de la bonne compréhension du discours du sujet. Quand cela s'est avéré nécessaire, l'investigatrice est retournée vers les participants pour clarifier certains dires.

- la confirmabilité : le critère de confirmabilité se rapporte à l'objectivité dans les données et leur interprétation. Le codage et l'analyse ont été réalisés par l'investigatrice seule et non par plusieurs personnes comme c'est recommandé, une triangulation n'étant pas réalisable dans le cadre de cette recherche. Cependant, l'investigatrice a fait appel à une étudiante du master pour avis sur la cohérence des résultats de l'analyse, qui ont par ailleurs été soumis au promoteur. La présentation des résultats est accompagnée d'extraits de discours pour étayer les significations émergentes.

Promoteur de l'étude et origine des financements de l'étude

Promoteur de l'étude : Nicolas ANTOINE-MOUSSIAUX, agrégé de faculté, Université de Liège, Faculté de Médecine Vétérinaire, Département de gestion vétérinaire des Ressources Animales – DRA.

Il n'y a pas de financement prévu pour la présente recherche. Les frais éventuels seront pris en charge par l'investigatrice.

Aspects réglementaires

Comité d'éthique

Le Comité d'Éthique Hospitalo-Facultaire de Liège a confirmé que la présente étude ne rentrait pas dans le champ d'application de la Loi du 7 mai 2004 relative aux expérimentations sur la personne humaine et qu'en l'absence de publication, il n'était pas nécessaire de la soumettre au Comité d'Éthique. Le formulaire de demande d'avis au Comité d'Éthique envoyé au Collège restreint des Enseignants se trouve en annexe 1. La réponse du Comité d'Éthique se trouve en annexe 2.

Vie privée et protection des données

Les données ont été anonymisées pour garantir le respect de la vie privée. Aucune caractéristique permettant d'identifier les sujets de l'étude ne figure dans le présent travail. Les données recueillies ont été stockées de façon sécurisée. Elles ne sont accessibles qu'au promoteur de la recherche et elles seront détruites à la fin de l'étude.

Information et consentement

Conformément au Règlement Général sur la Protection des Données à caractère personnel (UE 2016/679), un document d'information et de consentement a été remis à toute personne éligible avant l'entretien. Ce document contenait toutes les informations nécessaires à la personne pour lui permettre de faire le choix éclairé de participer ou non à l'étude : objectifs de l'étude, déroulement des entretiens (enregistrement audio), nature et utilisation des données, confidentialité et protection des données, droit de rétractation. En début d'entretien, l'investigatrice s'est assurée que le participant n'avait pas de questions concernant le formulaire de consentement.

Assurance

L'étude n'entre pas dans le champ d'application de la Loi du 7 mai 2004 relative aux expérimentations sur la personne humaine. Aucune assurance complémentaire n'est nécessaire. L'étude est couverte par l'assurance responsabilité civile à base de faute souscrite par l'Université de Liège.

Exploitation des résultats

Ce travail est réalisé dans le cadre d'un mémoire de master en Sciences de la Santé publique et n'est pas destiné à être publié. Il est déposé sur la plateforme de stockage des mémoires de master de l'université de Liège, MatheO. Les résultats seront communiqués aux participants qui en ont fait la demande (n=2). Le présent travail pourra être utilisé dans le cadre d'autres recherches.

Résultats

Caractéristiques de l'échantillon

| Sujet (n=15) | Sexe | Age (année) | Profession | Mode d'activité | Expérience professionnelle | Lieu d'exercice de l'activité |
|--------------|------|-------------|---------------------|-----------------|----------------------------|-------------------------------|
| 2 | H | 27 | dentiste | équipe | 1 an | rural |
| 5 | H | 35 | pharmacien | équipe | 10 ans | rural |
| 6 | H | 38 | infirmier | équipe | 16 ans | urbain |
| 7 | H | 33 | vétérinaire | équipe | 10 ans | rural |
| 8 | H | 59 | vétérinaire | seul | 32 ans | rural |
| 9 | F | 32 | pharmacienne | seul | 9 ans | urbain |
| 11 | F | 27 | infirmière | équipe | 2 ans | mixte |
| 13 | H | 32 | vétérinaire | seul | 8 ans | rural |
| 15 | F | 66 | médecin généraliste | seul | 37 ans | urbain |
| 19 | F | 25 | aide-soignante | équipe | 9 mois | urbain |
| 28 | F | 52 | infirmière | équipe | 31 ans | urbain |
| 31 | F | 39 | médecin généraliste | équipe | 14 ans | urbain |
| 32 | F | 23 | infirmière | équipe | 2 ans | mixte |
| 35 | H | 60 | pharmacien | seul | 36 ans | rural |
| 36 | F | 28 | médecin généraliste | équipe | 6 mois | urbain |

Age moyen de l'échantillon : 38.4 ans
Expérience professionnelle moyenne de l'échantillon : 13.95 ans

L'échantillon compte 15 professionnels de la santé: 1 aide-soignante, 1 dentiste, 4 infirmiers (h/f), 3 médecins (h/f), 3 pharmaciens (h/f) et 3 vétérinaires. Il est diversifié au niveau des professions mais il y a peu de représentants pour les professions de dentiste et d'aide-soignant (n=1). De plus, parmi les vétérinaires, il n'y a qu'un professionnel travaillant dans le secteur des animaux de compagnie. L'échantillon est équilibré au niveau de la répartition homme/femme (7 hommes et 8 femmes) et du lieu d'exercice de l'activité (rural/urbain). En ce qui concerne la répartition géographique sur la province, il n'y a pas de professionnels provenant des arrondissements administratifs de Huy et Waremme. Enfin, il n'y a pas de professionnels dans la tranche d'âge des 30-40 ans.

Analyse thématique

Des thèmes ont été mis en évidence après découpage et catégorisation des discours, sur base du guide d'entretien. Seuls les éléments pertinents par rapport aux objectifs de l'étude ont été pris en considération.

Perception de l'antibiorésistance

▪ Prescription et usage des AB

Les professionnels perçoivent tous l'AR comme un usage excessif d'AB et une mauvaise utilisation de ceux-ci. Par « mauvaise utilisation », les participants rapportent :

- l'usage d'un AB quand celui-ci n'est pas nécessaire,
- l'utilisation d'une molécule inadéquate,
- un mauvais dosage ou encore une durée de traitement inadéquate.

« L'antibiorésistance, on en voit beaucoup, notamment dans l'élevage de veaux suite à l'utilisation massive par le passé de certains antibiotiques » (13).

« Clairement, une diminution de la prescription d'antibiotiques, vu qu'on sait que les antibiotiques sont prescrits dans des situations où il ne sont pas nécessaires, dans des infections virales par exemple » (31).

« La résistance aux antibiotiques, ça évoque un problème qui est ... pas récent, récent hein, qui est là depuis quelques années, et qui continue à augmenter parce qu'on utilise beaucoup, enfin souvent, beaucoup d'antibiotiques, parfois pas toujours pour la bonne cause et parfois pas toujours pour les bons dosages ou pour la bonne durée » (9).

« C'est prendre un antibiotique à tout va ... voilà c'est ça » (32).

Des médecins (n=2) rapportent l'utilisation des AB dans les élevages comme impactant leur travail pour limiter l'AR.

« Je me suis déjà dit que tous les médecins auraient beau faire, prescrire des antibiotiques quand il fallait, le bon antibiotique, la bonne dose, la bonne durée, ben tant que y avait pas des changements des réglementations, des changements au niveau de tout ce qui est élevage intensif, c'est ... ce serait difficile vraiment de limiter l'antibiorésistance » (36).

« Et quelques fois, je m'dis que, nous ce qu'on fait au quotidien en médecine, c'est certainement très petit vis-à-vis de c'qu'on fait pour dix mille poulets dans un élevage » (15).

L'excès de prescription ou la prescription inadéquate trouvent leur origine selon les professionnels dans :

- la volonté de satisfaire la demande du patient, de l'éleveur ou du propriétaire de l'animal.

« Mais on envoie trop peu de prélèvements très probablement. Je vis cette difficulté de mise en pratique avec des propriétaires qui sont toujours dans l'attente immédiate » (7).

« Parfois, faut batailler pour ne pas mettre un antibiotique. Parfois, on le met un peu ... alors qu'on pense qui y a pas toujours besoin, pas parce qu'on est inquiet de l'état de l'enfant mais parce que les parents insistent, et quand y a beaucoup de monde dans la salle d'attente ... on plie un peu » (36).

- le temps jugé trop long pour obtenir les résultats d'analyse :

« C'est difficile à mettre en place, surtout quand on a des animaux qui sont vraiment pas bien. Ok, faut faire un prélèvement, faut attendre d'avoir les résultats du prélèvement et puis seulement traiter. Ça, on ne le fait jamais évidemment. Donc on va traiter entre guillemets, à l'aveugle, avec notre expérience » (7).

