



HAL
open science

Les attentes des patients venant consulter pour un coryza en cabinet de médecine générale

Suzy Guérard Yildirim

► **To cite this version:**

Suzy Guérard Yildirim. Les attentes des patients venant consulter pour un coryza en cabinet de médecine générale. Médecine humaine et pathologie. 2014. dumas-01232289

HAL Id: dumas-01232289

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01232289>

Submitted on 23 Nov 2015

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

THESE DE MEDECINE

Suzy GUERARD YILDIRIM

DES Médecine Générale

Les attentes des patients venant consulter pour un
coryza en cabinet de médecine générale

NICE 2014

THESE

Pour le

DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE

DES Médecine Générale

Par

Suzy GUERARD YILDIRIM

Née le 14 Mai 1985 à Caen

Présentée et soutenue publiquement le Mercredi 10 Décembre 2014

Les attentes des patients venant consulter pour un coryza en
cabinet de médecine générale

MEMBRES DU JURY :

Monsieur le Professeur Christian PRADIER

Président du jury

Monsieur le Professeur Laurent CASTILLO

Membre du jury

Monsieur le Professeur Philippe HOFLIGER

Membre du jury

Monsieur le Docteur Patrick MILLOUR

Directeur de thèse

UNIVERSITÉ DE NICE-SOPHIA ANTIPOLIS

FACULTÉ DE MÉDECINE

Liste des professeurs au **1er novembre 2013** à la Faculté de Médecine de Nice

Doyen	M. BAQUÉ Patrick
Assesseurs	M. CARLES Michel Mme BREUIL Véronique M. ESNAULT Vincent M. MARTY Pierre
Conservateur de la bibliothèque	M. SCALABRE Grégory
Chef des services administratifs	Mme CALLEA Isabelle
Doyens Honoraires	M. AYRAUD Noël M. RAMPAL Patrick M. BENCHIMOL Daniel

Professeurs Honoraires

M. BALAS Daniel	M. LE FICHOUX Yves
M. BLAIVE Bruno	M. LOUBIERE Robert
M. BOQUET Patrice	M. MARIANI Roger
M. BOURGEON André	M. MASSEYEFF René
M. BOUTTÉ Patrick	M. MATTEI Mathieu
M. BRUNETON Jean-Noël	M. MOUIEL Jean
Mme BUSSIERE Françoise	Mme MYQUEL Martine
M. CHATEL Marcel	M. OLLIER Amédée
M. COUSSEMENT Alain	M. ORTONNE Jean-Paul
M. DARCOURT Guy	M. SCHNEIDER Maurice
M. DELMONT Jean	M. TOUBOL Jacques
M. DEMARD François	M. TRAN Dinh Khiem
M. DOLISI Claude	M. ZIEGLER Gérard
M. FREYCHET Pierre	
M. GÉRARD Jean-Pierre	
M. GILLET Jean-Yves	
M. GRELLIER Patrick	
M. HARTER Michel	
M. INGLESAKIS Jean-André	
M. LALANNE Claude-Michel	
M. LAMBERT Jean-Claude	
M. LAPALUS Philippe	
M. LAZDUNSKI Michel	
M. LEFEBVRE Jean-Claude	
M. LE BAS Pierre	

M.C.A. Honoraire

Mlle ALLINE Madeleine

M.C.U. Honoraires

Marie

M. ARNOLD Jacques
M. BASTERIS Bernard
Mlle CHICHMANIAN Rose-M. EMILIOZZI Roméo
M. GASTAUD Marcel
M. GIRARD-PIPAU Fernand
M. GIUDICELLI Jean
M. MAGNÉ Jacques
Mme MEMRAN Nadine
M. MENGUAL Raymond
M. POIRÉE Jean-Claude
Mme ROURE Marie-Claire**PROFESSEURS CLASSE EXCEPTIONNELLE**

M.	AMIÉL Jean	Urologie (52.04)
M.	BENCHIMOL Daniel	Chirurgie Générale (53.02)
M.	CAMOUS Jean-Pierre	Thérapeutique (48.04)
M.	DARCOURT Jacques	Biophysique et Médecine Nucléaire (43.01)
M.	DELLAMONICA Pierre	Maladies Infectieuses ; Maladies Tropicales (45.03)
M.	DESNUELLE Claude	Biologie Cellulaire (44.03)
Mme	EULLER-ZIEGLER Liana	Rhumatologie (50.01)
M.	FENICHEL Patrick	Biologie du Développement et de la Reproduction
	(54.05)	
M.	FRANCO Alain	Gériatrie et Biologie du vieillissement (53.01)
M.	FUZIBET Jean-Gabriel	Médecine Interne (53.01)
M.	GASTAUD Pierre	Ophthalmologie (55.02)
M.	GILSON Éric	Biologie Cellulaire (44.03)
M.	GRIMAUD Dominique	Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale (48.01)
M.	HASSEN KHODJA Reda	Chirurgie Vasculaire (51.04)
M.	HÉBUTERNE Xavier	Nutrition (44.04)
M.	HOFMAN Paul	Anatomie et Cytologie Pathologiques (42.03)
M.	LACOUR Jean-Philippe	Dermato-Vénérologie (50.03)
Mme	LEBRETON Élisabeth	Chirurgie Plastique, Reconstructrice et Esthétique
	(50.04)	
M.	MICHIÉLS Jean-François	Anatomie et Cytologie Pathologiques (42.03)
M.	PRINGUEY Dominique	Psychiatrie d'Adultes (49.03)
M.	QUATREHOMME Gérald	Médecine Légale et Droit de la Santé (46.03)
M.	SANTINI Joseph	O.R.L. (55.01)
M.	THYSS Antoine	Cancérologie, Radiothérapie (47.02)
M.	VAN OBBERGHEN Emmanuel	Biochimie et Biologie Moléculaire (44.01)

PROFESSEURS PREMIERE CLASSE

M.	BATT Michel	Chirurgie Vasculaire (51.04)
M.	BÉRARD Étienne	Pédiatrie (54.01)
M.	BERNARDIN Gilles	Réanimation Médicale (48.02)
M.	BOILEAU Pascal	Chirurgie Orthopédique et Traumatologique (50.02)
M.	BONGAIN André	Gynécologie-Obstétrique (54.03)
Mme	CRENESSE Dominique	Physiologie (44.02)
M.	DE PERETTI Fernand	Anatomie-Chirurgie Orthopédique (42.01)
M.	DRICI Milou-Daniel	Pharmacologie Clinique (48.03)
M.	ESNAULT Vincent	Néphrologie (52-03)
M.	FERRARI Émile	Cardiologie (51.02)
M.	GIBELIN Pierre	Cardiologie (51.02)
M.	GUGENHEIM Jean	Chirurgie Digestive (52.02)
Mme	ICHAÏ Carole	Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale (48.01)
M.	LONJON Michel	Neurochirurgie (49.02)
M.	MARQUETTE Charles-Hugo	Pneumologie (51.01)
M.	MARTY Pierre	Parasitologie et Mycologie (45.02)
M.	MOUNIER Nicolas	Cancérologie, Radiothérapie (47.02)
M.	MOUROUX Jérôme	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire (51.03)
M.	PADOVANI Bernard	Radiologie et Imagerie Médicale (43.02)
M.	PAQUIS Philippe	Neurochirurgie (49.02)
Mme	PAQUIS Véronique	Génétique (47.04)
M.	RAUCOULES-AIMÉ Marc	Anesthésie et Réanimation Chirurgicale (48.01)
Mme	RAYNAUD Dominique	Hématologie (47.01)
M.	ROBERT Philippe	Psychiatrie d'Adultes (49.03)
M.	ROSENTHAL Éric	Médecine Interne (53.01)
M.	SCHNEIDER Stéphane	Nutrition (44.04)
M.	TRAN Albert	Hépatogastro-entérologie (52.01)

PROFESSEURS DEUXIEME CLASSE

M.	ALBERTINI Marc	Pédiatrie (54.01)
Mme	ASKENAZY-GITTARD Florence	Pédopsychiatrie (49.04)
M.	BAHADORAN Philippe	Cytologie et Histologie (42.02)
M.	BAQUÉ Patrick	Anatomie - Chirurgie Générale (42.01)
M.	BARRANGER Emmanuel	Gynécologie Obstétrique (54.03)
M.	BENIZRI Emmanuel	Chirurgie Générale (53.02)
Mme	BLANC-PEDEUTOUR Florence	Cancérologie – Génétique (47.02)
M.	BREAUD Jean	Chirurgie Infantile (54-02)
Mlle	BREUIL Véronique	Rhumatologie (50.01)
M.	CANIVET Bertrand	Médecine Interne (53.01)
M.	CARLES Michel	Anesthésiologie Réanimation (48.01)
M.	CASSUTO Jill-Patrice	Hématologie et Transfusion (47.01)
M.	CASTILLO Laurent	O.R.L. (55.01)
M.	CHEVALLIER Patrick	Radiologie et Imagerie Médicale (43.02)
M.	DUMONTIER Christian	Chirurgie plastique
M.	FERRERO Jean-Marc	Cancérologie ; Radiothérapie (47.02)
M.	FOURNIER Jean-Paul	Thérapeutique (48-04)
M.	FREDENRICH Alexandre	Endocrinologie, Diabète et Maladies métaboliques
	(54.04)	
Mlle	GIORDANENGO Valérie	Bactériologie-Virologie (45.01)
M.	GUÉRIN Olivier	Gériatrie (48.04)
M.	HANNOUN-LEVI Jean-Michel	Cancérologie ; Radiothérapie (47.02)
M.	IANNELLI Antonio	Chirurgie Digestive (52.02)
M.	JOURDAN Jacques	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire (51.03)
M.	LEVRAUT Jacques	Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale (48.01)
M.	PASSERON Thierry	Dermato-Vénérologie (50-03)
M.	PICHE Thierry	Gastro-entérologie (52.01)
M.	PRADIER Christian	Épidémiologie, Économie de la Santé et Prévention
	(46.01)	
M.	ROGER Pierre-Marie	Maladies Infectieuses ; Maladies Tropicales (45.03)
M.	ROHRLICH Pierre	Pédiatrie (54.01)
M.	RUIMY Raymond	Bactériologie-virologie (45.01)
M.	SADOUL Jean-Louis	Endocrinologie, Diabète et Maladies Métaboliques
	(54.04)	
M.	STACCINI Pascal	Biostatistiques et Informatique Médicale (46.04)
M.	THOMAS Pierre	Neurologie (49.01)
M.	TROJANI Christophe	Chirurgie Orthopédique et Traumatologique (50.02)
M.	VENISSAC Nicolas	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire (51.03)

PROFESSEUR DES UNIVERSITÉS

M.	SAUTRON Jean-Baptiste	Médecine Générale
----	-----------------------	-------------------

MAITRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

Mme	ALUNNI-PERRET Véronique	Médecine Légale et Droit de la Santé (46.03)
M.	AMBROSETTI Damien	Cytologie et Histologie (42.02)
Mme	BANNWARTH Sylvie	Génétique (47.04)
M.	BENOLIEL José	Biophysique et Médecine Nucléaire (43.01)
Mme	BERNARD-POMIER Ghislaine	Immunologie (47.03)
Mme	BUREL-VANDENBOS Fanny	Anatomie et Cytologie pathologiques (42.03)
M.	DELOTTE Jérôme	Gynécologie-Obstétrique (54.03)
M.	DOGLIO Alain	Bactériologie-Virologie (45.01)
Mme	DONZEAU Michèle	Biologie du Développement et de la Reproduction
	(54.05)	
M.	FOSSE Thierry	Bactériologie-Virologie-Hygiène (45.01)
M.	FRANKEN Philippe	Biophysique et Médecine Nucléaire (43.01)
M.	GARRAFFO Rodolphe	Pharmacologie Fondamentale (48.03)
Mme	HINAULT Charlotte	Biochimie et biologie moléculaire (44.01)
Mlle	LANDRAUD Luce	Bactériologie-Virologie (45.01)
Mme	LEGROS Laurence	Hématologie et Transfusion (47.01)
Mme	MAGNIÉ Marie-Noëlle	Physiologie (44.02)
Mme	MUSSO-LASSALLE Sandra	Anatomie et Cytologie pathologiques (42.03)
M.	NAÏMI Mourad	Biochimie et Biologie moléculaire (44.01)
M.	PHILIP Patrick	Cytologie et Histologie (42.02)
Mme	POMARES Christelle	Parasitologie et mycologie (45.02)
Mlle	PULCINI Céline	Maladies Infectieuses ; Maladies Tropicales (45.03)
M.	ROUX Christian	Rhumatologie (50.01)
M.	TESTA Jean	Épidémiologie Économie de la Santé et Prévention
	(46.01)	
M.	TOULON Pierre	Hématologie et Transfusion (47.01)

PROFESSEURS ASSOCIÉS

M.	DIOMANDE Mohenou Isidore	Anatomie et Cytologie Pathologiques
M.	HOFLIGER Philippe	Médecine Générale
M.	MAKRIS Démosthènes	Pneumologie
M.	PITTET Jean-François	Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale
Mme	POURRAT Isabelle	Médecine Générale

MAITRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS

Mme	CHATTI Kaouthar	Biophysique et Médecine Nucléaire
M.	GARDON Gilles	Médecine Générale
Mme	MONNIER Brigitte	Médecine Générale
M.	PAPA Michel	Médecine Générale

PROFESSEURS CONVENTIONNÉS DE L'UNIVERSITÉ

M.	BERTRAND François	Médecine Interne
M.	BROCKER Patrice	Médecine Interne Option Gériatrie
M.	CHEVALLIER Daniel	Urologie
Mme	FOURNIER-MEHOUAS Manuella	Médecine Physique et Réadaptation
M.	QUARANTA Jean-François	Santé Publique

REMERCIEMENTS

Aux membres du jury :

A Monsieur le Professeur Christian PRADIER,

Pour avoir accepté la présidence de ce jury. Votre présence m'honore.