« Notamment par exemple pour les infections urinaires, l'antibiogramme on l'a trois, quatre jours après. Donc vous savez si on doit le changer [l'AB], ben on a trois, quatre jours dans les dents » (36).

- le coût des analyses (en médecine vétérinaire) :

« On n'a pas en médecine vétérinaire comme en médecine humaine ... y a quand même l'impératif financier, donc on n'a pas la possibilité systématiquement de faire un antibiogramme parce que ça, il faut quand même être conscient de la difficulté parfois financière des propriétaires. Donc on ne le fait pas systématiquement » (8).

- la solution de facilité que représentent les AB, ainsi que leur coût et un certaine habitude difficile à changer :

« Les gens le demandent trop facilement et les médecins le prescrivent trop facilement. Maintenant, je vais dire que nous-mêmes, en tant que pharmaciens, [...] on conseille trop souvent aussi une pommade d'antibiotique, genre Fucidin® pour des traitements cutanés, qui n'en valent peut-être pas la nécessité. Mais pour être sûr de ne pas avoir d'autres problèmes, on conseille peut-être trop facilement l'usage d'antibiotique à usage local oui » (35).

« C'est assez facile à prendre et la majorité du temps, c'est aussi une option facile parce qu'elle est ... elle est pas chère. Y a quand même beaucoup d'antibiotiques qui sont bien remboursés. Et donc, ben c'est plus facile d'acheter un sirop d'Amoxicilline® à 1 euro 50 que d'acheter peut-être des plantes ou d'autres vitamines qui pourraient booster l'immunité et qui seraient peut-être parfois suffisantes » (9).

« Parce que, dès qu'il y a quelque chose un petit rhume, un petit peu mal aux dents ou une petite infection, c'est vite réglé, c'est tout suite un antibiotique » (28).

« J'ai remarqué que dès que le résident a une toux un peu grasse, le médecin va directement prescrire... je sais pas moi, de l'Amoxicilline® alors qu'au final c'est peut-être juste une bête toux et qui aurait même pas besoin d'un antibiotique » (19).

« Moi, j'ai passé je pense 2 à 3 ans à peu près pour faire passer un message. Parce que, ce qu'ils veulent, c'est juste soigner les animaux. Ils avaient leurs habitudes » (7).

- Importance de la problématique

L'AR est perçue par beaucoup comme un problème important en termes de :

- retard dans le démarrage du traitement et la guérison (n=2),
- diminution de l'efficacité, voire l'inefficacité des traitements (n=5),
- difficultés à trouver le bon traitement (n=4).

« Clairement, c'est un problème important parce que dans la communauté de façon générale, on peut assister déjà à des traitements qui ne sont plus efficaces et qui l'étaient auparavant pour certaines infections diverses, infections urinaires, infections respiratoires » (31).

« On essaye plusieurs antibiotiques. On refait des prises de sang, on refait des analyses et la bactérie est toujours aussi présente qu'avant les antibiotiques. C'est quand même choquant moi je trouve quand on n'sait rien faire » (11).

Les vétérinaires rapportent un problème grave mais peu fréquent.

« Et il y a de plus en plus de bactéries qui sont résistantes à certains antibiotiques. Et je vois parfois, dans un antibiogramme d'une dizaine d'antibiotiques où il y en a 9, voir même parfois 10, auxquels la bactérie est résistante et donc pour lesquels c'est un peu compliqué de mettre en place une thérapeutique » (8).

« C'est quelque chose, je pense qui est ... qui est bien réel et qu'il ne faut pas prendre à la légère. Oui. Parce que si tout ça dérive, ben voilà, un jour, on va vraiment avoir du mal à soigner les animaux, et de surcroît les humains » (13).

Cependant, l'importance du problème est contrebalancée par la perception du peu d'impact de l'AR sur les décès. Peu de professionnels ont le sentiment d'être confrontés souvent à l'AR, et ils admettent que cela influence probablement leur perception de l'ampleur du phénomène.

« Pour l'instant, vraiment, sur l'impact des décès, je n'pense pas que ce soit si important que ça. Moi, j'ai que les ressentis aussi en officine hein, je ne travaille pas en hôpital. Mais, voilà,

j'entends pas beaucoup parler de personnes qui meurent parce qu'on a pas su soigner leur infection » (36).

« Si on n'y est moins confronté ben on n'y pense pas, on n'y pense moins donc et on mesure peut-être moins l'impact de l'antibiorésistance » (9).

L'AR est perçue comme grandissant, qui va empirer dans l'avenir si rien n'est fait (n=5).

« C'est une problématique qui va s'imposer à nous de plus en plus » (8).

« Donc, à l'heure actuelle, problème peu important, mais dans le futur, ce sera beaucoup plus impactant » (9).

Un médecin désigne l'AR comme « un problème parmi d'autres » (36).

Un infirmier rapporte un problème moins important qu'avant grâce à la sensibilisation:

« J'aurais peut-être dit [problème] très important il y a quelques années, mais je veux dire moyennement important maintenant, dans le sens où, je pense que la plupart du corps médical, je n'mets pas là tout le monde dedans, mais je pense que la plupart des intervenants médicaux maintenant sont quand même beaucoup plus sensibilisés qu'avant à cette résistance-là et qu'on est plus attentif » (6).

La problématique est perçue comme étant plus importante en communauté pour deux professionnels.

« Parce que tellement ils ont été soignés et soignés par des antibiotiques que maintenant, c'est vraiment difficile de les soigner et on ne trouve pas. Mais ça, c'est surtout en maison de repos » (28).

▪ Responsabilité

Tous les professionnels prescripteurs rapportent leur responsabilité dans la lutte contre l'AR en termes de prescription raisonnée d'AB.

« Ma responsabilité personnelle dans ce que je fais, c'est-à-dire justement raisonner mes choix et lutter contre ça en choisissant pas les molécules au hasard. On n'est pas là pour soigner n'importe comment et s'en foutre de ce qui va se passer après. On va dans une forme de continuité quelque part, j'ai envie de dire » (7).

« En médecine générale on n'est peut-être moins confronté à des cas concrets, même si je pense qu'au niveau ... face à ça, on a quand même une responsabilité pour limiter l'antibiorésistance, pour être des bons prescripteurs ... et donc limiter l'antibiorésistance » (31).

Les infirmiers et les pharmaciens perçoivent un rôle limité dans la lutte contre l'AR par le fait qu'ils ne sont pas les prescripteurs. Leur rôle n'est pas d'établir un diagnostic mais de délivrer/administrer l'AB.

« [rôle] *Plus que limité parce qu'enfin me semble-t-il, je me vois mal contredire la prescription du médecin. [...] je n'ai pas non plus toutes les données du diagnostic et de certaines choses qui ont été faites au cabinet médical* » (35).

« *En tant que pharmacien, c'est, voilà, le rôle il est ... j'ai pas l'impression qu'il soit fort fort important ... puisqu'on n'fait, on va dire en gros, qu'obéir à ce que le médecin prescrit* » (9).

« *Je vais dire, on n'est pas spécialement responsable des traitements, c'est pas nous qui mettons en place les traitements, mais nous, on applique ce que le médecin demande. Donc si le médecin va dire par exemple, faut mettre tel antibiotique, c'est moi qui vais prendre l'antibiotique et c'est moi qui vais aller le donner au patient* » (11).

L'aide-soignante rapporte ne pas avoir de rôle à jouer.

« *En tant qu'aide-soignante, j crois pas que j'ai beaucoup ... j pense pas que je puisse faire grand chose. C'est plus souvent les infirmiers qui ont leur mot à dire, nous on n'est jamais en contact avec le médecin* » (9).

▪ Informateur

Une majorité de professionnels rapportent un rôle d'information (n=5) /d'éducation (n=2) /de conscientisation (n=3) du patient, de l'éleveur ou du propriétaire de l'animal.

« *Un rôle d'information, un rôle de garde-fou. Voilà ce qu'est le pharmacien de manière générale, hein, c'est le garde-fou face à la prescription médicale [...] On est vraiment dans la compréhension, la vulgarisation de l'information afin qu'ils intègrent pleinement le concept d'antibiorésistance* » (5).

« *Ça, c'est le premier rôle, c'est d'expliquer aux propriétaires qu'il y a une problématique et qu'il faut faire attention de ne pas frapper trop fort, trop longtemps avec un antibiotique inadéquat* » (8).

« *Conscientiser les éleveurs et c'est pareil en petits animaux, à l'utilisation raisonnée des antibiotiques* » (13).

« *Donc, chaque fois que je ne prescris pas un antibiotique pour une infection virale, je fais passer un message à la personne, que pour soigner une infection virale, on n'a pas besoin*

d'un antibiotique et ça crée un changement de culture vis-à-vis des personnes dans la société » (MG).

Besoins d'information

Les professionnels prescripteurs expriment un besoin d'information concernant le traitement et plus précisément d'avoir une information à jour sur les guidelines pour pouvoir faire le bon choix de molécules et de dosages :

« Ma motivation à chercher de l'information s'est pour pouvoir bien utiliser les antibiotiques car les recommandations changent tout le temps » (2).