Je vous remercie de vos conseils éclairés.

Veuillez croire en l'expression de tout mon respect.

A Monsieur le Professeur Laurent CASTILLO,

Je vous remercie pour la spontanéité avec laquelle vous avez accepté de juger mon travail.

Veuillez croire en l'expression de ma profonde reconnaissance.

A Monsieur le Professeur Philippe HOFLIGER,

Pour votre participation à mon jury de thèse.

Merci pour votre enseignement de la médecine générale.

Veuillez trouver dans ce travail, ma sincère reconnaissance.

A Monsieur le Docteur Patrick MILLOUR,

Pour avoir accepté de diriger ce travail de thèse et pour m'avoir accompagné tout au long de sa réalisation. J'ai apprécié votre disponibilité constante.

J'ai beaucoup appris à vos côtés, pour ce travail et pour l'exercice de la médecine générale.

Puissiez-vous trouver ici l'expression de mon entière reconnaissance pour tout l'intérêt que vous avez porté à ce travail.

A ceux qui m'ont accompagnée tout au long de mon parcours :

A tous les Professeurs et Docteurs en Médecine rencontrés pendant cette décennie de formation médicale et qui ont participé à mon enseignement durant mon externat à Caen, et mon internat à Nice, pour leur goût de la médecine qu'ils ont su me transmettre, leurs connaissances, leur appui et leur expérience.

A tous mes anciens co-internes, croisés aux détours des couloirs, des services, des cabinets, pendant les gardes, les GEASP ...

A tous les médecins généralistes,

Qui ont bien voulu participer à cette étude et sans qui ce travail n'aurait pas pu être réalisé, je les remercie sincèrement.

A tous les patients,

Qui ont contribué, bien malgré eux, à façonner le médecin que je suis devenu.

A mes amis,

A Maude : ma meilleure amie, tu as été présentes à chaque moment de ma vie.

Pour tout ce qu'il nous reste à partager malgré la distance.

A mes amis d'enfance qui sont toujours présents après ces années : Caroline, Matthieu, Elise

Aux Internes Caennais : Sophie, Laurène, François, Anne-Sophie, Caroline, Marie,...

A Sarah Line : Pour tes bons conseils et ta disponibilité incroyable

A tous ceux que je n'ai pas cités mais qui sont, de près ou de loin, quelque part, au fond de mon cœur et à qui je pense de temps en temps...

A ma famille :

A mon oncle, Franck : je te dédie particulièrement ce travail, je sais que tu serais très fière si tu pouvais encore être là

A ma tante Sophie, qui a su croire en moi, un grand merci pour ton soutien

A mes grand-mères qui ont été présentes et réconfortantes depuis toujours

A ma soeurette Stéphanie, qui a toujours été présente depuis ce nouveau départ dans le Sud !

A ma « deuxième » famille :

Je vous remercie de m'avoir accueilli à bras ouverts et de m'avoir accepté

A Sait, ma moitié :

Pour ces années de bonheur passées et toutes celles à venir.

Merci pour ton soutien et ta compréhension tout au long de ce travail. Je t'aime.

A Jade :

Le trésor de notre amour, ma plus grande fièreté.

Ton sourire et ta joie de vivre me comblent de bonheur.

A tous, merci !

Table des matières

I.	Introduction	17
A.	Généralités	17
B.	Coryza.....	20
1.	Définition du coryza et éléments du diagnostic.....	20
2.	Épidémiologie.....	20
3.	Physiopathologie.....	21
4.	Thérapeutique.....	21
C.	Problématique de l'étude	27
II.	Matériel et méthodes	28
A.	Population de l'étude.....	28
1.	Les médecins	28
2.	Les patients	29
B.	Le questionnaire.....	29
1.	Les médecins	30
2.	Les patients	31
C.	Analyse statistique	32
III.	Résultats.....	33
A.	Constitution de l'échantillon des médecins et recrutement des patients.....	33
1.	Modalités du recrutement	33
2.	Répartition du nombre de patients par médecin.....	33
B.	Médecins.....	34
1.	Caractéristiques des médecins.....	34
2.	Pratiques professionnelles des médecins généralistes interrogés	36
3.	Analyse terminologique du diagnostic de coryza	37
C.	Patients.....	38
1.	Caractéristiques des patients	38
2.	Antécédents des patients.....	40
3.	Délai entre l'apparition des premiers symptômes et consultation du médecin généraliste 41	
4.	Symptômes ayant conduits à la consultation	42
5.	Les attentes des patients	44
6.	Analyse terminologique du diagnostic retenu par le patient	48

7.	Type de prescription médicamenteuse à l'issue de la consultation	49
8.	Enquête de satisfaction.....	50
D.	Analyse qualitative	51
1.	Conseils et explications délivrés aux patients par les médecins généralistes	51
2.	Comparaison de la terminologie du coryza employée par les médecins et les patients.	52
IV.	Discussion.....	53
A.	Synthèse et analyse des principaux résultats.	53
B.	Forces et faiblesses de l'étude	56
C.	Comparaison à la littérature	57
D.	Implication pour la pratique et la recherche	58
V.	Conclusion	62
VI.	Résumé.....	64
VII.	Bibliographie	66
VIII.	Annexes	69
A.	Annexe 1 : Questionnaire destiné aux médecins.....	69
B.	Annexe 2 : Questionnaire patients.....	70
C.	Annexe 3 : Classification ATC	72

LISTE DES ABREVIATIONS

AFSSAPS : Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé

AINS : Anti- Inflammatoires Non Stéroïdiens

AME : Aide Médicale de l'État

AMM : Autorisation de Mise sur le Marché

ANSM : Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des produits de santé

ATC (classification) : Anatomique, Thérapeutique et Chimique (classification)

CMU : Couverture Maladie Universelle

CSP : Catégorie Socioprofessionnelle

FMC : Formation Médicale Continue

INSEE : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques

IVRS : Infection des Voies Respiratoires Supérieures

LEEM : Les Entreprises du Médicament

ORL : Oto-Rhino-Laryngologie

PAAIR : Prescription Ambulatoire des Antibiotiques dans les Infections Respiratoires

PMF : Prescriptions Médicales Facultatives

SFORL : Société Française d'Oto-Rhino-Laryngologie et de Chirurgie de la Face et du Cou

SMRI : Service Médicale Rendu Insuffisant

LISTE DES FIGURES ET TABLEAUX

- Figure 1 : Diagramme de flux
- Figure 2 : Diagnostics cités par les médecins généralistes
- Figure 3 : Histogramme de l'âge des patients
- Figure 4 : Symptômes présentés par les patients (effectifs)
- Figure 5 : Symptômes du coryza en fonction de la précision de l'étiologie virale
- Figure 6 : Diagnostics les plus fréquents formulés par les patients à l'issue de la consultation
- Figure 7 : Classes de médicaments prescrites à l'issue de la consultation (pourcentages)
-
- Tableau 1 : Distribution des patients en fonction des médecins
- Tableau 2 : Données recueillies sur les médecins interrogés
- Tableau 3 : Symptômes retrouvés par les médecins généralistes au cours de la consultation pour coryza
- Tableau 4 : Données recueillies sur la patientèle des médecins interrogés
- Tableau 5 : Répartition des patients selon leur CSP
- Tableau 6 : Répartition des patients en fonction de leur couverture sociale
- Tableau 7 : Délai de consultation en fonction des caractéristiques des patients
- Tableau 8 : Symptômes décrits par les patients à l'origine de la consultation
- Tableau 9 : Diagnostics cités par les patients
- Tableau 10 : Traitements prescrits à l'issue de la consultation d'après la classification ATC

I. Introduction

A. Généralités

Les viroses de la sphère ORL représentaient le troisième motif de consultation le plus fréquent en cabinet de médecine générale, en 2009, en France.

Le coryza est une maladie bénigne d'origine virale, aux implications multiples : individuelle (complications possibles, problème des traitements antibiotiques...), économique (coûts directs et indirects), sociale (absentéisme scolaire, arrêt de travail).

La rhinopharyngite représente un problème majeur de santé publique en France, en termes de consommation de soins comme de dépenses de santé. Près de 15 millions de séances sont effectuées chaque année en France par des praticiens libéraux pour rhinopharyngite aiguë. 38 à 46 pourcent d'entre elles sont traitées par des antibiotiques.

En France, il existe actuellement une importante discordance entre les recommandations et les pratiques des médecins généralistes concernant la prescription d'antibiotiques dans les infections respiratoires présumées d'origine virale.

Grâce à la « méthode des incidents critiques », l'étude PAAIR, menée dans le cadre théorique du « praticien réflexif », a permis de mieux comprendre comment et pourquoi se produit une sur-prescription d'antibiotiques dans les infections respiratoires présumées virales en médecine ambulatoire.

Pour la prise en charge de cette pathologie bénigne, qui évolue favorablement et spontanément en quelques jours, il existe de très nombreuses spécialités sur le marché français. Certains médicaments à visée ORL ont une efficacité proche de celle d'un placebo et sont grevés d'effets indésirables pouvant être graves.

C'est pourquoi plusieurs d'entre eux ne sont plus remboursés et interdits chez les moins de 30 mois, et plus récemment, contre-indiqués chez les moins de 15 ans.

Plusieurs comparaisons internationales placent la France en tête des dépenses pharmaceutiques en Europe et au deuxième ou troisième rang mondial.

La France est le premier consommateur d'antibiotiques en Europe.

Le secteur des dépenses de santé est donc une préoccupation majeure des pouvoirs publics français qui ont déjà proposé plusieurs réformes et campagnes afin de freiner ces dépenses (développement du marché des génériques, déremboursement de médicaments à SMR insuffisant, campagne grand public « *Les antibiotiques, c'est pas automatique* », ...).

En effet, les consultations de médecine générale françaises se terminent plus souvent par une ordonnance médicamenteuse comparativement aux autres pays (90% en France, 72% en Allemagne et 43% aux Pays-Bas selon l'étude Ipsos). La France aurait donc un réflexe plus ancré « consultation = ordonnance = médicaments ».

Le coryza est un bon exemple de gestion d'une consultation de médecine générale puisqu'il rassemble différentes facettes : éducation du patient, prise en compte des dimensions familiales et professionnelles des patients, responsabilité de santé publique en termes de consommation de soins.

Si les médecins sont confrontés à ces différentes variables pendant la consultation, quelles sont les inquiétudes des patients devant ce coryza ?

En médecine générale, les recommandations seules ne suffisent parfois pas à décider de la conduite à tenir qui devra être adaptée au patient. La décision finale dépendant de multiples influences : le patient et son environnement, ses croyances et ses connaissances, la volonté de maintenir une bonne relation médecin-patient, deuxième consultation pour le même épisode, manque de temps en consultation, la pression de l'industrie pharmaceutique à la fois sur le patient et sur le médecin.

Qu'attendent les patients de la part de leur médecin généraliste lors de cette consultation : Veulent-ils être rassurés ? Veulent-ils des conseils ? Des médicaments ? Des antibiotiques ?

B. Coryza

1. Définition du coryza et éléments du diagnostic

Le coryza est une affection localisée, liée à une inflammation de la muqueuse nasale, virale et spontanément résolutive mais très contagieuse. Il est encore souvent appelé « rhume de cerveau » par les patients. La période d'incubation est de 48 à 72 heures.

Les signes fonctionnels du coryza sont une obstruction nasale, des éternuements, une toux, une rhinorrhée claire puis mucopurulente.

Il existe parfois des signes associés : un enrrouement, des céphalées, une asthénie, de la fièvre en général inférieure à 38,5°C, une toux, une gêne à la déglutition ou une conjonctivite.

Les signes généraux ne sont pas marqués.

A l'examen clinique, on retrouve un pharynx inflammatoire et un écoulement nasal postérieur inconstant.

2. Épidémiologie

L'étiologie du coryza banal est virale. Les principaux agents viraux pathogènes sont le rhinovirus (30-50%), le coronavirus (10-15%), le virus respiratoire syncytial (5%), le virus influenzae (5-15%) et parainfluenzae, adénovirus, entérovirus.

On dénombre plus de 200 virus responsables de la rhinopharyngite aiguë, et plus de 100 sérotypes différents de rhinovirus.

Ces virus induisent une immunité de courte durée ne protégeant pas contre les types hétérologues, permettant les réinfections et expliquant la fréquence des épisodes.

Il s'agit d'une affection prédominante en période automno-hivernale.

La rhinopharyngite aiguë reste très fréquente surtout chez les jeunes enfants de 6 mois à 7 ans. Dans cette tranche d'âge, les enfants présentent en moyenne six à huit épisodes par an contre deux à quatre chez les adultes.

3. Physiopathologie

La transmission des virus se fait essentiellement par voie aérienne, par particules aérosols émises notamment lors des éternuements ou de la toux. La transmission semble également importante par voie manuportée en ce qui concerne les rhinovirus.

Le lavage des mains est donc une mesure essentielle pour limiter la contagiosité de ces virus. Les symptômes, variables d'un jour à l'autre, s'amendent en général sans complication en sept à quatorze jours. L'évolution d'un coryza banal n'est pas améliorée par des médicaments.

Il faut noter que la présence de fièvre et de sécrétions nasales purulentes (dans les délais normaux d'évolution de la maladie) ne prédisent pas un risque de surinfection bactérienne.

La fièvre dure en moyenne trois à quatre jours.

Les principales complications sont l'otite moyenne aiguë, la sinusite, la conjonctivite purulente, la bronchite et la bronchiolite.

4. Thérapeutique

On prétend qu'un rhume « dure sept jours sans traitement, une semaine avec traitement ».

La prise en charge thérapeutique d'un coryza banal est essentiellement symptomatique et peut associer un lavage des fosses nasales avec un antipyrétique en cas de fièvre mal tolérée ou de douleur et de gêne nasale importante.

Des mesures préventives peuvent être efficaces pour lutter contre la propagation virale : une bonne hygiène avec notamment un lavage fréquent des mains, une hydratation correcte, une éviction de la fumée de tabac et le repos dans une pièce chauffée confortablement, en renouvelant l'air de la pièce de temps en temps.

Une nouvelle consultation est nécessaire si apparition : d'une gêne respiratoire ; d'une fièvre persistante au-delà de 3 jours ou d'apparition postérieure à ce délai ; persistance sans tendance à l'amélioration des autres symptômes (toux, rhinorrhée, obstruction nasale) au-delà de 10 jours ; d'une irritabilité ; de réveils nocturnes ; d'une otalgie ; d'une otorrhée ; d'une conjonctivite purulente ; d'un œdème palpébral ; de troubles digestifs ou d'une éruption cutanée.

Les médicaments disponibles concernant le traitement du coryza ont une efficacité uniquement symptomatique et ont des effets indésirables graves face à des troubles bénins.

L'usage des vasoconstricteurs décongestionnants par voie générale, comme par voie nasale nécessite certaines précautions : respecter la posologie maximale journalière et une durée maximale de traitement de 5 jours, ne pas utiliser chez l'enfant de moins de 15 ans mais aussi en cas d'hypertension artérielle sévère ou mal équilibrée, d'antécédents

d'accident vasculaire cérébral ou de facteurs de risque susceptibles d'en favoriser la survenue, d'insuffisance coronarienne sévère ou d'antécédents de convulsion, ne pas associer entre eux deux de ces médicaments (même administrés par des voies différentes) du fait de la dangerosité potentielle d'une telle association et de son inutilité. Les vasoconstricteurs décongestionnants sous forme de solution pour pulvérisation nasale, sont vendus uniquement sur ordonnance. Ces formes nasales exposent à un risque de rhinite chronique en cas de non respect de la posologie. Pour la plupart, elles ne sont plus remboursées par la Sécurité sociale depuis le 1er septembre 2012.

D'après une revue critique de la littérature par un groupe d'experts, il existe un effet rebond (majoration de l'obstruction nasale à l'arrêt du traitement vasoconstricteur par la réapparition de la congestion nasale induite par la pathologie rhinosinusienne) aux vasoconstricteurs nasaux en pratique clinique.

Entre 2007 et 2011, le Centre régional de pharmacovigilance de Toulouse a recensé et analysé 142 effets indésirables cardiovasculaires (accidents vasculaires cérébraux, hypertensions artérielles, douleurs thoraciques, infarctus du myocarde) ou neuropsychiques (céphalées et convulsions) imputés aux décongestionnants utilisés par voie orale ou nasale.

Les deux tiers des effets indésirables notifiés concernaient un médicament disponible sans ordonnance. Dans certains cas, les décongestionnants avaient été utilisés sans respecter la posologie préconisée dans la notice.

Ces données sont une confirmation de plus que les décongestionnants vasoconstricteurs (éphédrine, naphtazoline, oxymétazoline, pseudoéphédrine, phényléphédrine et tuaminoheptane) continuent d'exposer les patients à de graves effets indésirables.

La SFORL et l'AFSSAPS (renommée ANSM en 2012) publiaient en 2011 des recommandations concernant l'utilisation des vasoconstricteurs en rhinologie. Ces recommandations indiquent qu'il est préférable d'utiliser des vasoconstricteurs locaux plutôt que des vasoconstricteurs oraux (moins d'effets indésirables et moins de mésusages).

Le conseil du pharmacien est plus que jamais incontournable, notamment concernant les ventes de ces médicaments sans ordonnance.

Dans le traitement du coryza, les anti-inflammatoires non stéroïdiens ainsi que les corticoïdes par voie générale ne sont pas indiqués.

Des spécialités par voie orale à visée décongestionnante contiennent, associées avec un vasoconstricteur, trois voire quatre autres substances, un antihistaminique H1, du paracétamol, un AINS, de la vitamine C, de la caféine ou un atropinique. Ces associations sont sans efficacité clinique tangible démontrée et cumulent les effets indésirables et interactions des divers composants. Leur balance bénéfice/risque est globalement défavorable.

Mieux vaut éviter les médicaments associant plusieurs substances, qui multiplient les risques d'effets indésirables sans gain d'efficacité.

De nombreuses spécialités contiennent du paracétamol à divers dosages, parfois en association avec d'autres substances. Certaines de ces spécialités sont des spécialités d'automédication. La prise de plusieurs médicaments contenant du paracétamol accroît les risques de surdosage et d'effets indésirables.

Certains médicaments contiennent un antihistaminique H1 sédatif. Ils sont d'efficacité incertaine et exposent au risque de somnolence et à des effets indésirables atropiniques

(bouche sèche, constipation, difficulté à uriner, confusion, glaucome par fermeture de l'angle...).

L'existence des gammes ombrelles qui rassemble sous un nom de marque commun ou comportant un suffixe commun des spécialités de composition différentes (sous des formes et des présentations différentes) et l'existence de médicaments avec des noms commerciaux peu informatifs, sont sources d'interaction médicamenteuse pour les patients.

De nombreuses plantes sont utilisées dans le traitement du coryza. Malheureusement, la plupart d'entre elles n'ont pas fait l'objet d'études cliniques. Leur usage repose donc sur la tradition. Parmi ces plantes, on retrouve : la menthe poivrée, le thym, les échinacées, le sureau noir, l'huile essentielle d'anis vert, la poudre de racines et de fleurs séchées de primevère officinale, l'ortie dioïque, l'ail, le saule blanc, le bouillon-blanc, le fenouil doux, le gingembre, le ginseng, le lierre grimpant, la sauge officinale...

D'après quelques études, ni l'utilisation de la vitamine C ni de la vitamine D n'est justifiée dans le traitement du coryza.

Les traitements homéopathiques sont peu étudiés dans cette pathologie.

D'après des études, on peut conclure concernant l'air chaud humidifié dans le traitement du rhume banal que l'insuffisance de preuves ne permet pas d'encourager l'inhalation de vapeur pour le rhume banal.

L'utilisation de probiotiques ne présente pas de preuves concluantes dans la prévention des IVRS aiguës.

La prise de zinc débutée dans les 24 heures après l'apparition des symptômes du rhume en réduit la durée et la sévérité, chez les personnes en bonne santé habituelle. Toutefois,

son efficacité dans le traitement et la prévention de l'épisode aigu n'a pas été prouvée et sa prescription n'est actuellement pas recommandée.

La combinaison d'un antihistaminique-décongestionnant semble être la plus efficace, mais beaucoup de personnes ressentent des effets secondaires comme des somnolences, une sécheresse buccale, des insomnies et des étourdissements.

Un aérosol contenant du bromure d'ipratropium administré à l'intérieur du nez pour traiter le rhume simple pourrait être efficace pour améliorer l'écoulement nasal, avec quelques effets secondaires bien tolérés.

Il existe une multitude d'autres traitements préventifs ou curatifs sur le marché français : aromathérapie, phytothérapie, oligothérapie sans grande efficacité démontrée.

D'après la Société de Pathologie Infectieuse de Langue Française (SPILF) et d'après le rapport de l'AFSSAPS de 2005 (ANSM), l'antibiothérapie n'a pas sa place dans la prise en charge de la rhinopharyngite que ce soit chez l'adulte ou chez l'enfant (Grade B). Les études antibiotiques versus un placebo ne montrent pas d'efficacité des antibiotiques sur l'évolution de la maladie ni sur la survenue de complications d'origine bactérienne.

L'utilisation d'antibiotique dans cette indication n'est donc d'aucune utilité et présente au contraire deux inconvénients majeurs :

- nombreux effets indésirables liés à cette classe (allergie, troubles digestifs,...)
- impact écologique avec développement de résistances vis-à-vis des antibiotiques

Malgré ces recommandations, le recours aux antibiotiques lors d'une rhinopharyngite non compliquée reste important en France. Ainsi une consultation sur deux donnait lieu à une antibiothérapie en 2001 ce qui représenterait 9,6% de l'ensemble de la consommation d'antibiotiques prescrits annuellement par les médecins généralistes.

C. Problématique de l'étude

La discordance entre la fréquence des consultations pour coryza et le caractère bénin et spontanément résolutif de cette pathologie m'a interpellé dans la pratique des médecins généralistes face aux attentes des patients.

L'objectif principal de cette étude est d'évaluer les attentes de prescription médicamenteuse des patients venant consulter en cabinet de médecine générale pour un coryza et l'objectif secondaire est de déterminer la terminologie employée pour le diagnostic de coryza de la part des médecins et de la part des patients.

II. Matériel et méthodes

Il s'agissait d'une enquête multicentrique, transversale et descriptive. La période d'inclusion a été choisie au moment où la fréquence du coryza est élevée, entre octobre 2013 et avril 2014.

A. Population de l'étude

1. Les médecins

Il s'agissait d'une enquête menée auprès de médecins généralistes exerçant en libéral dans deux départements du sud-est de la France : les Alpes Maritimes et le Var. On a cherché à obtenir une diversité parmi les zones d'exercice (rural, urbain, quartier défavorisé).

a) Les Alpes-Maritimes

Le recrutement de ces médecins a été réalisé tout d'abord par le biais de la liste des maîtres de stages de la faculté de Nice recensés sur le site du Collège de Médecine Générale de Nice. Un premier contact a été effectué par e-mail dans lequel on expliquait les objectifs de l'étude et on demandait aux médecins leur accord pour y participer. En l'absence de réponse, une relance a été envoyée.

Un entretien a ensuite été fixé avec chaque médecin coopérant pour expliquer le but et le déroulement de l'enquête. A cette occasion, ils ont reçu un kit contenant le questionnaire médecin, les questionnaires patients avec une note détaillant les critères d'inclusion ainsi que l'urne prévue pour la collecte des questionnaires patients.

b) Le Var

La sélection a été effectuée par l'intermédiaire de mon directeur de thèse en recrutant un de ses associés et des médecins généralistes participants au même groupe de pairs que lui, il a lui-même participé à l'étude. Mon directeur a remis le kit à ces médecins et leur a expliqué le protocole de l'étude à l'occasion d'une réunion.

2. Les patients

Il m'est apparu judicieux que ce soient les médecins généralistes qui remettent le questionnaire à leurs patients à l'issue de la consultation pour laquelle ils avaient fait le diagnostic de coryza.

Pouvaient être inclus les patients de 18 ans ou plus et qui consentaient à compléter le questionnaire. Les patients non inclus étaient dans l'incapacité de comprendre les questions ou de rédiger les réponses.

Le critère d'exclusion était le refus de remplir le questionnaire.

B. Le questionnaire

Dans ce contexte de pathologie ORL bénigne mais très fréquente, il est apparu opportun de mener deux enquêtes. La première, était un questionnaire destiné aux patients ayant consulté pour un coryza, qui s'intéressait à leurs attentes de la consultation, la deuxième était une enquête destinée aux médecins généralistes concernant leurs conduites à tenir habituellement devant un coryza.

Afin d'être en mesure de déterminer les attentes des personnes atteintes d'un coryza, il m'est apparu nécessaire de les interroger directement. Il n'existait pas de questionnaire

validé qui répondait à mes objectifs. Ainsi, l'élaboration d'un questionnaire m'a semblé être l'outil le plus simple et le plus adapté afin d'avoir une approche sur leurs réelles attentes. Les questionnaires étaient anonymes (patients et médecins). Cette approche directe et l'anonymat du questionnaire avaient pour objectif de permettre aux patients de s'exprimer de façon concrète sur leurs attentes de la consultation.

Concernant les médecins, le choix d'un questionnaire avec des questions fermées et des questions ouvertes permettait de bien rendre compte de leurs habitudes de prescriptions.

Les données de terminologie concernant le diagnostic compris par le patient et le diagnostic donné par le médecin obtenues par des questions ouvertes ont été interprétées de manière qualitative.

1. Les médecins

Les questions concernaient les pratiques professionnelles des médecins. Elles abordaient successivement la sémiologie du coryza, la terminologie du diagnostic de coryza délivrée aux patients, le type de prescription effectué et enfin les conseils et explications donnés aux patients concernant la pathologie.

Le questionnaire comportait des données démographiques (leur sexe et leur âge) et des données à caractéristiques personnelles (leur année d'installation et leur lieu d'exercice). Des données concernant leurs pratiques professionnelles ont également été recueillies (leur type d'exercice en secteur I ou II, l'existence d'une formation en infectiologie et la présence d'internes en formation dans leur cabinet). L'accueil d'internes pendant leur consultation montrait la capacité et la volonté d'enseignement de leur savoir avec une mise à jour régulière des connaissances médicales.