« Ce serait peut-être intéressant de nous mettre le focus sur une molécule, s'il y a une molécule pour laquelle il y a des raisons de s'inquiéter plus qu'une autre » (5).

Le personnel infirmier exprime le besoin d'information pour informer les patients sous forme de supports papier (flyers, brochures) :

« Je pense que le plus simple et qui est le plus abordable pour les patients, ce serait un type de brochure en version papier » (2).

Un pharmacien a exprimé le souhait d'avoir l'information sur l'indication de la prescription pour pouvoir mieux informer le patient. Cette information n'est pas obligatoire et ne figure donc pas sur l'ordonnance (9).

Un vétérinaire a exprimé le souhait d'avoir plus d'information pour la réalisation des prélèvements en vue de l'antibiogramme (7).

Tous les professionnels de la santé expriment le manque de temps pour s'informer et privilégient une information courte, pratique et personnalisée pour « faire face à la pratique de tous les jours », voire améliorer celle-ci.

Le moyen de communication le plus cité est le courrier électronique.

Pratique de recherche et de consultation de l'information

- Sources d'information

En santé humaine, les deux sources principales consultées par les professionnels prescripteurs et les pharmaciens sont le Centre Belge d'Information Pharmacothérapeutique (CBIP) et la BAPCOC, plus précisément le Répertoire commenté des médicaments du CBIP dans lequel a été intégré le Guide belge de traitement anti-infectieux en pratique

ambulatoire de la BAPCOC. Ces sources sont perçues comme fiables, complètes et d'une utilisation facile et quotidienne.

« Je trouve que l'information ... une information très pratique du BAPCOC, le vadémécum c'est très utile parce que c'est quelque chose de très concret. On l'utilise quotidiennement je dirais. [...] Et il y a des notions dans ce ... par la BAPCOC de l'antibiorésistance, en tout cas dans les pages introductives. Donc je pense que c'est le véhicule d'information le plus important en ce moment en Belgique en tout cas » (31).

« Le CBIP, vraiment très très bien, c'est vraiment un site de référence pour les pharmaciens. Je l'utilise tous les jours quasi, pour les notices et les durées recommandées, parce qu'on ne connaît pas tout non plus » (9).

À cela s'ajoute les sites de littérature scientifique, l'université et les organisations professionnelles respectives.

Dans la profession infirmière, on évoque le compendium (CBIP) ou une recherche internet sur le terme « antibiotique ».

En santé animale, les sources évoquées par les professionnels sont le CBIP vet (version vétérinaire), l'AMCRA et l'ARSIA.

L'ARSIA est perçu comme un interlocuteur facilement accessible, fiable.

« L'ARSIA fait quand même un bon rôle de communication je pense. Avec eux, on a quand même facile de communiquer et quand je mets en évidence une résistance, je donne un p'tit coup de fil au labo pour discuter du cas et voir quelles sont les nouveautés en la matière » (7).

Les vétérinaires rapportent pour certains que l'AMCRA est une aide mais pour d'autres, les informations diffusées sont trop générales et pas suffisamment personnalisées. Cependant, l'information est perçue comme utile et facilement accessible.

« On est sensibilisé par l'AMCRA puisqu'on reçoit, je crois que c'est tous les mois ou je ne sais plus des infos de l'AMCRA sous forme d'un petit manuel qui nous intéresse pas personnellement à chaque fois, parce qu'il y a quand même pas mal de d'informations qui sont plutôt pour les animaux de rente [...] mais elles sont quand même beaucoup plus parcellaires par rapport aux animaux de compagnie » (8).

« On reçoit régulièrement de l'AMCRA mails que je ne lis plus, ça je l'avoue clairement [rires]. Ce qui m'embête, on reçoit des mails pour l'élevage aviaire, porcine, je trouve que s'est pas assez scindé. Moi en bovin, je me sens pas concerné, je n'y connais rien... Au tout début, ils

disaient : « ça ne diminue pas » et nous on avait fait de gros effort quoi. [...] Alors, je me sentais un peu dégoûté par l'AMCRA, j'ai pris mes distances » (7).

Le vétérinaire actif dans le secteur des animaux de compagnie rapporte la consultation de la littérature scientifique comme source d'information supplémentaire.

Les formations sont aussi considérées comme de bonnes sources d'information (via l'organisme Formavet).

Tous les professionnels de santé, à l'exception d'un MG et d'un Ph rapportent leurs études comme source d'information sur l'AR. Les deux professionnels qui ne l'ont pas fait sont les plus âgés du panel (respectivement 66 et 60 ans).

Tous les professionnels évoquent la communication avec les pairs ou les experts (microbiologiste, experts des laboratoires) comme source d'informations.

« Je téléphone aux collègues pour savoir le produit le plus approprié pour telle ou telle situation. Ça, ça m'arrive de temps en temps. [...] On a même des n° d'appel chez L. O. et chez S [laboratoires], de gens qui sont constamment au téléphone. On tombe tout de suite sur le biologiste » (15).

- Mesures mises en place pour réduire l'usage des AB

En ce qui concerne le benchmarking, celui-ci n'est pas évoqué spontanément par les professionnels concernés. Les médecins interrogés ne le reçoivent pas/plus. Certains sont demandeurs dans une perspective de remise en question, d'autres estiment que c'est une information à prendre avec un certain recul. Les vétérinaires sont mitigés :

« C'est bien pour un niveau d'information, mais pour moi, faut pas que ça devienne une contrainte non plus ou une manière de surveiller ce qui se fait à tel ou tel endroit. Parce que, sans être sur le terrain, c'est pas possible de regarder juste des statistiques et des courbes et dire que là ou là, ça n' va pas » (13).

Un autre vétérinaire ne consulte pas ces informations, il s'agit de celui qui a pris ses distances avec l'AMCRA.

Les campagnes d'informations destinées au grand public via les médias et les brochures en pharmacie sont perçues comme utiles pour certains mais n'ayant pas un impact important sur la diminution de l'utilisation des AB.

« Les flyers, oui c'est utile aussi parce qu'on a un outil qu'on peut donner aux patients avec des informations, donc ça va épauler ce qu'on dit en consultation oralement, oui » (36).

« Les campagnes à la télé ont quand même fait du bien parce qu'on voit maintenant des gens qui disent : « Est-ce que je peux me passer d'antibiotique ? ». Alors qu'il y a 20 ans, c'était le contraire » (15).

« Y a des campagnes, on a régulièrement, enfin une fois par an des campagnes que les antibiotiques c'est pas automatiques, avec des posters. Je n'sais pas si c'est très très efficace » (9).

Certains professionnels infirmiers n'ont jamais entendu parler de ces campagnes annuelles sur l'AR et l'usage des AB.

« Quand j'ai des doutes, oui je peux, c'est aussi l'avantage de travailler en groupe, c'est qu'on peut se tourner vers ses collègues, qui ont plus d'expérience et qui peuvent aider de ce côté-là. Aussi, j'hésite pas à décrocher mon téléphone parfois, vraiment pour des cas plus complexes, ben je téléphone à un infectiologue » (36).

« Quand j'ai une question, je vais m'adresser aussi à mes collègues ou alors à mon chef » (32).

Autres besoins exprimés

Comme évoqué plus avant, les professionnels (prescripteurs) rapportent un besoin de tests de diagnostic plus rapides.

Les médecins vétérinaires rapportent que le coût des tests impacte l'usage raisonné des AB dans le secteur :

« Quand je vais soigner une vache à 3000 € ben le fermier, c'est ses 3000 € qu'il veut sauver. Il s'en fiche, que le médicament soit jaune, rouge, orange, bleu. On devrait commencer par une molécule bas grade. On commence déjà avec quelque chose de beaucoup plus élevé parce que ... voilà » (7).

Il ressort des discours un manque de communication de l'information entre les professions, qui a pour résultat une idée fautive de ce qui se passe dans l'autre secteur : les médecins reportent la responsabilité de l'AR sur l'élevage intensif et les vétérinaires sur les médecins et les pharmaciens.

Les vétérinaires rapportent une incompréhension des mesures prises pour la réduction de l'usage des AB. Il expriment par là un manque de communication

« En tout cas bon ici, on nous a quand même supprimé pas mal de classes antibiotiques qui étaient en rouge dans le système de catégorisation de l'AMCRA. Ça a été difficile même pour nous au début, on n'a pas trop compris. Mais maintenant, on voit qu'on arrive au même niveau d'efficacité de traitement avec des antibiotiques de base, parce que tout simplement le ciblage était bon et les bactéries répondaient à ces antibiotiques. Donc c'est bien » (13).

La question « Qu'évoque pour vous le concept « One Health » ? » avait pour objectif de savoir si le concept était connu par les professionnels. Seuls deux participants connaissent le concept : un médecin et un vétérinaire, respectivement via une connaissance « qui a une vision One Health » de par son activité professionnelle et via les études. Ils voient le lien entre la médecine humaine et la médecine vétérinaire, tout comme d'autres professionnels l'ont évoqué sans connaître le concept.

Discussion et perspectives

Discussion

Perception de la problématique de l'AR et de l'usage des AB

Les professionnels parlent tous de la même chose quand ils évoquent l'AR. Cependant, il faut constater que le besoin d'information diffère d'une profession à l'autre, avec deux groupes identifiés : celui des prescripteurs et celui des non-prescripteurs.

Les prescripteurs d'AB ont un besoin d'information tourné vers la thérapeutique en premier lieu : prescrire la bonne molécule, le bon dosage pendant la bonne durée. Ceci est en accord avec la littérature qui indique que les médecins et infirmiers notamment recherchent de l'information en premier lieu pour le diagnostic et le traitement (53).

Les professionnels non prescripteurs ont un besoin d'information d'avantage tourné vers la communication avec le patient.

Les professionnels évoquent la pression des patients dans la prescription. Des études ont montré que les prescripteurs pouvaient être amenés à délivrer des AB tout en sachant qu'ils étaient inutiles et ce, pour diverses raisons comme l'habitude, le manque de temps ou la pression du patient (5). L'information dans ce cas, comme cela a été évoqué par certains

professionnels peut les aider à expliquer aux patients que les AB ne sont pas toujours utiles et qu'il faut les réserver à un usage mesuré.

Sources d'informations

Tous les professionnels de la santé rapportent que leurs études restent leur principale source d'information. Ceci va dans le sens de l'objectif de formation du plan national de lutte contre l'AMR qui veut accentuer la formation des professionnels dans le secteur humain comme vétérinaire, mais aussi le monde académique, les éleveurs et le public (23).

Les pairs et les experts restent une source d'information privilégiée. Ceci est en accord avec la littérature (53).

Les professionnels de santé semblent avoir accès aux informations qui leurs sont nécessaires pour « assurer leur pratique de tous les jours ». Ceci est corroboré par le fait que les professionnels déclarent ne pas être dans l'impasse thérapeutique.

L'étude a mis en évidence que le concept « One Health » n'était pas connu par la majorité de professionnels interrogés, même si certains avaient conscience de l'existence et de lien entre le pilier humain et le pilier animal.

L'étude a mis en évidence un manque de connaissances de la situation dans l'autre secteur (animal/humain). Cependant, ces informations existent. Elle ne sont manifestement pas consultées. Les entretiens n'ont pas pu déterminer s'il s'agissait d'un manque de temps, du fait de ne pas savoir ou trouver l'information ou le manque d'intérêt.

Les professionnels reconnaissent que la formation scolaire est suffisante en matière d'AR et ils insistent sur le fait qu'elle doit continuer à l'être.

Biais, faiblesses et force de l'étude

Cette étude comporte certains biais qu'il faut prendre en considération.

Tout d'abord un biais de sélection. En effet, l'échantillonnage au volontaire ne prend pas en compte toute une partie de la population potentiellement d'intérêt que constituent les professionnels qui ne se sont pas manifestés pour participer à l'étude. De plus, cette

méthode d'échantillonnage ne permet pas forcément d'avoir un panel varié de sujets. Malgré tout, il s'avère que l'échantillon est assez diversifié.

Ensuite, il existe inévitablement un biais de désirabilité social. Le sujet peut vouloir donner une image positive de lui-même à l'enquêteur et omettre certains éléments qu'il juge négatifs dans ce contexte et inversement. Pour limiter ce biais, l'investigatrice a assuré l'anonymat et la confidentialité des entretiens, ce qui peut encourager la spontanéité des débats. De plus, l'investigatrice s'est efforcée d'adopter une attitude neutre durant les entretiens. Par ailleurs, la multiplication du nombre d'entretiens permet également de limiter ce biais.

Enfin, il existe vraisemblablement un biais d'interprétation, résultant de la passation des entretiens par téléphone. En effet, cette méthode ne permet pas de prendre en compte le non verbal de l'interlocuteur. La fluidité des échanges est entravée par la gestion des silences (moments de réflexion ou fin du discours) qui peuvent occasionner une gêne chez l'interlocuteur. Cependant, tout a été mis en œuvre pour que l'interlocuteur se sente à l'aise. L'investigatrice a essayé d'éviter cette façon de procéder, mais cela n'a pas toujours été possible. Il faut remarquer que ce type de passation n'est pas majoritaire dans l'échantillonnage.

Il existe par ailleurs un biais d'interprétation dû au caractère subjectif de l'analyse par entretiens et du peu d'expérience de l'investigatrice dans ce domaine.

Une faiblesse de cette étude réside dans l'atteinte de la saturation des données, critère de qualité de l'échantillon, plus que le nombre de sujets le constituant. Comme indiqué plus haut, une certaine variabilité des profils est observée dans l'échantillon, mais il n'est pas certain que la saturation des données soit atteinte en regard du peu de participants dans les professions de dentiste, aide-soignant et vétérinaire pour animaux de compagnie. Les facteurs temps et de non-réponse à l'appel à participation ont également été des facteurs limitants. Les professionnels (peu nombreux) qui ont communiqué la raison de leur refus de participer invoquaient le manque de temps et les multiples demandes de participation à des études. Il faut remarquer que l'inclusion des maisons de repos dans le recrutement aurait

permis de toucher davantage d'aides-soignants et aurait apporté des informations sur le secteur communautaire qui a été peu investigué.

La force de l'étude réside dans l'approche qualitative par entretiens pour explorer à la fois la perception de la problématique de l'antibiorésistance, le besoin d'information et les pratiques de consultation de l'information. Cette approche a permis la collecte de données riches et variées. De plus, l'échantillon est très diversifié, même si certaines professions sont sous représentées.

Perspectives

Au vu des résultats et des différences de points de vue entre les professions, il serait utile de réaliser des focus groupes par professions. Cette approche permettrait d'affiner les résultats au sein de chaque profession.

Par ailleurs, seuls les professionnels de la santé ont été interrogés. Il serait utile de savoir ce que pensent le public, les patients, les éleveurs et les propriétaires d'animaux de compagnie de l'information sur l'AR et l'usage des AB. En effet, un des objectifs du plan national belge de lutte contre l'AMR est la sensibilisation des professionnels de la santé mais également la sensibilisation et l'information de la population.

Conclusion

La question de départ était « Comment les informations produites par le système belge de surveillance de l'antibiorésistance et de l'usage des antibiotiques répondent-elles au besoin d'information perçu par les professionnels de la santé de la première ligne impliqués et les professionnels de la santé animale ? »

Cette étude a permis d'explorer les perceptions des professionnels de santé quant à l'AR et l'usage des AB ; ainsi que leur besoin d'information et leurs habitudes de consultation de l'information ; au moyen d'entretiens semi-dirigés.

Il ressort de celle-ci qu'il est possible de répondre à la question de recherche par l'affirmative, avec quelques nuances. En effet, les informations utilisées par les professionnels de la santé humaine et animale, et qui répondent à leurs besoins selon la définition du besoin d'information retenue dans le cadre de cette étude, découlent directement ou

indirectement du système de surveillance mis en place en Belgique. Cependant, il faut remarquer que tous les acteurs de la première ligne de soins n'utilisent pas les informations disponibles, sans que cela n'affecte leurs pratiques. Il serait bon d'augmenter la visibilité des ces informations qui concernent, pour une partie du moins, au-delà des professionnels de la santé humaine et animale, l'ensemble de la population. Comme indiqué en introduction, l'information est la base de la littératie en santé, elle-même étant fondamentale dans l'éducation et de la promotion de la santé.

Enfin, si le concept « One Health » pour la lutte contre l'AR et l'usage raisonné des AB est pertinent, il manque encore de visibilité dans notre pays.