2. Les patients

Le questionnaire s'articulait autour de seize questions, réparties sur deux pages, dont douze questions fermées. Les questions visaient à recueillir les antécédents des patients, identifier les symptômes présents au moment de la consultation et la date de début des symptômes, identifier un recours à l'automédication ou à une consultation de « l'internet médical ».

La question de « l'internet médical » avait pour but d'identifier les recherches des patients concernant leurs symptômes liés au coryza, par le biais de différents sites d'information sur la santé (Wikipédia, Doctissimo, Vulgaris médical, Forum.aufeminin.com).

Les questions ont aussi exploré de façon fermée les attentes des patients. Ensuite, l'existence et le type de prescription médicamenteuse a été recherché ainsi que le diagnostic compris par le patient. La dernière partie du questionnaire explorait la satisfaction face à la prise en charge de leur médecin.

Des données démographiques ont été recueillies (leur sexe, leur âge, leur profession, leur lieu de résidence et leur couverture sociale).

Concernant les professions, nous avons établis trois catégories socioprofessionnelles (CSP) à partir de la nomenclature de l'INSEE, du ministère des affaires sociales du travail et de la solidarité :

- Professions supérieures et intermédiaires : artisans, commerçants et chefs d'entreprise, cadres et professions intellectuelles supérieures, professions intermédiaires
- Employés et ouvriers
- Inactifs : retraités et autres personnes sans activités professionnelles

La catégorie des agriculteurs exploitants n'a pas été représentée dans notre échantillon de patients.

C. Analyse statistique

Pour répondre au critère de jugement principal, le test utilisé était le Chi2 avec un seuil de significativité à 5%. L'analyse multivariée a été faite par régression logistique.

Les données ont été collectées sur le logiciel Excel puis exploitées par le logiciel Statistical Product and Service Solutions software, version 15.0 (SPSS v15.0).

III. Résultats

A. Constitution de l'échantillon des médecins et recrutement des patients

1. Modalités du recrutement

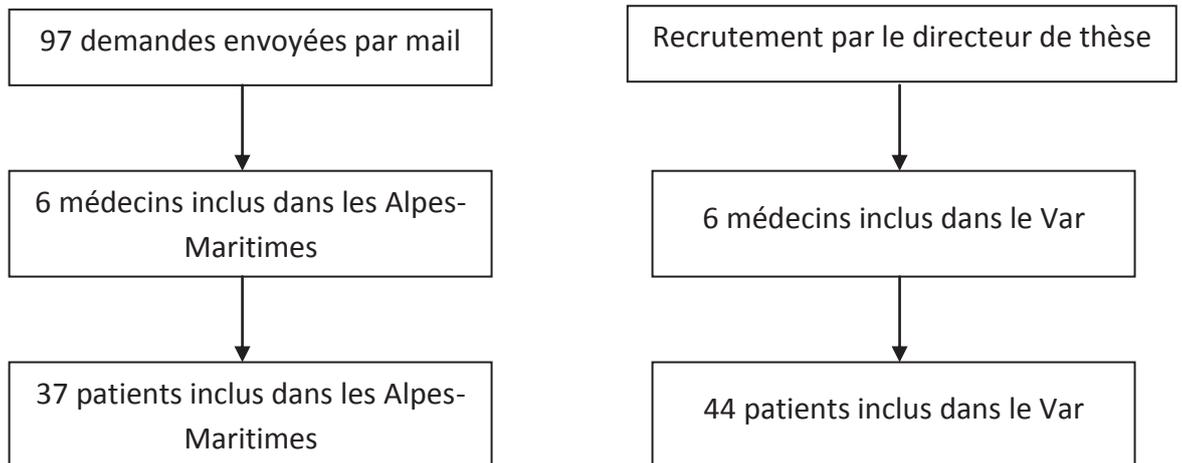


Figure 1 : Diagramme de flux

2. Répartition du nombre de patients par médecin

Médecins généralistes (MG)	Effectifs	Pourcentage (%)
MG 1	4	5.0
MG 2	1	1.2
MG 3	6	7.4
MG 4	1	1.2
MG 5	0	0
MG 6	4	5.0
MG 7	13	16.1
MG 8	12	14.8
MG 9	7	8.6
MG 10	5	6.2
MG 11	18	22.2
MG 12	10	12.3
Total	81	100,0

Tableau 1 : Distribution des patients en fonction des médecins.

La répartition du nombre de patients n'est pas équivalente chez les médecins généralistes, en effet, si le médecin 11 a collecté 18 questionnaires patients, les médecins 2 et 4 n'en ont collecté qu'un.

A la fin de la période de recueil, le médecin généraliste 5 n'a pu fournir aucune boîte de recueil, donc aucun questionnaire patient, car sa boîte a été volée dans sa salle d'attente.

En moyenne, un médecin a rendu au moins 6 questionnaires patients.

Les médecins généralistes 1, 2, 3, 4, 7 et 8 exerçaient dans les Alpes Maritimes (06).

Les médecins généralistes 5, 6, 9, 10, 11 et 12 exerçaient dans le Var (83).

B. Médecins

1. Caractéristiques des médecins

	Effectif (N=12)	Pourcentage (%)
Sexe		
Féminin	3	25,0
Masculin	9	75,0
Secteur I	7	58,3
Secteur II	5	41,7
Formation en infectiologie		
Oui	4	33,3
Non	8	66,7
Accueil d'internes		
Oui	10	83,3
Non	2	16,7
Lieu d'exercice		
Ville	7	58,3
Campagne	5	41,7

Tableau 2 : Données recueillies sur les médecins interrogés.

a) Selon le sexe

Le sexe ratio est de 3.

b) Selon l'âge

Il s'agit d'une population médicale dont l'âge moyen est de 54,6 ans. L'âge minimum est 37 ans et le maximum 63 ans.

c) Selon l'année d'installation

On observe que la durée minimale d'installation est de 3 ans et le maximum 36 ans. Le nombre moyen d'année d'installation est de 24,5 ans.

d) Selon le type d'exercice

Une majorité des médecins participant à l'étude exerçait en Secteur I (58,3%).

e) Selon leur formation en infectiologie

Le pourcentage de médecin ayant une formation en infectiologie était de 33,3%.

f) Selon l'accueil d'internes en formation

Une majorité des médecins était des maîtres de stage en médecine générale (83,3%).

g) Selon leur lieu d'exercice

La proportion de médecin exerçant en ville était plus importante que celle des médecins exerçant à la campagne (58,3% contre 41,7%).

2. Pratiques professionnelles des médecins généralistes interrogés

a) *La sémiologie du coryza*

Symptômes	Nombre
Rhinorrhée	11
Eternuements	8
Fièvre	6
Maux de gorge	6
Prurit oculaire	5
Obstruction nasale	4
Céphalées	4
Toux	3
Asthénie	2

Tableau 3 : Symptômes retrouvés par les médecins généralistes au cours de la consultation pour coryza.

Les effectifs présentés sont cumulatifs, un médecin pouvait proposer plusieurs symptômes.

Les deux symptômes les plus fréquents présentés par les patients sont : la rhinorrhée (d'après 11 médecins soit 91,7%) et les éternuements (d'après 8 médecins soit 66,7%). On remarque que l'obstruction nasale qui est un des symptômes du coryza est citée en cinquième position.

b) *La prise en charge thérapeutique des médecins*

Les douze médecins ayant participé à l'étude ont tous répondu prescrire des médicaments dans le cadre de la prise en charge d'un coryza. Ils ont tous déclaré ne pas prescrire d'antibiothérapie ni d'arrêt de travail à l'issue d'une consultation pour coryza.

3. Analyse terminologique du diagnostic de coryza

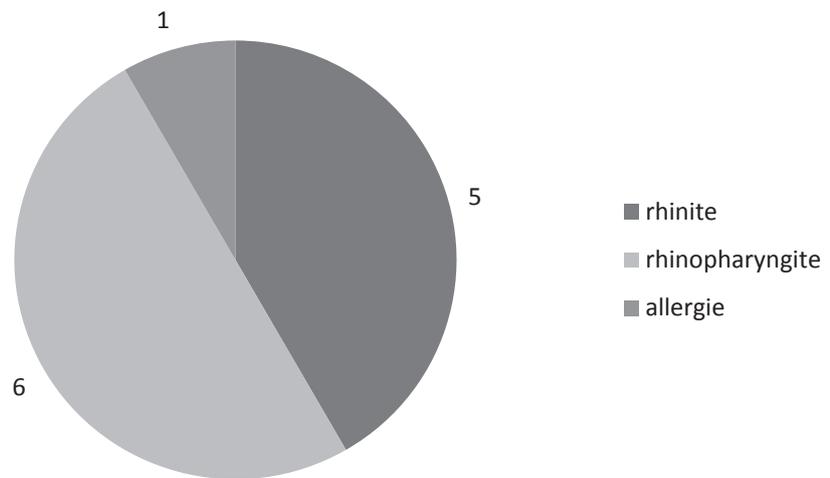


Figure 2 : Diagnostics cités par les médecins généralistes.

A l'issue d'une consultation pour coryza, 50% des médecins ont déclaré formuler le diagnostic de rhinopharyngite, 41,7% des médecins ont déclaré donner le diagnostic de rhinite à leurs patients et 8,3% des médecins ont déclaré donner le diagnostic d'allergie.

Un médecin sur douze a précisé citer l'étiologie virale de l'affection au patient.

C. Patients

1. Caractéristiques des patients

	Effectifs (N=81)	Pourcentage (%)
Sexe		
Féminin	43	53,8
Masculin	37	46,2
Catégories socio professionnelles		
Agriculteurs exploitants	0	0
Artisans, commerçants et chefs d'entreprise	7	8,8
Cadres et profession intellectuelle supérieure	10	12,5
Professions intermédiaires	5	6,2
Employés	24	30
Ouvriers	5	6,2
Retraités	12	15
Sans activité professionnelle	17	21,3
Lieu de résidence		
Campagne	43	53,8
Ville	37	46,2
Couverture sociale		
Sécurité sociale	5	6,2
Sécurité sociale et mutuelle	71	88,8
CMU	1	1,2
AME	3	3,8

Tableau 4 : Données recueillies sur la patientèle des médecins interrogés.

Un patient n'a pas répondu à ces items.

a) Selon le sexe

Le sex-ratio était de 0.86 (37 hommes pour 43 femmes).

b) Selon l'âge

L'âge moyen était 42,2 ans. Concernant l'âge des patients, le minimum était de 18 ans et le maximum de 83 ans. L'écart type était grand : 16,8.

Une grande majorité des patients sont âgés entre 30 et 59 ans avec respectivement :

- 32,1% entre 18 et 29 ans,
- 48,7% entre 30 et 59 ans,
- 19,2% de plus de 60 ans.

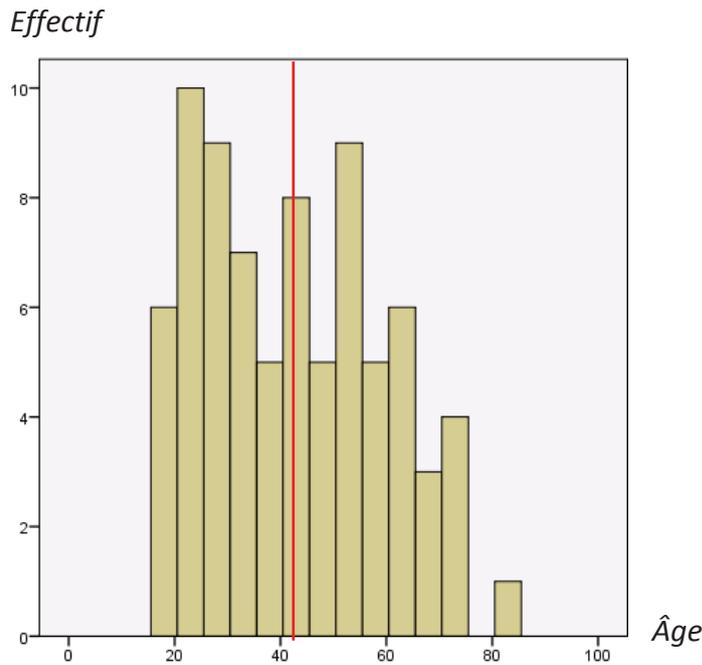


Figure 3 : Histogramme de l'âge des patients.

Il y a 3 données manquantes. Le trait vertical rouge représente la moyenne.

c) Selon la catégorie socio professionnelle

Un regroupement des différentes CSP a été réalisé en trois classes :

- Professions supérieures et intermédiaires : artisans, commerçants et chefs d'entreprise, cadres et professions intellectuelles supérieures, professions intermédiaires.
- Employés et ouvriers.
- Inactifs : retraités, autres personnes sans activité professionnelle.

	Effectifs	Pourcentage
Professions supérieures et intermédiaires	22	27,4
Employés et ouvriers	29	36,3
Inactifs	29	36,3
Total	80	100,0

Tableau 5 : Répartition des patients selon leur CSP

d) Selon le lieu de résidence

53,8% des patients vivaient à la campagne.

e) Selon le type de couverture sociale

	Effectifs	Pourcentage
Sans mutuelle	9	11,3
Avec mutuelle	71	88,8
Total	80	100

Tableau 6 : Répartition des patients en fonction de leur couverture sociale

2. Antécédents des patients

a) Maladie pulmonaire

Parmi les patients interrogés, 12,8% avaient une maladie pulmonaire.

Parmi les patients atteints de maladie pulmonaire, 30% pratiquaient l'automédication.

b) Traitement de fond

Parmi la population étudiée, 6,3% ont déclaré avoir un traitement de fond.