Références bibliographiques

1. World Health Organization. Antibiotic resistance Key facts [Internet]. [cité 19 nov 2021]. Disponible sur: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/antimicrobial-resistance>
2. Résistance aux antimicrobiens (AMR) | sciensano.be [Internet]. [cité 26 nov 2021]. Disponible sur: <https://www.sciensano.be/fr/sujets-sante/resistance-aux-antimicrobiens-amr>
3. Blair JMA, Webber MA, Baylay AJ, Ogbolu DO, Piddock LJV. Molecular mechanisms of antibiotic resistance. *Nat Rev Microbiol* [Internet]. 2015 [cité 10 févr 2022];13(1):42-51. Disponible sur: <https://www.nature.com/articles/nrmicro3380>
4. Ministère de la santé et des solidarités. L'antibiorésistance : pourquoi est-ce si grave ? [Internet]. 2022 [cité 13 mars 2022]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/prevention-en-sante/les-antibiotiques-des-medicaments-essentiels-a-preserver/des-antibiotiques-a-l-antibioresistance/article/l-antibioresistance-pourquoi-est-ce-si-grave#L-antibioresistance-qu-est-ce-que-c-est>
5. ANTIBIORÉSISTANCE - Encyclopædia Universalis [Internet]. [cité 20 déc 2021]. Disponible sur: <https://www.universalis.fr/encyclopedie/antibioresistance/>
6. Conseil Supérieur de la Santé. Recommandations en matière de prévention, maîtrise et prise en charge des patients porteurs de bactéries multi-résistantes aux antibiotiques (MDRO) dans les institutions de soins [Internet]. Bruxelles: CSS; 2019. Avis n° 9277. Disponible sur: <https://www.health.belgium.be/fr/avis-9277-mdro-0>
7. OECD. Stemming the Superbug Tide : Just A Few Dollars More, OECD Policy Studies [Internet]. Paris : OECD Publishing; 2018. Disponible sur: <https://doi.org/10.1787/9789264307599-en>
8. Ferri M, Ranucci E, Romagnoli P, Giaccone V. Antimicrobial resistance: A global emerging threat to public health systems. *Crit Rev Food Sci Nutr* [Internet]. 2 sept 2017;57(13):2857-76. Disponible sur: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26464037/>
9. World Health Organization. High levels of antibiotic resistance found worldwide, new data shows. News release 29-01-2018. [Internet]. [cité 8 févr 2022]. Disponible sur: <https://www.who.int/news/item/29-01-2018-high-levels-of-antibiotic-resistance->

found-worldwide-new-data-shows

10. O'Neill J. Tackling drug-resistant infections globally: final report and recommendations [Internet]. 2016 mai. Disponible sur: https://amr-review.org/sites/default/files/160525_Final paper_with cover.pdf
11. Leroy R, Christiaens W, Maertens de Noordhout C, Hanquet G. Propositions pour une politique antibiotique plus efficace en Belgique – Synthèse. Health Services Research (HSR). [Internet]. KCE Reports 311 Bs. Bruxelles: Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé (KCE); 2019. Disponible sur: <https://kce.fgov.be/report/311B>
12. Une seule santé - OIE - Organisation mondiale de la santé animale [Internet]. [cité 27 mars 2022]. Disponible sur: <https://www.oie.int/en/what-we-do/global-initiatives/one-health/>
13. About AMR. 9 févr 2022 [cité 9 févr 2022]; Disponible sur: <https://www.euro.who.int/en/health-topics/disease-prevention/antimicrobial-resistance/about-amr>
14. World Bank. Drug-Resistant Infections: A Threat to Our Economic Future [Internet]. Washington, DC; 2017. Disponible sur: <https://documents.worldbank.org/en/publication/documents-reports/documentdetail/455311493396671601/executive-summary>
15. Monnet DL. Consommation d'antibiotiques et résistance bactérienne. Ann Fr Anesth Reanim [Internet]. 2000 [cité 12 janv 2021];19(5):409-17. Disponible sur: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0750765800902119>
16. European Centre for Disease Prevention and Control. Antimicrobial consumption in the EU/EEA (ESAC-NET) - Annual Epidemiological Report 2020. Stockholm : ECDC; 2021.
17. Mølbak K. Spread of resistant bacteria and resistance genes from animals to humans - The public health consequences. J Vet Med Ser B Infect Dis Vet Public Heal. oct 2004;51(8-9):364-9.
18. You Y, Silbergeld EK. Learning from agriculture: Understanding low-dose antimicrobials as drivers of resistome expansion. Front Microbiol. 2014;5(JUN):284.
19. European Medicines Agency; European Surveillance of Veterinary Antimicrobial Consumption. Sales of veterinary antimicrobial agents in 31 European countries in 2019 and 2020. (EMA/58183/2021). 2021 [cité 20 févr 2022]; Disponible sur:

- <https://www.ema.europa.eu/en/veterinary-regulatory/overview/antimicrobial-resistance/european-surveillance-veterinary-antimicrobial-consumption-esvac>
20. European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC); European Food Safety Authority (EFSA); European Medicines Agency (EMA). Third joint inter-agency report on integrated analysis of consumption of antimicrobial agents and occurrence of antimicrobial resistance in bacteria from humans and food-producing animals in the EU/EEA - JIACRA III 2016-2018. EFSA J [Internet]. 2021 [cité 20 févr 2022];19(6):e06712. Disponible sur: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34221148/>
 21. Centers for Disease Control and Prevention. One Health [Internet]. [cité 3 févr 2022]. Disponible sur: <https://www.cdc.gov/onehealth/basics/index.html>
 22. Plan d'action national belge « One Health » de lutte contre la résistance aux antimicrobiens (AMR) 2020-2024 [Internet]. [cité 19 mars 2022]. Disponible sur: <https://www.health.belgium.be/fr/plan-daction-national-belge-one-health-de-lutte-contre-la-resistance-aux-antimicrobiens-2020-2024>
 23. OIE. WHO, FAO, and OIE unite in Antimicrobial Resistance the fight against Antimicrobial Resistance [Internet]. [cité 27 févr 2022]. Disponible sur: <https://www.oie.int/app/uploads/2021/03/fao-oie-who-amrfactsheet.pdf>
 24. World Health Organization. Global Antimicrobial Resistance and Use Surveillance System (GLASS) [Internet]. [cité 26 janv 2022]. Disponible sur: <https://www.who.int/initiatives/glass>
 25. OMS Assemblée. Cinquante et unième Assemblée mondiale de la Santé, Genève, 11-16 mai 1998: résolutions et décisions: annexes. [Internet]. 1998. Disponible sur: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/258899/WHA51-1998-REC-1-fre.pdf>
 26. WHO team. Global Action Plan on Antimicrobial Resistance [Internet]. World Health Organization, éditeur. Geneva; 2015. 45 p. Disponible sur: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241509763>
 27. Commission belge de coordination de la politique antibiotique (BAPCOC) [Internet]. [cité 30 nov 2021]. Disponible sur: https://organesdeconcertation.sante.belgique.be/fr/organe-davis-et-de-concertation/commissions/bapcoc#gdt_sens
 28. AMCRA. A propos de l'Amcra [Internet]. [cité 20 nov 2021]. Disponible sur:

- <https://amcra.be/fr/a-propos-de-lamcra/>
29. AFSCA. Convention relative à l'usage responsable des antibiotiques chez les animaux, établie entre l'Autorité fédérale et tous les partenaires en vue de lutter contre la résistance antimicrobienne. 2021.
 30. Astagneau P, Ancelle T. Surveillance épidémiologique: Principes, méthodes et applications en santé publique. Medecine S. 2011. 360 p.
 31. Antoine-Moussiaux N, Vandenberg O, Kozlakidis Z, Aenishaenslin C, Peyre M, Roche M, et al. Valuing health surveillance as an information system: Interdisciplinary insights. Front Public Heal. 2019;7(JUN):138.
 32. Amcra. Sensibilisation [Internet]. [cité 13 avr 2022]. Disponible sur: <https://amcra.be/fr/sensibilisation/>
 33. Thacker SB, Berkelman RL, Stroup DF. The science of public health surveillance. J Public Health Policy. 1989;10(2):187-203.
 34. Centers for Disease Control and Prevention. Updated guidelines for evaluating public health surveillance systems ; recommendations from the Guidelines Working Group [Internet]. Vol. 50(RR-13), MMWR Morbidity and Mortality Weekly Report. 2001. Disponible sur: <https://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/rr5013a1.htm>
 35. OMS. Règlement sanitaire international. 3e éd. Editions de l'OMS, éditeur. Genève; 2005.
 36. Paul E, Porignon D. Evaluation de programmes de Santé publique [cours Master 1]. Belgique : Université de Liège; 2019.
 37. Joint Programming Initiative on Antimicrobial [Internet]. [cité 10 janv 2022]. Disponible sur: <https://www.jpiamr.eu/about/>
 38. Kantar Public Brussels. Special Eurobarometer 478. Antimicrobial Resistance [Internet]. Brussels; 2018. Disponible sur: <http://ec.europa.eu/commfrontoffice/publicopinion/index.cfm>
 39. OMS EUROPE. Promotion de la santé. Charte d'Ottawa [Internet]. 2000. Disponible sur: https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/129675/Ottawa_Charter_F.pdf
 40. Sørensen K, Van Den Broucke S, Fullam J, Doyle G, Pelikan J, Slonska Z, et al. Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and