Parmi les patients qui avaient une maladie pulmonaire 36 % ont déclaré avoir un traitement de fond.

c) Tabagisme

Parmi les réponses obtenues, 25,9% consommaient du tabac.

d) Terrain atopique

Parmi les patients interrogés, 27,2% avaient un terrain atopique.

3. Délai entre l'apparition des premiers symptômes et consultation du médecin généraliste

Parmi les patients interrogés, 52,6% consultaient dans un délai inférieur à trois jours après l'apparition des symptômes, 21,1% consultaient entre 3 et 7 jours et 26,3% consultaient au-delà de 7 jours.

	Délai de consultation		
	Moins de 3 jours	Entre 3 et 7 jours	Plus de 7 jours
Sexe			
Féminin	18 (60%)	5 (41,7%)	7 (50%)
Masculin	12 (40%)	7 (58,3%)	7 (50%)
Âge			
[18-30]ans	9 (30%)	5 (41,7%)	7(50%)
[30-60]ans	14 (46,7%)	6 (50%)	3(21,4%)
> 60 ans	7 (23,3%)	1 (8,3%)	4(28,6%)
CSP			
Professions supérieures et intermédiaires	12 (40%)*	4 (33,3%)	2 (14,3%)
Employés et ouvriers	9 (30%)	5 (41,7%)	2 (14,3%)
Inactifs	9 (30%)	3 (25%)	10 (71,4%)
Lieu de résidence			
Campagne	17 (56,7%)	5 (41,7%)	8 (57,1%)
Ville	13 (43,3%)	7 (58,3%)	6 (42,9%)
Couverture sociale			
Sans mutuelle	0 (0%)	2 (16,7%)	1 (7,1%)
Avec mutuelle	30 (100%)	10 (83,3%)	13 (92,9%)
Terrain atopique			
Oui	7 (23,3%)	3 (25%)	6 (40%)
Non	23 (76,7%)	9 (75%)	9 (60%)

Tableau 7 : Délai de consultation en fonction des caractéristiques des patients.

* $p < 0,05$

Malgré l'absence de résultats significatifs en analyse univariée, la CSP apparaît comme un élément significatif indépendant influant sur le délai de consultation. Les professions supérieures et intermédiaires consultaient plus rapidement que les autres (OR=1,19) avec $p < 0,05$.

4. Symptômes ayant conduit à la consultation

Symptômes	Nombre de patients
Maux de gorge	37
Toux	33
Écoulement nasal	22
Céphalées	21
Occlusion nasale	19
Fièvre	15
Asthénie	7
Dyspnée	4
Otalgie	4
Éternuements	2

Tableau 8 : Symptômes décrits par les patients à l'origine de la consultation

Les effectifs présentés sont cumulatifs, un patient pouvait proposer plusieurs symptômes.

On observe que l'écoulement nasal est en troisième position, en revanche l'occlusion nasale est en cinquième position et les éternuements en dernière position.

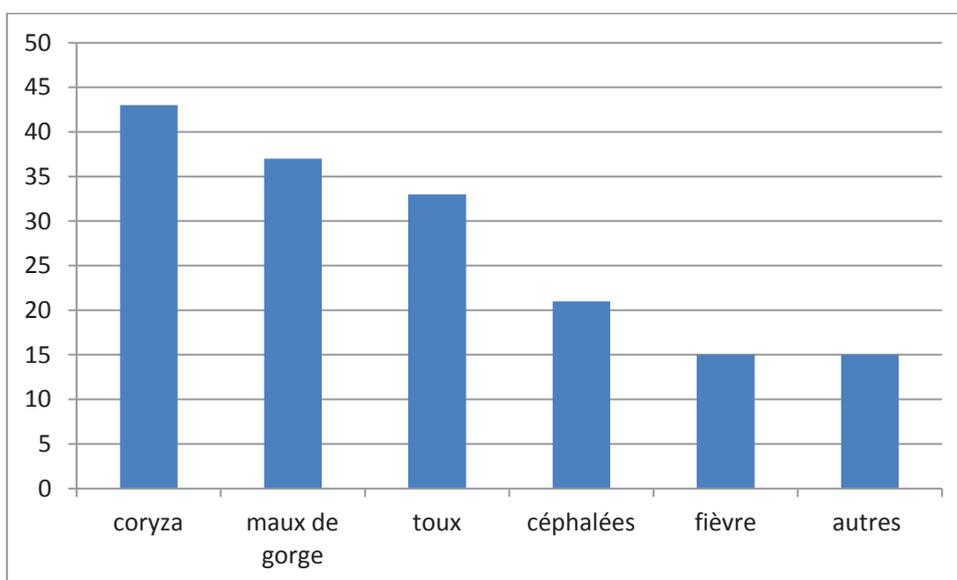


Figure 4 : Symptômes présentés par les patients (effectifs)

Les symptômes du coryza (éternuement, écoulement et occlusion nasale) ont été regroupés.

Nous avons ajouté la fièvre aux symptômes présentés sur ce graphique car elle est souvent associée à une étiologie bactérienne de la part des patients.

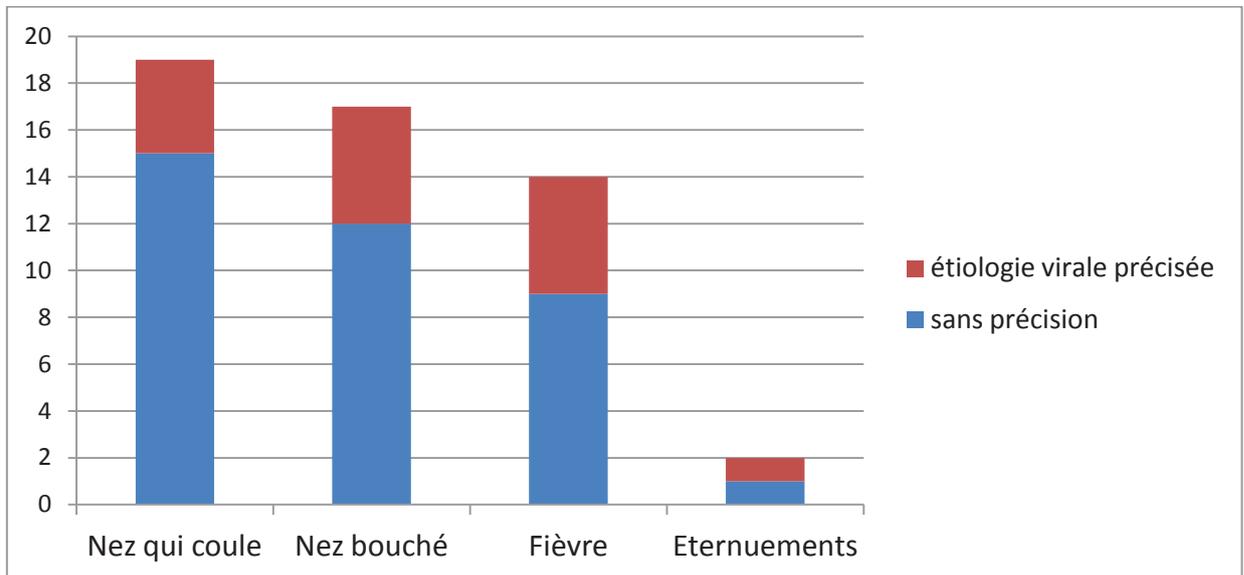


Figure 5 : Symptômes du coryza en fonction de la précision de l'étiologie virale

Pour les patients qui ont cité les symptômes du coryza, nous avons recherché si l'étiologie virale était précisée.

Parmi les patients interrogés, 25,8% ont précisé l'étiologie virale associée à leurs symptômes.

Parmi les symptômes du coryza, 21,1% des patients ayant cité « nez qui coule » ont précisé l'étiologie virale, 29,4% des patients ayant cité « nez bouché » ont précisé l'étiologie virale, 35,7% des patients ayant cité « fièvre » ont précisé l'étiologie virale et 50% des patients ayant cité « éternuements » ont précisé l'étiologie virale.

On constate que le MG 7 qui précisait l'étiologie virale de son diagnostic avait 50% de ces patients qui le précisaient aussi.

5. Les attentes des patients

a) Attente de conseils

Parmi les patients interrogés, 89,9% attendaient des conseils.

Leur profil correspondait aux femmes (55,7%) âgées de 30 à 59 ans (48,5%) appartenant à la CSP d'employés et ouvriers (35,7%) et aux inactifs (35,7%), non-fumeurs (71,8%), vivant à la campagne (55,7%).

On observe que la majorité n'avait pas de terrain atopique (70,4%). Ils avaient pour 90% une mutuelle, avaient recours à l'automédication pour 57,1% des patients et consultaient dans les trois premiers jours suivant l'apparition des symptômes (56,9%).

Parmi les patients qui attendaient des conseils, 23,2% attendaient aussi une prescription d'antibiotiques à l'issue de la consultation.

b) Attente d'une réassurance

Parmi la population étudiée, 35,9% attendaient une réassurance.

Leur profil correspondait aux femmes (67,9%) appartenant à la CSP d'inactifs (42,9%), non-fumeurs (75%), vivant en ville (60,7%).

On observe que la majorité n'avait pas de terrain atopique (60,7%). Ils avaient pour 85,7% une mutuelle, avaient recours à l'automédication pour 59,3% des patients et consultaient dans les trois premiers jours suivant l'apparition des symptômes (52,2%).

Parmi les patients qui attendaient une réassurance, 25% attendaient aussi une prescription d'antibiotiques à l'issue de la consultation.

c) Attente d'une prescription médicamenteuse

Parmi les réponses obtenues, 91,4% attendaient une prescription médicamenteuse.

Leur profil correspondait aux femmes (54,8%), appartenant à la CSP de professions supérieures et intermédiaires (39,7%), non-fumeurs (73%), vivant à la campagne (53,4%).

Parmi les patients qui attendaient la prescription de médicaments, les patients de plus de 60 ans attendaient moins de médicaments, le résultat était significatif en analyse univariée avec $p < 0,01$.

On observe que la majorité n'avait pas de terrain atopique (74,3%). Ils avaient pour 89% une mutuelle, avaient recours à l'automédication pour 58,3% des patients et consultaient dans les trois premiers jours suivant l'apparition des symptômes (54,7%).

Parmi les patients qui attendaient des médicaments, 88,9% attendaient aussi des conseils, 36,6% attendaient aussi une réassurance et 26,8% attendaient aussi une prescription d'antibiotiques à l'issue de la consultation.

d) Attente d'une prescription antibiotique

Parmi les patients interrogés, 24,4% attendaient une prescription d'antibiotique.

Leur profil correspondait aux hommes (57,9%) appartenant à la CSP d'employés et ouvriers (63,2%). Les patients appartenant à la CSP d'employés et ouvriers attendaient plus un antibiotique que les autres, le résultat était significatif en analyse univariée avec $p < 0,01$.

Ils étaient fumeurs (52,6%). Les patients fumeurs attendaient plus un antibiotique que les autres patients, le résultat était déjà significatif en analyse univariée avec $p < 0,01$ et reste significatif en analyse multivariée (OR=1,40) avec $p < 0,05$.

Ils vivaient à la campagne (63,2%).

On observe que la majorité n'avait pas de maladie pulmonaire (78,9%). Ils avaient tous une mutuelle, avaient recours à l'automédication pour 63,2% des patients et consultaient dans les trois premiers jours suivant l'apparition des symptômes (50%). Aucun patient n'avait déclaré avoir consulté « l'internet médical ».

Parmi les patients qui attendaient un antibiotique, 84,2% attendaient aussi des conseils et 36,8% attendaient aussi une réassurance à l'issue de la consultation.

e) Attente d'une prescription d'arrêt de travail

Parmi la population étudiée, 15,4% attendaient un arrêt de travail.

Leur profil correspondait aux hommes (58,3%) appartenant à la CSP d'employés et ouvriers (58,3%), non-fumeurs (58,3%), vivant en ville (58,3%).

Ils avaient pour 75% d'entre eux une mutuelle, avaient recours à l'automédication pour 66,7% des patients et consultaient dans les trois premiers jours suivant l'apparition des symptômes (50%).

Parmi les patients qui attendaient un arrêt de travail, 33,3% attendaient aussi des antibiotiques et 50% attendaient aussi une réassurance.

Parmi les patients qui attendaient la prescription d'un arrêt de travail, les patients attendaient tous des conseils et tous des médicaments.

f) Pratique de l'automédication

Parmi les patients interrogés, 55,7% avaient recours à l'automédication.

Leur profil correspondait aux femmes (58,1%) âgées de 30 à 59 ans (50%) appartenant à la CSP d'inactifs (40,5%), vivant à la campagne (62,8%).

Parmi les patients qui avaient recours à l'automédication, 34,1% des patients étaient fumeurs. Les patients fumeurs avaient plus recours à l'automédication. Les résultats étaient significatifs en analyse multivariée avec $OR=1,31$ et $p<0,05$.

On observe que la majorité n'avait pas de terrain atopique (68,2%). Ils avaient pour 90,7% une mutuelle et consultaient dans les trois premiers jours suivant l'apparition des symptômes (51,4%).

Parmi les patients qui avaient recours à l'automédication, 93,2% n'avaient pas de maladie pulmonaire. Les patients qui n'avaient pas de maladie pulmonaire avaient plus recours à l'automédication. Les résultats étaient significatifs en analyse multivariée avec $OR=0,69$ et $p<0,05$.