- models. BMC Public Health [Internet]. 25 janv 2012 [cité 10 août 2022];12(1):1-13. Disponible sur: <https://bmcpublihealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2458-12-80>
41. Telliez D. Les pratiques documentaires des professionnels de santé dans le domaine de l'éducation du patient : le cas du Cerfep. I2D - Information, données Doc. 22 déc 2017;Volume 54(4):43-52.
 42. Tricot A, Tricot A. La recherche d'information comme dialogue. 2012; Disponible sur: <https://www.researchgate.net/publication/271005723>
 43. Petit Larousse illustré 2013. Paris: Larousse; 2012. Utilité; p. 1131.
 44. Cecchi C. La place de l'information dans la décision en santé publique. Sante Publique (Paris) [Internet]. 2008;20(4):387. Disponible sur: <http://www.cairn.info/revue-sante-publique-2008-4-page-387.htm>
 45. Atkinson G, Braathen NA, Groom B, Mourato S. Analyse coûts-avantages et environnement: Avancées théoriques et utilisation des pouvoirs publics. Partie I. Méthodes d'évaluation environnementale. OCDE, éditeur. Paris; 2018.
 46. Fortin M-T, Gagnon J. Fondements et étapes du processus de recherche: méthodes quantitatives et qualitatives. 3e éd. Chenelière éducation, éditeur. 2016.
 47. Pétré B. Approche transdisciplinaire des problèmes de Santé publique : Introduction à l'approche qualitative [cours Master 1]. Belgique : Université de Liège; 2019.
 48. Roegiers X, Wouters P, Gerard F-M. Du concept d'analyse des besoins en formation à sa mise en oeuvre. Rev Eur des Prof la Form. 1992;1(2-3):32-42.
 49. Van Campenhoudt L, Marquet J, Quivy R. Manuel de recherche en sciences sociales. 5e édition. Dunod, éditeur. 2017. 201-313 p.
 50. Sifer-Rivière L. L'enquête par entretien: se saisir du discours et de l'expérience des personnes - Chapitre 4. In: Colin A, éditeur. Kivits J, Balard F, Fournier C, Winance M - Les recherches qualitatives en santé. Paris; 2016.
 51. Moliner P, Rateau P, Cohen-Scali V. Les représentations sociales. Pratiques des études de terrain. Didact psychologie sociale. Rennes : Presse universitaire de Rennes; 2002.
 52. Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): A 32-item checklist for interviews and focus groups. Int J Qual Heal Care. 2007;19(6):349-57.
 53. Revere D, Turner AM, Madhavan A, Rambo N, Bugni PF, Kimball AM, et al.

Understanding the information needs of public health practitioners: A literature review to inform design of an interactive digital knowledge management system. *J Biomed Inform.* 1 août 2007;40(4):410-21.

54. Goossens H, Coenen S, Costers M, De Corte S DS, A, Gordts B, Laurier L SM. Achievements of the Belgian Antibiotic Policy Coordination Committee (BAPCOC). *Eurosurveillance* [Internet]. 2008;13(46). Disponible sur: <https://www.eurosurveillance.org/content/10.2807/ese.13.46.19036-en>

1. Formulaire de demande d'avis au Comité d'Ethique à l'attention du Collège restreint des Enseignants

**Demande d'avis au Comité d'Ethique dans le cadre des mémoires des étudiants
du Master en Sciences de la Santé publique**

(Version finale acceptée par le Comité d'Ethique en date du 06 octobre 2016)

Ce formulaire de demande d'avis doit être complété et envoyé par courriel à mssp@uliege.be. Si l'avis d'un Comité d'Ethique a déjà été obtenu concernant le projet de recherche, merci de joindre l'avis reçu au présent formulaire.

1. Etudiant (prénom, nom, adresse courriel) :

Françoise DEVEL fdevel@student.uliege.be

2. Finalité spécialisée : Promotion de la santé

3. Année académique : 2021-2022

4. Titre du mémoire :

Analyse de la perception des utilisateurs actuels et potentiels quant à l'utilité des informations produites par le système de surveillance de l'usage des antibiotiques et de l'antibiorésistance en Belgique.

5. Promoteur(s) (titre, prénom, nom, fonction, adresse courriel, institution) :

Professeur Nicolas ANTOINE-MOUSSIAUX, agrégé de faculté nantoine@uliege.be

Université de Liège, Faculté de Médecine Vétérinaire, Département de gestion vétérinaire des Ressources Animales – DRA.

6. Résumé de l'étude

- a. Objectifs

Objectif principal : analyser la perception des utilisateurs actuels et potentiels sur l'utilité des informations produites par le système de surveillance de l'antibiorésistance et de l'usage des antibiotiques en Belgique.

Objectifs secondaires :

- Identifier les perceptions de ces utilisateurs sur l'antibiorésistance et l'usage des antibiotiques.

- Identifier les perceptions de ces utilisateurs sur leur rôle par rapport à ces problématiques.
 - Explorer la perception de ces utilisateurs quant à leurs besoins par rapport à cette problématique.
 - Analyser la perception de ces utilisateurs de l'utilité des informations produites comme réponse à leurs besoins (adéquation, informations manquantes).
 - Analyser les pratiques de recherche, de consultation et d'usage des informations relatives à l'antibiorésistance et l'usage des antibiotiques des utilisateurs (sources consultées, supports privilégiés, moteurs et freins à la recherche d'informations).
- b. Protocole de recherche (design, sujets, instruments, ...) (+/- 500 mots)

Type d'étude

Il s'agit d'une étude épidémiologique observationnelle, descriptive et transversale, à visée exploratoire. Pour répondre à la question de recherche, l'approche la plus appropriée est l'approche qualitative fondée sur un raisonnement inductif. La justification du choix de ce design d'étude est la volonté d'explorer et d'analyser une thématique au départ de l'expérience de ceux qui la vivent.

Population étudiée et méthode d'échantillonnage

Critères d'inclusion :

- Être médecin généraliste, infirmier(ère), aide-soignant(e), dentiste ou pharmacien(ne)
- Être vétérinaire praticien des animaux de rente ou des animaux de compagnie
- Donner son consentement libre et éclairé
- Avoir la langue française comme langue maternelle
- Exercer en province de Liège

Critères d'exclusion :

- Les professionnels de santé qui travaillent en milieu hospitalier
- Les vétérinaires chargés de missions pour l'AFSCA
- Refuser l'enregistrement de l'entretien

Méthode d'échantillonnage

L'échantillon sera constitué selon la méthode non probabiliste d'échantillonnage par choix raisonné qui permet la sélection déterminée de sujets, offrant des points de vue riches et variés par rapport à l'objectif de la recherche. L'échantillon ambitionne d'obtenir un maximum de diversité des profils d'intérêt en tenant compte des contraintes de temps et d'accès au public cible. La taille de l'échantillon va évoluer en fonction de l'analyse des

données déjà récoltées en un processus cyclique et itératif, jusqu'à tendre vers la situation idéale de saturation des données et l'échantillon définitif.

Paramètres étudiés et outils de collecte des données

Les paramètres étudiés seront les suivants :

- le rôle des utilisateurs dans la problématique de l'antibiorésistance et de l'usage des antibiotiques
- les besoins des utilisateurs par rapport à l'antibiorésistance et à l'usage des antibiotiques
- les pratiques des utilisateurs concernant la recherche, la consultation et l'usage des informations sur l'antibiorésistance et l'usage des antibiotiques

Des entretiens semi-dirigés seront menés sur base d'un guide d'entretien. L'entretien semi-dirigé permet l'interaction avec les participants et apporte des éléments très riches et nuancés. Cet outil est plus flexible que l'entretien dirigé ou le questionnaire et permet d'explorer en profondeur un sujet au départ des dires des participants. Le guide d'entretien aide à la collecte des données utiles à la recherche en reprenant les thèmes pertinents. Il permet de donner un cadre à l'entretien tout en laissant la liberté aux personnes de s'exprimer spontanément à l'intérieur des thèmes retenus. Ce faisant, des thèmes nouveaux, non envisagés au départ, pourraient émerger du discours. Le guide d'entretien sera élaboré en collaboration avec le promoteur et affiné si nécessaire lors des premiers entretiens.

Organisation de la collecte des données

Les participants potentiels seront informés de l'étude par mail. Ceux qui manifestent leur intérêt seront recontactés par téléphone en vue de fixer un rendez-vous pour l'entretien. Les entretiens seront organisés dans la mesure du possible en face à face, sinon ils seront réalisés par visioconférence.

Conformément au Règlement Général sur la Protection des Données à caractère personnel, un document d'information et de consentement sera remis à chaque participant avant l'entretien. Ce document contiendra toutes les informations nécessaires permettant de faire le choix éclairé de participer ou non à l'étude : objectifs de l'étude, déroulement des entretiens (enregistrement audio), utilisation des données, confidentialité et protection des données, droit de rétractation.

Traitement des données et méthodes d'analyse

Les entretiens seront enregistrés (avec l'accord des participants). Sur base de ces enregistrements, les entretiens seront retranscrits intégralement sous format informatique (logiciel Word) et stockés dans un fichier informatique protégé. Durant cette opération, les données seront anonymisées de sorte qu'il ne soit pas possible de remonter à l'identité du participant. Les enregistrements audio seront détruits dès la retranscription effectuée.

Une première lecture des entretiens sera faite afin de se familiariser avec les informations collectées. Une analyse thématique du matériel sera ensuite réalisée en vue d'identifier les thèmes qui se détachent, qu'il s'agisse de thèmes repris dans le guide d'entretien ou de thèmes nouveaux amenés par le participant (code book). Ensuite, un travail de déstructuration/restructuration sera entrepris en vue d'extraire les verbatims nécessaires à l'analyse et à l'interprétation du matériel en fonction des objectifs de l'étude.