Parmi les patients qui avaient recours à l'automédication, 90,9% n'avaient pas consulté « l'internet médical ».

Parmi les patients qui avaient recours à l'automédication, 95,5% des patients attendaient aussi des médicaments, 93% attendaient aussi des conseils, 38,1% attendaient une réassurance et 29,3% attendaient un antibiotique.

g) Consultation d'internet pour raison de santé

Parmi les réponses obtenues, 6,2% des patients consultaient « l'internet médical ».

Leur profil correspondait aux femmes (80%) appartenant à la CSP d'employés et ouvriers (40%) et aux inactifs (40%), habitant en ville (60%).

Ils avaient pour 80% une mutuelle et avaient recours à l'automédication pour 80%.

Parmi la population de patients qui consultaient « l'internet médical », il n'y en avait aucun qui déclarait avoir une maladie pulmonaire ni qui prenait un traitement de fond.

Parmi les patients qui consultaient « l'internet médical », ils attendaient tous des médicaments, 80% attendaient aussi des conseils, 8,3% attendaient aussi un arrêt de travail et aucun n'attendait d'antibiotique à l'issue de la consultation.

6. Analyse terminologique du diagnostic retenu par le patient

Diagnostics	Nombre de patients
Rhinopharyngite	24
Virus respiratoire	12
Rhume	6
Bronchite	5
Rhinite	5
Pharyngite	4
Sinusite	4
Angine	3
Allergie	2
Otite	1
Total général	66

Tableau 9 : Diagnostics cités par les patients.

Concernant le diagnostic délivré à l'issue de la consultation, 15 patients n'ont pas répondu.

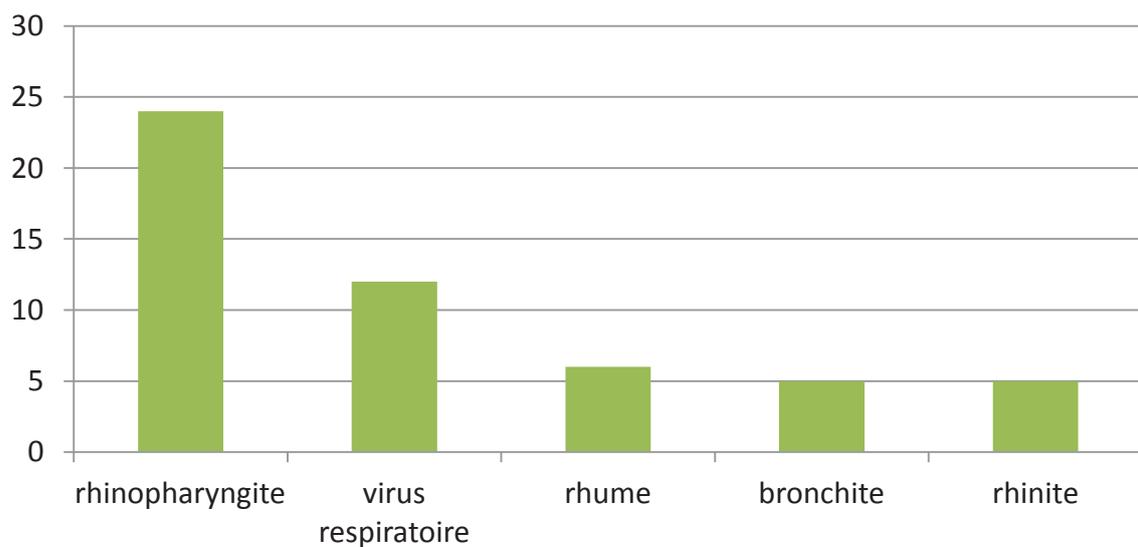


Figure 6 : Diagnostics les plus fréquents formulés par les patients à l'issue de la consultation

7. Type de prescription médicamenteuse à l'issue de la consultation

Traitements	Effectifs	Pourcentage
Analgésiques : N02	44	24,0
Préparations nasales : R01	36	19,7
Médicaments du rhume et de la toux : R05	28	15,3
Préparations pour la gorge : R02	16	8,7
Anti-inflammatoires : M01	15	8,2
Antihistaminiques à usage systémique : R06	11	6,0
Antibactériens à usage systémique : J01	8	4,4
Vitamines : A11	6	3,3
Corticoïdes à usage systémique : H02	6	3,3
Médicaments pour les symptômes obstructifs des voies aériennes : R03	6	3,3
Homéopathie	5	2,7
Médicaments pour les troubles de l'acidité : A02	1	0,5
Médicaments pour les désordres fonctionnels gastro-intestinaux : A03	1	0,5

Tableau 10 : Traitements prescrits à l'issue de la consultation d'après la classification ATC

Les effectifs présentés sont cumulatifs, un patient pouvait citer plusieurs traitements.

Les traitements en rapport avec le système respiratoire (R d'après la classification ATC) étaient les plus représentés avec un total de 97 soit 53,0% des traitements cités par les patients.

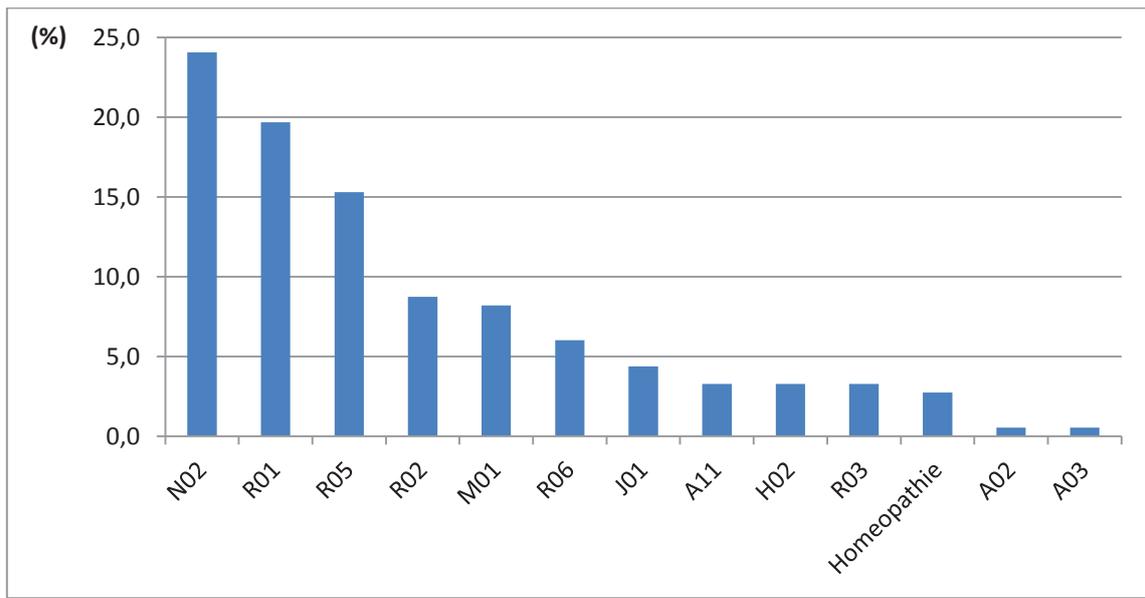


Figure 7 : Classes de médicaments prescrites à l'issue de la consultation (pourcentages)

8. Enquête de satisfaction

Dans le questionnaire patient, quatre items de satisfaction étaient proposés : complètement satisfait, satisfait, peu satisfait ou pas du tout satisfait.

Parmi les patients interrogés, 87,2% d'entre eux disaient être complètement satisfait et 12,8% d'entre eux déclaraient être satisfait de la prise en charge par leur médecin traitant.

D. Analyse qualitative

1. Conseils et explications délivrés aux patients par les médecins généralistes

Au travers du questionnaire médecin, nous avons recueilli des données concernant les conseils et les explications délivrés aux patients pendant la consultation.

Plusieurs conseils étaient récurrents, les principaux étaient :

« Bien se moucher, pas de conseils sur la contagiosité sauf si demandés par le patient ».

« Lavage de nez, des huiles essentielles à respirer, hydratation conséquente avec quelques conseils alimentaires ».

« Attendre trois jours avec éventuellement doliprane ou aspirine ».

« Fièvre persistante pendant trois jours au plus, si persistance au-delà de 8 jours, revenir consulter ».

« Conseils d'hygiène et de contact (se laver les mains, se moucher dans un mouchoir jetable, utiliser une corbeille fermée) ».

« Laver son nez à l'eau de mer ».

« Eviter le tabagisme, ne pas surchauffer l'habitation, éviter les nids à poussières (moquettes...), utiliser un humidificateur, éviter la collectivité trop tôt ».

« Traitement local et repos ».

Concernant les explications, elles variaient d'un médecin à l'autre :

« Ça passe tout seul... bref c'est un rhume... au maximum si on me casse les pieds [*je dis*] : ma mère disait [*qu'*] un rhume mal soigné dure un mois et bien soigné trente jours ».

« Une évolution en fonction du lavage et de l'hydratation ».

« Origine virale, toujours régressif en quelques jours, si aggravation reconsulter ».

« Evolution normale en 7 jours ou une semaine ».

« Ça va passer tout seul, il n'y a rien de grave ».

« Evolution favorable en 3 à 5 jours, surveillance température, état général, nouvelle consultation si aggravation ».

« L'évolution va être favorable ».

« Infection dans la majorité des cas virale durant une semaine même traitée, pas d'antibiotiques, la fièvre et le mouchage purulent ne sont pas des signes de gravité ».

« Pathologie bénigne et courte, reconsulter si les symptômes durent plus de 5 jours ».

2. Comparaison de la terminologie du coryza employée par les médecins et les patients.

On constate que lorsqu'un médecin donnait le diagnostic de « rhinite » ou « rhinite, rhinopharyngite » : 21,4% patients donnaient comme diagnostic « rhinite ».

Au cours de l'étude, si un médecin disait « rhinopharyngite » ou « rhinite, rhinopharyngite » : 50% des patients disaient « rhinopharyngite ».

Enfin si un médecin disait « allergie » : 20% des patients disaient « allergie ».

Après une consultation pour coryza, d'après l'étude, on constate que 51,5% des patients utilisent la même terminologie que leur médecin.

IV. Discussion

A. Synthèse et analyse des principaux résultats.

Les infections respiratoires aiguës sont parmi les pathologies les plus fréquemment rencontrées en médecine générale. De nature bénigne et spontanément résolutive sans traitement, ces infections témoignent d'une demande de confort du patient et de consommation de soins pour retrouver bien être et efficacité. Leur prise en charge s'avère très complexe, combinant des déterminants économiques, culturels, de santé publique et des habitudes de comportements chez les patients comme chez les médecins. Théoriquement, on ne devrait pas voir ces patients chez le médecin généraliste pour ce motif de consultation.

L'objectif principal de l'étude était d'évaluer les attentes de traitement médicamenteux des patients à l'issue d'une consultation de médecine générale pour un coryza. Le questionnaire, comme technique de recueil des informations, a été préféré, car il facilite le recueil d'opinions des patients, il a été construit pour pouvoir être rapidement rempli.

Notre étude met en évidence que 91,4% des patients interrogés attendaient une prescription médicamenteuse. Ainsi notre étude confirme notre hypothèse : les patients qui viennent en consultation de médecine générale pour un coryza attendent des médicaments.

Parmi les patients qui attendaient des médicaments, 88,9% attendaient aussi des conseils, 36,6% attendaient aussi une réassurance et 26,8% attendaient aussi une prescription d'antibiotiques à l'issue de la consultation.

Les patients de plus de 60 ans attendaient moins de médicaments que les plus jeunes, le résultat était significatif en analyse univariée avec $p < 0,01$. La classe d'âge n'est pas

apparue comme un facteur indépendant en analyse multivariée, probablement lié à des facteurs confondants.

Il est étonnant de constater que presque 90% des patients attendent des conseils sur une pathologie qu'ils ont très probablement déjà eu auparavant, n'ont-ils jamais reçu de conseils lors d'une autre consultation ?

Une minorité de patients interrogés (35,9%) attendaient une réassurance.

Un quart des patients attendaient une prescription d'antibiotique.

Les patients appartenant à la CSP d'employés et ouvriers attendaient plus un antibiotique que les autres, le résultat était significatif en analyse univariée avec $p < 0,01$. On peut supposer que ce résultat n'apparaît pas significatif en analyse multivariée car l'effectif était faible.

Les patients fumeurs attendaient plus un antibiotique que les autres patients, le résultat était déjà significatif en analyse univariée avec $p < 0,01$ et reste significatif en analyse multivariée (OR=1,40) avec $p < 0,05$.

Une minorité de patients (15,4%) attendait un arrêt de travail.

Parmi les patients interrogés, 55,7% avaient recours à l'automédication.

Parmi les patients qui avaient recours à l'automédication, 34,1% des patients étaient fumeurs. Les patients fumeurs avaient plus recours à l'automédication. Les résultats étaient significatifs en analyse multivariée avec OR=1,31 et $p < 0,05$.

Les patients qui n'avaient pas de maladie pulmonaire avaient plus recours à l'automédication. Les résultats étaient significatifs en analyse multivariée avec OR=0,69 et $p < 0,05$.

Contrairement à l'idée selon laquelle les patients s'informent sur leur santé par des sites internet, d'après l'étude ils sont très peu nombreux (6,2%) à consulter « l'internet médical ».

Dans notre enquête, il n'y pas de différence significative de comportement selon le genre. Malgré l'absence de résultats significatifs en analyse univariée, la catégorie socio professionnelle apparait comme un élément significatif indépendant influant sur le délai de consultation. Les professions supérieures et intermédiaires consultaient plus rapidement que les autres (OR=1,19) avec $p < 0,05$.

On constate que le terrain médical sous-jacent des patients n'a pas d'incidence sur leurs attentes. Les patients pouvant avoir des risques de décompensation d'une pathologie chronique avec un traitement de fond ne sont pas les plus demandeurs de médicaments. D'autre part, les personnes âgées, en théorie plus fragile, ne consultent pas plus que les autres patients.

Concernant l'objectif secondaire de l'étude, la terminologie employée pour le diagnostic de coryza de la part des médecins et de la part des patients a été étudiée.

D'après l'étude, on constate que 51,5% patients utilisent la même terminologie que leur médecin. On peut donc constater l'importance du discours du médecin généraliste au cours de la consultation.

Uniquement la moitié des patients exprime le même diagnostic que leur médecin; il semble nécessaire que le médecin adapte son discours et développe des compétences dans la communication envers ses patients. Le développement de cette capacité de communication par le médecin pourra permettre de développer une meilleure éducation des patients.

B. Forces et faiblesses de l'étude

Notre étude n'a pas une forte puissance car notre échantillon était de petite taille (n=81).

La sélection des patients participant à l'étude par les médecins généralistes n'est pas le résultat d'un tirage au sort mais d'un choix subjectif des médecins.

Ceci peut être responsable d'un biais de sélection.

Un biais dans le recrutement des patients a eu lieu car un médecin s'est fait voler sa boîte de recueil avec les questionnaires patients dans la salle d'attente ; pour éviter cet incident on aurait pu prévoir un autre moyen pour récupérer les questionnaires. Par exemple, les patients auraient pu déposer le questionnaire sous enveloppe blanche directement dans la boîte aux lettres postale du cabinet.

Il aurait été intéressant de confronter en parallèle les perceptions et les motivations des médecins aux attentes de leur propre patientèle, de façon à savoir si les croyances des médecins correspondent à celles de leurs patients, en réalisant un appariement de chaque patient avec son médecin.

Une des forces de l'étude est que le recueil des données a été réalisé sur une période longue de sept mois correspondant à la période épidémique du coryza.

De plus, les patients ont été recrutés dans différentes zones d'habitation (rural, urbain et quartier défavorisé) ce qui permet d'avoir une représentativité et une adéquation de la population des patients des Alpes-Maritimes et du Var.

Ainsi, les données recueillies ont permis d'étudier un échantillon d'adultes évoluant dans différents milieux avec une répartition des âges étendue.

C. Comparaison à la littérature

Anne VEGA, dans son ouvrage sur la surprescription de médicaments, remarque qu'à la pression des patients sur l'ordonnance, il conviendrait d'ajouter les pressions inconscientes des firmes pharmaceutiques par leurs stratégies commerciales.

Dans notre étude, les médecins répondent aux attentes des patients devant un coryza, par un «Traitement minimal » supposé être plus anodin et atténuer les symptômes, au lieu de laisser partir un patient sans prescription et potentiellement mécontent. Celui-ci varie conceptuellement, allant des simples lavages de nez et antalgiques aux vasoconstricteurs et anti-inflammatoires.

Les médecins apparaissent comme otage d'un système de soins par l'inadéquation entre les recommandations de bonnes pratiques et l'AMM des médicaments à visée ORL en France.

En effet, il est recommandé de « traiter » les symptômes de la rhinopharyngite par lavages de nez et antipyrétiques, mais il existe une panoplie de médicaments ayant l'AMM dans cette affection, disponible avec ou sans ordonnance et au SMRI.

Notre travail confirme notre hypothèse : les patients attendent des médicaments pour un coryza. Dans l'étude Ipsos qui est aussi une étude basée sur les données déclaratives de Français, 24% des personnes interrogées estiment nécessaire une prescription pour un rhume.

Une grande majorité de patients attendent des médicaments (91,4% dans notre enquête), pensant que ces traitements peuvent réduire la durée et diminuer l'intensité des symptômes. Or, d'après la littérature, cette attitude n'est pas juste, en effet ces traitements ne vont pas abrégé les symptômes.

L'automédication n'est pas très développée en France par rapport au reste de l'Europe.

Notre enquête montre que 55,7% des personnes interrogées déclarent s'automédiquer en cas de coryza. Dans l'étude du LEEM, on retrouve cette proportion avec 28% déclarant acheter souvent ou très souvent des médicaments sans ordonnance, surtout pour des pathologies bénignes.

D. Implication pour la pratique et la recherche

Les patients de haut niveau social consultent plus précocement que ceux d'un niveau social plus modeste. Il semblerait qu'il y ait une différence de représentation de l'état de maladie : pour les patients de niveau social modeste, la maladie n'inclut pas les pathologies bénignes mais celles-ci doivent être vite soulagées pour des raisons pragmatiques (travail). Ils viennent donc chercher un traitement. Pour les patients d'un niveau social plus élevé, le moindre symptôme représente une maladie potentiellement plus grave, même s'il est supportable. On peut donc penser qu'ils ont besoin de venir chercher une rationalisation de ces symptômes auprès de leur médecin, sans forcément demander un traitement.

Malgré le schéma « consultation = ordonnance = médicaments », on pourrait imaginer que la confiance des Français en leur médecin par le biais d'une bonne relation médecin-

patient, pourrait permettre d'amorcer un changement. Si les Français font confiance à leur médecin pour ses prescriptions, pourquoi ne lui feraient-ils pas confiance pour ses conseils ?

Au cours de la formation médicale, on remarque que le cursus aborde peu les plaintes courantes et les différentes façons d'échanger avec les patients et de les rassurer. L'introduction dans la spécialisation de médecine générale de formation aux pathologies bénignes fréquentes, à la communication médecin-patient et à la non-prescription pourrait permettre aux médecins d'aborder différemment ces consultations parfois complexes.

L'éducation des patients implique tout d'abord d'évaluer leurs attentes, leurs sources d'inquiétudes et de satisfaction, que ce soit à un niveau individuel, au sein de la consultation, ou à un niveau collectif par la recherche en médecine générale. Il sera alors plus aisé de réaliser des consultations satisfaisantes pour le patient comme pour le médecin, donc d'initier des changements de comportements. La publication de recherche sur les attentes des patients pourrait être l'occasion de faire le point sur ces techniques de communication, venant compléter la recherche sur les stratégies développées en consultation par les médecins. En effet, l'étude PAAIR I a permis de repérer des situations à risque de prescription inadéquate d'antibiotiques ainsi que des stratégies efficaces pour éviter de prescrire, elle a aussi précisé les facteurs qui influençaient de manière significative le contenu de cette prescription.

Une perspective d'amélioration dans le domaine de la communication entre médecin et patient apparaît nécessaire. En effet, ces techniques de communication et d'éducation

des patients pourraient avoir comme objectif de leur apprendre à gérer le coryza eux-mêmes sans nécessité d'une consultation chez leur médecin généraliste. Le médecin pourrait expliquer à ses patients le rôle très facultatif des traitements médicamenteux et favoriser l'automédication.

En France, l'immense majorité des produits de PMF est remboursable alors que de nombreux pays assimilent largement prescription médicale facultative et médicaments non remboursables. Cela explique au moins en partie la faible pratique de l'automédication, mais également un recours plus fréquent à la consultation médicale en France, pour un problème bénin et pour le réapprovisionnement de l'armoire à pharmacie.

Le schéma « consultation = ordonnance = médicaments » n'est pas si figé dans l'esprit des Français puisque la littérature montre que les patients déclarent être prêts à remplacer les traitements médicamenteux conventionnels par des conseils d'hygiène de vie lorsque leur médecin leur donne des explications.

Pour permettre à un plus grand nombre de personnes d'y adhérer, ne faudrait-il pas que les pouvoirs publics sensibilisent la population sur les bénéfices de ces thérapeutiques non médicamenteuses grâce à des campagnes d'information ? Cette méthode a su montrer récemment des résultats probants avec la campagne grand public de l'Assurance Maladie « *Les antibiotiques, c'est pas automatique* ».

Afin de diminuer les consultations pour coryza, il serait intéressant de faire une information destinée à la population générale dans le cadre d'une action de santé

publique dans laquelle les médecins généralistes seraient impliqués. Une étude pourrait être mise en place pour permettre de valider des supports d'information sur le coryza et son traitement.

Le développement de l'automédication est également une piste d'amélioration évoquée par les autorités publiques. Si elle se fait à travers le déremboursement de beaucoup de médicaments dits de confort, c'est principalement pour clarifier le statut de ces médicaments dédiés en grande majorité aux pathologies bénignes et ainsi faciliter leur accès.

V. Conclusion

A partir des données collectées, on a ainsi pu confirmer que les patients qui consultent pour un coryza attendent essentiellement un traitement médicamenteux.

En effet, les patients viennent en consultation pour avoir des médicaments dans 91,4% des cas, des conseils dans 89,9% des cas. Certains attendent une réassurance (35,9%) et environ un quart des patients attendent un antibiotique. Ils n'attendent globalement pas d'arrêt de travail (84,6%).

Le médecin est le principal interlocuteur des Français en ce qui concerne leur santé car ils lui font entièrement confiance et l'automédication reste peu développée par rapport au reste de l'Europe.

La dimension éducative de la part du médecin a toute son importance dans ce type de pathologie afin de réduire les coûts (induits par une consultation et une consommation de médicaments), en expliquant l'inefficacité des traitements sur le marché pour diminuer les symptômes liés au coryza.

L'automédication est moyennement pratiquée (55,7%) et l'information par le patient via l'internet est infime (6,8%). Ces résultats montrent la confiance du patient en son médecin concernant la connaissance et l'information médicale. Le patient serait capable d'entendre les conseils de son médecin et d'accepter l'inutilité de ces traitements comme l'ont déjà montré certaines études.

Notre étude a permis de mieux percevoir les attentes des patients lorsqu'ils consultent leur médecin, et s'il est vrai qu'ils attendent en majorité des traitements, c'est loin d'être

leur seule attente. Une meilleure communication médecin-patient permettrait probablement d'éviter des prescriptions non souhaitées.

Il serait intéressant de réaliser cette étude à plus grande échelle pour mieux cerner les attentes des patients notamment dans les types de médicaments attendus et de compléter le recueil auprès des médecins en leur demandant quels techniques et quels arguments ils utilisent afin d'expliquer aux patients l'inefficacité des traitements médicamenteux dans la prise en charge du coryza.

VI. Résumé

Introduction : Les viroses de la sphère ORL représentaient le troisième motif de consultation le plus fréquent en cabinet de médecine générale en 2009 en France.

L'objectif principal de cette étude était d'évaluer les attentes de prescription médicamenteuse des patients venant consulter en cabinet de médecine générale pour un coryza.

Matériels et méthodes : Il s'agissait d'une enquête multicentrique, transversale et descriptive par questionnaires, réalisée entre octobre 2013 et avril 2014. L'enquête était menée auprès de douze médecins généralistes exerçants en libéral dans les Alpes Maritimes et le Var. Le recrutement des 81 patients était effectué par les médecins. Les patients inclus avaient plus de 18 ans et consentaient à compléter le questionnaire. Un questionnaire était destiné aux patients ayant consulté pour un coryza, qui s'intéressait à leurs attentes de la consultation, un deuxième questionnaire pour les médecins concernait leurs pratiques professionnelles habituelles devant un coryza.

Résultats : Les patients étaient en majorité des femmes (53,8%). Les professions supérieures et intermédiaires consultaient plus rapidement que les autres (OR=1,19) avec $p<0,05$. Parmi les patients interrogés : 91,4% attendaient une prescription médicamenteuse, 89,9% attendaient des conseils, 35,9% attendaient une réassurance, 24,4% attendaient un antibiotique, 15,4% attendaient un arrêt de travail et 6,2% consultaient « l'internet médical ». Les patients de plus de 60 ans attendaient moins de médicaments, $p<0,01$. Les employés et ouvriers attendaient plus un antibiotique que les autres, $p<0,01$. Les patients fumeurs (52,6%) attendaient plus un antibiotique que les autres patients (OR=1,40) avec $p<0,05$. Les patients fumeurs avaient plus recours à l'automédication (OR=1,31) et $p<0,05$.

Conclusion : D'après notre étude, les patients qui consultent pour un coryza attendent essentiellement un traitement médicamenteux.

En améliorant la communication médecin-patient, le médecin pourrait éduquer ses patients concernant le rôle facultatif des traitements médicamenteux et favoriser l'automédication dans le cadre du coryza.