Seules les données essentielles à l'étude seront récoltées et conservées le temps strictement nécessaire (destruction à la fin de l'étude). Elles ne seront accessibles qu'à l'investigatrice et au promoteur de l'étude.

7. Afin de justifier si l'avis du Comité d'Ethique est requis ou non, merci de répondre par oui ou par non aux questions suivantes :

1. L'étude est-elle destinée à être publiée ? Non
2. L'étude est-elle interventionnelle chez des patients (va-t-on tester l'effet d'une modification de prise en charge ou de traitement dans le futur) ? Non
3. L'étude comporte-t-elle une enquête sur des aspects délicats de la vie privée, quelles que soient les personnes interviewées (sexualité, maladie mentale, maladies génétiques, etc...) ? Non
4. L'étude comporte-t-elle des interviews de mineurs qui sont potentiellement perturbantes ? Non
5. Y a-t-il enquête sur la qualité de vie ou la compliance au traitement de patients traités pour une pathologie spécifique ? Non
6. Y a-t-il enquête auprès de patients fragiles (malades ayant des troubles cognitifs, malades en phase terminale, patients déficients mentaux, ...) ? Non
7. S'agit-il uniquement de questionnaires adressés à des professionnels de santé sur leur pratique professionnelle, sans caractère délicat (exemples de caractère délicat : antécédents de burn-out, conflits professionnels graves, assuétudes, etc...) ? Non
8. S'agit-il exclusivement d'une enquête sur l'organisation matérielle des soins (organisation d'hôpitaux ou de maisons de repos, trajets de soins, gestion de stocks,

gestion des flux de patients, comptabilisation de journées d'hospitalisation, coût des soins, ...) ? Non

9. S'agit-il d'enquêtes auprès de personnes non sélectionnées (enquêtes de rue, etc.) sur des habitudes sportives, alimentaires sans caractère intrusif ? Non

10. S'agit-il d'une validation de questionnaire (où l'objet de l'étude est le questionnaire) ? Non

Si les réponses aux questions 1 à 6 comportent au minimum un « oui », il apparaît probablement que votre étude devra être soumise pour avis au Comité d'Éthique.

Si les réponses aux questions 7 à 10 comportent au minimum un « oui », il apparaît probablement que votre étude ne devra pas être soumise pour avis au Comité d'Éthique.

En fonction de l'analyse du présent document, le Collège des Enseignants du Master en Sciences de la Santé publique vous informera de la nécessité ou non de déposer le protocole complet de l'étude à un Comité d'Éthique, soit le Comité d'Éthique du lieu où la recherche est effectuée soit, à défaut, le Comité d'Éthique Hospitalo-facultaire de Liège.

Le promoteur ne sollicite pas l'avis du Comité d'Éthique ~~car~~:

- cette étude rentre dans le cadre de la loi relative aux expérimentations sur la personne humaine.
- cette étude est susceptible de rentrer dans le cadre de la loi relative aux expérimentations sur la personne humaine car elle concerne des patients. Le Promoteur attend dès lors l'avis du CE sur l'applicabilité ou non de la loi.
- cette étude ne rentre pas dans le cadre de la loi relative aux expérimentations sur la personne humaine, mais un avis du CE est nécessaire en vue d'une publication.

Date :

25 avril 2022

Nom et signature du promoteur : ANTOINE-MOUSSIAUX Nicolas



2. Réponse du Comité d’Ethique Hospitalo-Facultaire de Liège

Zimbra

fdevel@student.uliege.be

RE: Demande d'avis CE

De : ethique@chuliege.be
Objet : RE: Demande d'avis CE
À : fdevel@student.uliege.be
Cc : mssp@uliege.be

mar., 10 mai 2022 09:11

📎 1 pièce jointe

Bonjour,

Cette étude n'est pas soumise à la loi de 2004 relative aux expérimentations sur la personne humaine, et comme vous ne souhaitez pas publier, il n'est pas nécessaire de la soumettre au Comité d'Ethique.

Bien à vous,

Sophie MARECHAL
Secrétariat Administratif
Comité d'Ethique Hospitalo-Facultaire Universitaire de Liège
Route 500 (T1/O), Porte 30
Avenue de l'Hôpital, 1
4000 Liège
Tel: +32 4 242 21 58
ethique@chuliege.be



De : mssp@uliege.be <mssp@uliege.be>

Envoyé : lundi 9 mai 2022 12:15

À : ethique <ethique@chuliege.be>; fdevel <fdevel@student.uliege.be>

Objet : Fwd: Demande d'avis CE

Bonjour Mesdames,

Pourriez-vous confirmer à Mme Devel que son étude ne tombe pas sous le coup de la loi de 2004 sur l'expérimentation sur la personne humaine .

Merci d'avance

Françoise Péters
Coordinatrice pédagogique – Master en Sciences de la Santé publique
Faculté de Médecine | Université de Liège | www.facmed.uliege.be
Tél : + 32 (4) 366 29 93
mssp@uliege.be

De: "fdevel" <fdevel@student.uliege.be>

À: "mssp" <mssp@uliege.be>

Envoyé: Mercredi 27 Avril 2022 07:42:49

Objet: Demande d'avis CE

Bonjour,

Veuillez trouver en pièce jointe le formulaire de demande d'avis au Comité d'éthique dans le cadre de mon mémoire de fin d'études.

Bien à vous,

Françoise Devel

3. Guide d'entretien

Remerciement :

« Je voudrais à nouveau vous remercier pour votre participation à cette étude »

Présentation de l'investigatrice et du but de l'étude :

« Comme expliqué dans la lettre d'information, je réalise cette étude dans le cadre de mon mémoire de Master en Sciences de la Santé publique à l'université de Liège. L'objectif de mon travail est d'analyser l'utilité de l'information disponible sur l'antibiorésistance et l'usage des médicaments, par rapport à aux besoins des professionnels de la santé de la première ligne et des professionnels de la santé animale » .

Utilisation des données personnelles et consentement à l'enregistrement :

« Avant de commencer, je voudrais savoir si vous avez des questions ou si vous souhaitez des éclaircissements sur le formulaire de consentement que vous avez reçu ».

Explication complémentaire si nécessaire et signature du formulaire de consentement relatif au traitement des données à caractère personnel [si visioconférence/téléphone : vérification de la réception du document signé/modalités de communication ultérieure du document].

Explication du déroulé de l'entretien :

« Cet entretien durera plus ou moins une demi-heure et je vous rappelle qu'il est enregistré [en cas d'entretien en visioconférence : « Lors de la prise de contact, vous avez été informé du déroulement de l'entretien par Teams. J'ai uniquement besoin de l'enregistrement audio. Si vous souhaitez poursuivre sans vidéo, vous pouvez éteindre votre caméra dès à présent]. Je vais vous poser une série de questions ouvertes. Vous êtes libre d'y répondre ou pas. Il n'y a pas de bonne ou de mauvaise réponse ».

Recueil des données socio-démographiques hors enregistrement :

« Avant de commencer l'enregistrement, je voudrais recueillir quelques informations complémentaires vous concernant » : nom, prénom, âge, métier, métier exercé depuis combien d'année, travail seul/cabinet/maison médicale/maison de repos, situation géographique : milieu urbain/rural/mixte

Questions :

- Qu'est-ce que cela évoque pour vous la résistance aux AB ? *perception de la problématique par le participant*
- Comment jugez-vous l'importance du phénomène de résistance aux AB : phénomène important, peu important, développer ? → *perception de la gravité de la problématique*
- En quoi la résistance aux AB vous concerne-t-elle dans votre pratique ? → *en quoi est-ce ou pas une préoccupation, déjà été confronté au problème ? Si oui, à quelle fréquence ?*
- Quels sont selon vous les moyens de lutte contre la résistance aux AB ?
- *Si pas évoqué à la question précédente* : Qu'évoque pour vous l'usage des AB ? En quoi vous sentez-vous ou pas concerné par le sujet dans votre pratique, développer ?
- Quel rôle pensez-vous avoir en tant que professionnel de santé dans la lutte contre la résistance aux AB et l'usage des AB ?
- Comment et par qui êtes-vous sensibilisé/recevez-vous des informations au sujet de la résistance aux AB et à l'usage des AB ? Que pensez-vous de ces informations ? → *utilité, sentiment d'être ou pas concerné, qualité de l'information*
- De quelles informations avez-vous besoin ? Quelles informations sur la résistance aux AB, l'usage des AB jugez-vous importantes et nécessaires pour votre pratique ? → *benchmarking, sensibilisation, outil d'aide au diagnostic, outil d'aide au traitement, information/formation*
- Quelles sont vos sources d'information sur la résistance aux AB/l'usage des AB ? Qu'est-ce que vous appréciez/n'appréciez pas dans ces sources ?
- Quelles sont vos attentes en matière d'informations au sujet de la résistance aux AB/l'usage des AB ? Que vous manque-t-il ?
- Qu'évoque pour vous le concept « One Health » ? Quels liens voyez-vous avec la résistance aux AB ?
- Souhaitez-vous ajouter autre chose ?