Mots-clés : Coryza - Prescription médicamenteuse - Médecine Générale - Attentes des patients - Relation Médecin/ Patient

VII. Bibliographie

1. AFSSAPS [en ligne].Recommandations de bonne pratique : Antibiothérapie par voie générale en pratique courante dans les infections respiratoires hautes de l'adulte et de l'enfant. Novembre 2011. [Consulté le 14 mai 2014]. Disponible sur : http://www.infovac.fr/index2.php?option=com_docman&task=docget&Itemid=&id=925
2. AMALRIC F, LOOCK J. Caractériser le « modèle français de prescription ». Etude pour le LEEM, IMS Health, septembre 2008
3. ANSM. Décongestionnants de la sphère ORL renfermant un vasoconstricteur : Mise en garde de l'ANSM - Point d'information 11/12/2012
4. ANSM[en ligne]. Evolution des consommations d'antibiotiques en France entre 2000 et 2013 : nouveau rapport d'analyse de l'ANSM - Point d'Information, Novembre 2014. [Page consultée le 6 novembre 2014].
Disponible sur <http://ansm.sante.fr/S-informer/Actualite/Evolution-des-consommations-d-antibiotiques-en-France-entre-2000-et-2013-nouveau-rapport-d-analyse-de-l-ANSM-Point-d-Information>
5. ATTALI Claude, AMADE-ESCOT Chantal, GHADI Véronique, et al. Infections respiratoires présumées virales. Comment prescrire moins d'antibiotiques ? Résultats de l'étude PAAIR. La revue du praticien- Médecine Générale. Février 2003, Tome 17, n° 601 ; p. 155-160
6. ATTALI C, ROLA S, et al. Situations cliniques à risque de prescription non conforme aux recommandations et stratégies pour y faire face dans les infections respiratoires présumées virales. Etude PAAIR 2. Exercer. 2008 ; 19(82) ; p. 66-72
7. BERTHELEMY, Stéphane. Actualités Pharmaceutiques. Conseils à un patient se plaignant d'un rhume. Elsevier Masson, 2013. Volume 52, Issue 524 ; p. 45-48
8. BREUIL, Jack. Vitamin C for preventing and treating the common cold. Cochrane Database. Syst Rev., 2013. 1 Art. n°:CD000980
9. CARBON, C. Rhinopharyngites. La revue du praticien. Médecine générale 1999 ; (452)
10. CHAHWAKILIAN P, HUTTNER B, et al. Impact of the French campaign to reduce inappropriate ambulatory antibiotic use on the prescription and consultation rates for respiratory tract infections. Journal of Antimicrobial Chemotherapy. Oxford Journals , Medicine & Health , 2011, Volume 66, Issue 12 ; p. 2872-2879

11. DEBRE Bernard, EVEN Philippe. Guide des 4000 médicaments utiles, inutiles ou dangereux. Le Cherche-Midi, 2012, 912 p
12. FAURE H, MAHY S, et al. Déterminants de la prescription ou de la non-prescription d'antibiotiques en médecine générale. Médecine et maladies infectieuses. Septembre 2009 ; Volume 39, n°9, p. 714-721
13. FONTAINE, Carole. Quelle est la place de l'homéopathie dans la prise en charge de la rhinopharyngite aiguë en France ? Etat des lieux en 2013. [Version électronique]. Faculté de pharmacie de Grenoble, 2014. Disponibilité sur <http://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00960903>. [Consultation le 02 Février 2014]
14. GARET, A. GUYOT, C. Prescription médicamenteuse en médecine générale : les attentes des français en cas de pathologies bénignes. [Version électronique]. Faculté de médecine Nancy (France), 2011. Disponible sur http://docnum.univ-lorraine.fr/public/SCDMED_T_2011_FRANCE_GARET_AMANDINE.pdf [Date de consultation 26 Mars 2014]
15. LAMARRE, Diane. Médicaments contre les symptômes du rhume et de la grippe «un arsenal à manipuler avec précaution». Le Médecin du Québec, septembre 2001, volume 36, numéro 9
16. MORTUAIRE G, DE GABORY L, et al. Effet rebond et rhinite aux vasoconstricteurs nasaux en pratique clinique. Revue critique de la littérature par un groupe d'experts. In Annales françaises d'Oto-rhino-laryngologie et de Pathologie Cervico-faciale. Elsevier Masson, 2013. Volume 130, Issue 3 ; p 140–148
17. MOUSQUES Julien, RENAUD Thomas, et al. Variabilité des pratiques médicales en médecine générale : la prescription d'antibiotiques dans la rhinopharyngite aiguë. CREDES. Août 2003. Rapport n° 520 (biblio n° 1494)
18. NAUDIN F, SERMET C. La prescription de médicaments à service médical rendu insuffisant en 2001. Rhume. Paris. AFFSAPS. 2004
19. L'opinion des Français sur les thérapies non médicamenteuses. Sondage viavoix pour Groupe pasteur Mutualité, juin 2011
20. Observatoire de la médecine générale- Société française de médecine générale [en ligne]. 2007. Page consultée le 3 mars 2014. Disponible sur : <http://omg.sfm.org>
21. Observatoire sociétal du médicament. LEEM, mai 2011

22. PIGUET V et al. Prescription médicamenteuse : les attentes des patients. Médecine et Hygiène, 2000 ; 58 ; p. 814-817
23. PILLY, E. Item n° 77: angines et rhinopharyngites de l'enfant et de l'adulte. CMIT, p17–21
24. PRADIER C, DUNAIS B, et al. Campagne « Antibios quand il faut » mise en place dans le département des Alpes-Maritimes. Médecine et maladies infectieuses. Éditions scientifiques et médicales Elsevier, 2003, vol.33 ; p. 9–14
25. Prescrire rédaction. Décongestionnants vasoconstricteurs : accidents graves en France. Revue Prescrire, 2013 ; 33 (361) ; p. 834
26. Prescrire Rédaction. Médicaments de la toux et du rhume : des effets indésirables trop graves face à des troubles bénins. Revue Prescrire 2009 ; 29 (312) ; p. 751-753
27. Prescrire rédaction. Premiers soins « nez, gorge, bouche, oreille » : rhumes. Revue Prescrire, 2011 ; 31 (334) ; p. 609-611
28. Prescrire Rédaction. Situations courantes d'automédication : rhumes. Revue prescrire, 2008; 28 (301) ; p. 842-843
29. VEGA, Anne. Les surprescriptions de médicaments en France: le vrai méchant loup de l'industrie pharmaceutique. Décembre 2011

VIII. Annexes

A. Annexe 1 : Questionnaire destiné aux médecins

QUESTIONNAIRE MEDECINS

Date du questionnaire : / / 20....

Devant un patient présentant un coryza:

-Quels symptômes identifiez-vous le plus souvent chez vos patients ? (Sémiologie précise)

-Quel diagnostic (mots exacts) donnez-vous le plus fréquemment aux patients concernant le motif de consultation ?

-L'issue de la consultation donne-t-elle le plus souvent lieu à la prescription :

De médicaments ? Oui Non

D'antibiotique ? Oui Non

D'arrêt de travail ? Oui Non

-Quels conseils donnez-vous habituellement aux patients et quelles explications sur l'évolution de la pathologie?

Renseignements nécessaires aux statistiques :

- Sexe : Masculin Féminin

- Age : ...

- Année d'installation : ...

-Type d'exercice : Secteur I Secteur II

-Formation en infectiologie : Oui Non

-Accueil d'internes en formation : Oui Non

- Lieu d'exercice : Ville Campagne

Merci de votre participation

B. Annexe 2 : Questionnaire patients

QUESTIONNAIRE PATIENTS

Date du questionnaire : /..... / 20....

Ce questionnaire est réalisé dans le cadre d'une thèse de médecine.

- Etes-vous atteint d'une maladie pulmonaire (asthme, bronchite chronique, emphysème)

?

: Oui : Non

- Avez-vous un traitement de fond ? : Oui : Non

- Consommez-vous du tabac ? : Oui : Non

- Avez-vous un terrain atopique (eczéma, allergies, urticaire,...) ? : Oui : Non

- Quels est la date du début des symptômes ?

- Quels sont les signes/symptômes qui vous ont amené à consulter ? (De façon précise)

- Avant cette consultation avez-vous eu recours à l'automédication ? : Oui Non

- Avez-vous eu recours à une consultation de « l'internet médical » ?

-Wikipédia : Oui : Non - Vulgaris medical : Oui : Non

-Doctissimo : Oui Non - Forum.aufeminin.com : Oui : Non

- En vous rendant à la consultation de votre Médecin Généraliste attendiez-vous :

- Des conseils de votre médecin ? : Oui : Non

- Une réassurance de la part de votre médecin car vous étiez inquiet sur la gravité et le risque de complications ? : Oui : Non

- Une prescription de médicaments ? : Oui : Non

- La prescription d'un antibiotique ? : Oui : Non

- La prescription d'un arrêt de travail ? : Oui : Non

- Quel a été le diagnostic/ résultat de consultation que votre médecin vous a donné ?

- A la fin de la consultation, avez-vous eu une prescription de médicaments ? Si oui, lesquels ?

- Diriez-vous que vous avez été globalement satisfait de la prise en charge par votre médecin ?

: Complètement satisfait : Peu satisfait

: Satisfait : Pas du tout satisfait

Ce questionnaire est strictement anonyme mais nous avons besoin de quelques renseignements supplémentaires afin d'établir des statistiques :

- Sexe : Masculin : Féminin

- Age : ...

- Profession :

Agriculteurs exploitants Employés

Artisans, commerçants et chefs d'entreprise Ouvriers

Cadres et professions intellectuelles supérieures Retraités

Professions Intermédiaires Autres personnes sans activité professionnelle

- Lieu de résidence : Ville Campagne

- Couverture sociale : Sécurité sociale seule CMU

Sécurité sociale + Mutuelle AME

Merci de votre participation

C. Annexe 3 : Classification ATC

Source : http://www.whooc.no/filearchive/publications/2014_guidelines.pdf

A Tractus digestif et métabolisme

A01 Préparations stomatologiques

A02 Médicaments liés à des problèmes d'acidité

A03 Médicaments utilisés en cas de problèmes fonctionnels gastro-intestinaux

A04 Antiémétiques et antinauséux

A05 Traitement de la bile et du foie

A06 Laxatifs

A07 Antidiarrhéiques, anti-inflammatoires intestinaux/agents anti-infectieux

A08 Médicaments contre l'obésité, à l'exclusion des produits de régime

A09 Digestifs, y compris les enzymes

A10 Médicaments utilisés en cas de diabètes

A11 Vitamines

A12 Compléments minéraux

A13 Toniques

A14 Agents anabolisants (usage systémique)

A15 Stimulants de l'appétit

A16 Autres produits liés au tractus digestif et au métabolisme

B Sang et organes hématopoïétiques

B01 Agents Antithrombotiques

B02 Antihémorragiques

B03 Antianémiantes

B05 Dérivés du sang et perfusions diverses

B06 Autres agents liés à l'hématologie

C Système cardio-vasculaire

- C01 Thérapie cardiaque
- C02 Antihypertenseurs
- C03 Diurétiques
- C04 Vasodilatateurs périphériques
- C05 Vasoprotecteurs
- C07 Agents β -bloquants
- C08 Inhibiteurs des canaux du calcium
- C09 Agents agissant sur le système rénine-angiotensine
- C10 Agents réduisant les lipides sériques

D Dermatologie

- D01 Antimycotiques à usage dermatologique
- D02 Émoullients et protecteurs
- D03 Préparations pour le traitement des plaies et des ulcérations
- D04 Antiprurigineux, y compris les antihistaminiques, anesthésiants, etc.
- D05 Traitement du psoriasis
- D06 Antibiotiques et agents chimiothérapeutiques à usage dermatologique
- D07 Préparations dermatologiques à base de corticostéroïdes
- D08 Antiseptiques et désinfectants
- D09 Pansements à base de médicaments
- D10 Anti-acnéiques
- D11 Autres préparations dermatologiques

G Système génito-urinaire et hormones sexuelles

G01 Anti-infectieux et antiseptiques à usage gynécologique

G02 Autres préparations à usage gynécologique

G03 Hormones sexuelles et modulateurs du système génital

G04 Urologie

H Préparations systémiques hormonales, à l'exclusion des hormones sexuelles et des insulines

H01 Hormones hypophysaires, de l'hypothalamus et analogues

H02 Corticostéroïdes (usage systémique)

H03 Traitement de la thyroïde

H04 Hormones pancréatiques

H05 Homéostasie du calcium

J Anti-infectieux (usage systémique)

J01 Antibactériens (usage systémique)

J02 Antimycotiques (usage systémique)

J04 Médicaments contre les mycobactéries

J05 Antiviraux (usage systémique)

J06 Sérums immunisants et immunoglobulines

J07 Vaccins

L Agents antinéoplasiques et immunomodulants

L01 Agents antinéoplasiques

L02 Thérapie endocrine

L03 Immunostimulants

L04 Agents immunosuppresseurs

M Système musculo-squelettique

M01 Produits anti-inflammatoires et antirhumatismaux

M02 Produits topiques pour les douleurs articulaires et musculaires

M03 Myorelaxants

M04 Médicaments contre la goutte

M05 Médicaments en cas de traitement de maladies osseuses

M09 Autres médicaments en cas de troubles du système musculo-squelettique

N Système nerveux

N01 Anesthésiques

N02 Analgésiques

N03 Antiépileptiques

N04 Anti-parkinsoniens

N05 Psycholeptiques

N06 Psychoanaleptiques

N07 Autres médicaments en relation avec le système nerveux

P Produits antiparasitaires, insecticides et répellents

P01 Antiprotozoaires

P02 Anthelmintiques

P03 Ectoparasitocides, y compris les scabicides, insecticides et répellents

R Système respiratoire

R01 Médicaments pour le nez

R02 Médicaments pour la gorge

R03 Médicaments pour les maladies obstructives des voies respiratoires

R05 Médicaments contre la toux et le rhume

R06 Antihistaminiques (usage systémique)

R07 Autres produits en relation avec le système respiratoire

S Organes sensoriels

S01 Ophtalmologie

S02 Otologie

S03 Préparations utilisées en ophtalmologie et en otologie

V Divers

Serment d'Hippocrate

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

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

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité. J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

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

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

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

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

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

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