Clôture de l'entretien :

« J'ai terminé. Je vais retranscrire cet entretien. Si j'ai des éléments à clarifier ou à préciser, je me permettez de revenir vers vous ».

Si d'application, rappeler au participant de renvoyer le consentement signé.

« Si je ne reçois pas votre consentement d'ici un jour ou deux, je reviendrai vers vous car sans ce document, je ne pourrai pas prendre votre témoignage en compte, ce qui serait dommage ».

4. Principaux participants au système de surveillance de l'AMR et l'AMU en Belgique

BAPCOC, Belgian Antibiotic Policy Coordination Committee, commission Belge multidisciplinaire de coordination de la politique antibiotique, dépendant du SPF Santé publique, Sécurité de la Chaîne Alimentaire et Environnement. Elle travaille depuis sa création en 1999 à la lutte contre l'AMR. Pour ce faire, la BAPCOC s'appuie sur plusieurs groupes de travail : pratique ambulatoire, médecine vétérinaire, sensibilisation, médecine hospitalière, plateforme fédérale hygiène hospitalière. Actuellement l'essentiel de ses activités concerne la santé humaine mais son groupe de travail Médecine vétérinaire valide les propositions et directives développées au sein de l'AMCRA.

<https://organesdeconcertation.sante.belgique.be/fr/organe-d'avis-et-de-concertation/commissions/bapcoc>

Sciensano, Institut scientifique belge One Health, issu de la fusion entre l'ancien Centre d'Étude et de Recherches Vétérinaires et Agrochimiques (CERVA) et l'ex-Institut scientifique de Santé publique (ISP), accomplit différentes missions en lien avec la surveillance de l'AMR et aux infections liées aux soins, dont les analyses de denrées alimentaires et des échantillons humains. Sciensano est le laboratoire de référence pour l'AMR.

<https://www.sciensano.be/fr/sujets-sante/resistance-aux-antibiotiques/role>

INAMI, Institut national d'assurance maladie-invalidité détermine les conditions de remboursement des médicaments (dont les AB), la collecte de données de prescriptions d'AB et la rédaction de rapports de 'feed-back antibiotiques' pour les médecins généralistes.

<https://www.inami.fgov.be/fr/recherche/pages/default.aspx?k=antibiotiques>

AMCRA, Antimicrobial Consumption and Resistance in Animals est le centre de connaissances concernant l'AMU et l'AMR chez les animaux. Il s'agit d'une ASBL financée par les pouvoirs publics (AFSCA et AFMPS) et des partenaires sectoriels, qui travaille depuis sa création en 2011 à la diminution d'utilisation d'antibiotiques dans le secteur de l'élevage. Missions : prévenir l'AMR, réduire l'AMU et favoriser une politique durable des AB à usage vétérinaire, analyser les données d'usage des AB vétérinaires en Belgique, communiquer et sensibiliser.

<https://amcra.be/fr/home/>

AFSCA : Agence Fédérale pour la Sécurité de la Chaîne alimentaire qui contrôle le respect de la législation sur l'AMU en médecine vétérinaire et effectue des prélèvements cliniques d'animaux et de denrées alimentaires pour le suivi de l'AMR.

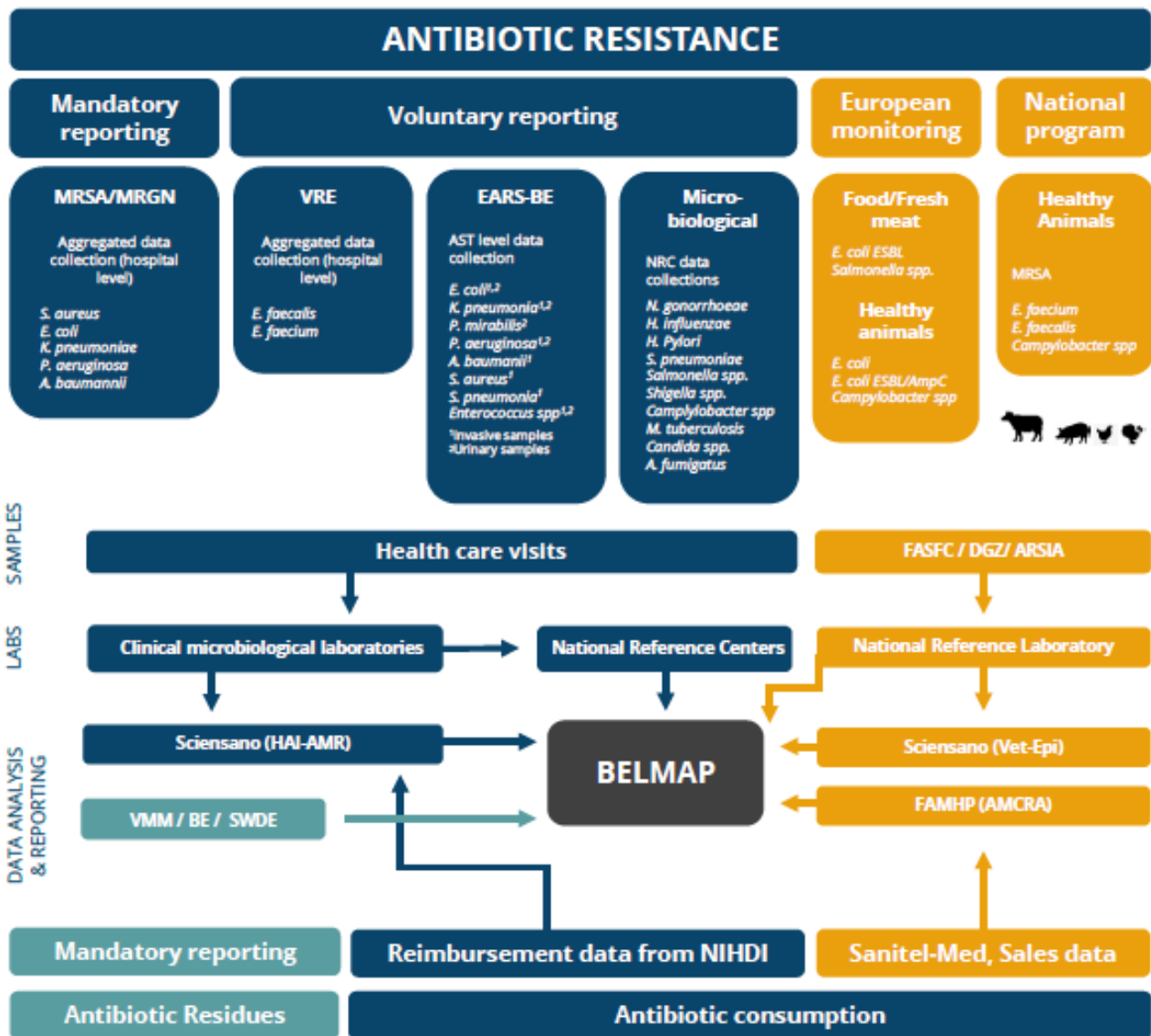
<https://www.afsca.be>

AFMPS : Agence Fédérale des Médicaments et des Produits de Santé responsable des autorisations de mise sur le marché des médicaments et qui gère le système national de collecte de données, intitulé Sanitel-Med, d'enregistrement des AB prescrits, fournis ou administrés en médecine vétérinaire.

<https://www.afmps.be/fr>

DGEM : Direction-Générale Environnement du SPF Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement coordonne les actions environnementales du plan d'action, en collaboration avec l'Agence fédérale des Médicaments et des Produits de Santé (AFMPS). Les Régions mettent également en place des activités en lien avec la lutte contre l'AMR (analyses dans les eaux souterraines et de surface notamment).

5. Flux de données collectées concernant l'AR et l'usage des AB



Aperçu des flux de données utilisés pour générer le rapport BELMAP 2021.

SARM : Staphylococcus aureus résistant à la méthicilline ; MRGN : bactéries Gram-négatives multi-résistantes; ERV : vancomycine entérocoques résistants; NRC : Centre National de Référence ; AFSCA : Agence Fédérale pour la Sécurité de la Chaîne Alimentaire ; DGZ : DierenGezondheid Vlaanderen ; ARSIA : Association Régionale de Santé et d'Identification Animales ; INAMI : Institut National d'Assurance Maladie et Invalidité ; HAI-AMR : unité Sciensano Infections nosocomiales et résistance au antimicrobiens ; Vet-Epi, unité Sciensano Epidémiologie Vétérinaire ; VMM : Vlaamse Milieumaatschappij ; BE : Bruxelles

Environnement; SWDE : Société Wallonne des Eaux ; AFMPS : Agence Fédérale des Médicaments et des Produits de Santé.