

Université de Picardie Jules Verne
Faculté de Médecine d'Amiens

Année 2019

N° 2019 - 75

PERCEPTION DE L'ABSENCE DE PRESCRIPTION
MÉDICAMENTEUSE PAR LES PATIENTS
CONSULTANT EN MÉDECINE GÉNÉRALE POUR UNE
PATHOLOGIE BÉNIGNE

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE
(DIPLÔME D'ÉTAT)

Spécialité Médecine Générale

Présentée et soutenue publiquement le 4 juillet 2019

par

Mathilde CHAMPION

Président du Jury :

Monsieur le Professeur Jean SCHMIDT

Juges :

Madame le Professeur Marie-Antoinette SEVESTRE

Madame le Professeur Sandrine CASTELAIN

Madame le Professeur Claire ANDREJAK

Directrice de Thèse :

Madame le Docteur Pauline THILL

REMERCIEMENTS

Monsieur le Professeur Jean SCHMIDT
Professeur des Universités - Praticien Hospitalier
Médecine interne

Après avoir dirigé la thèse de ma directrice merci de me faire l'honneur de présider ce jury.

Madame le Professeur Marie-Antoinette SEVESTRE-PIETRI
Professeur des Universités – Praticien Hospitalier
Médecine vasculaire
Chef du Service de Médecine Vasculaire

Merci de me faire l'honneur de participer à ce jury.

Madame le Professeur Sandrine CASTELAIN
Professeur des Universités – Praticien Hospitalier
(Bactériologie, virologie-hygiène hospitalière)
Laboratoire de Bactériologie et Virologie
Pôle biologie, pharmacie et santé des populations

Merci de me faire l'honneur de participer à ce jury.

Madame le Professeur Claire ANDREJAK
Professeur des Universités – Praticien Hospitalier
(Pneumologie)

Merci de me faire l'honneur de participer à ce jury.

Madame le Docteur Pauline THILL
Praticien hospitalier attaché
Maladies infectieuses et du Voyageur

Merci Pauline d'avoir accepté d'être ma directrice de thèse. Merci d'avoir encore une fois trouvé du temps pour moi parmi tes mille vies, et de faire partie de la mienne depuis cet inoubliable premier semestre à Creil ! En souvenir des soirées, des p'tits dej en tête à tête, des échanges de polars, des concerts auxquels je n'aurais jamais mis les pieds si ça n'avait pas été pour te voir, de ta prestation incroyable à mon mariage,... et pour tous les souvenirs à venir. Vivement que cette thèse en face partie pour qu'on puisse reprendre nos conversations et moments d'amitié sans elle !

Merci ...

[N.B. j'ai eu l'intention de faire un ordre et puis d'autres facteurs sont intervenus ça a fini en désordre comme d'habitude]

à Fab, merci de partager ma vie depuis 15 ans, d'être un rempart infailible, merci pour ta patience, ton soutien, tes attentions quotidiennes... (promis demain je range... ou après demain... ou ce week end... enfin on verra...)

à Claire, ma soeur exceptionnelle, car si tout le monde est unique toi tu l'es plus que les autres, merci pour ton indépendance, ta force, ta volonté, ton calme, ton soutien...

à mes parents, d'être toujours présents pour moi, à toi maman la personne la plus attentionnée au monde, à toi papa qui a toujours une solution à apporter aux 18 problèmes que je peux avoir dans une journée...

à mes grands parents :

à Mami'reille pour ta générosité, pour le souvenir des trajets avec Johnny dans l'alfa roméo rouge, à Jean Luc qui t'accompagne à présent,

à Mamie Denise pour ton rire et ta force de caractère, pour tes inimitables patates sautées, à Papi-Pierre pour l'héritage du caractère "Champion", pour les tartines de cancoillotte (avec ou sans beurre ?),

à Papi-Philippe, pour les discussions, les belles randonnées dans le Jura, à Michèle, à "Tatie" Danièle : grand mère par procuration pour ta générosité, pour m'avoir initié à la peinture enfant...

à Fabrice et Béa, à mes cousins, à ma cousine...

à ma belle famille, pour votre bienveillance toujours, pour avoir fait de Fab l'homme qu'il est aujourd'hui, pour m'avoir si bien accueillie, pour les bons repas, pour les parties de Tock et autres jeux...

à mes ami(e)s :

à Cécile, mon amie infaillible depuis plus de 10 ans, ma témoin, merci d'être là, toujours, tout le temps, pour ta générosité, pour ton soutien, pour tous ces moments, pour la ressemblance que certains semblent nous trouver, merci d'être le liant du groupe, franchement je me demande comment survivent ces personnes qui n'ont pas une Cécile dans leur vie... à Vincent pour la rendre heureuse...

à Margaux, mon amie, ma collègue, ma coloc, ma témoin pour tous ses rôles que tu as joué dans ma vie et que tu joueras encore, pour ton amitié si précieuse, pour les mille discussions sur la vie et la médecine, pour toujours pardonner, pour le bonheur que tu as su te créer, à Max, à Charlie, à Romy bientôt ... (ou déjà...)

à Camille, pour cette amitié qui dure, pour ta persévérance, ta générosité et ton sens de l'humour, pour être devenue si belle et épanouie malgré les "névroses" et big bisous basta belle blonde... (je te rappelle que c'est toi qui m'a suggéré les névroses...)

à Bendou parce que tu sais que malgré tous nos points communs ça n'aurait jamais marché entre nous...

à Sof, depuis toutes ses années, parce que tu es toujours le même, parce que tu retournes ta veste toujours du bon côté, parce que malgré la distance l'amitié reste intacte, pour ce 13,07 vs 13,05 il y a 12 ans aujourd'hui, à Marie pour ton naturel et ta franchise, et je n'aime toujours pas les câlins...

à Cha, à cette amitié née en P1 entre nous qui étions si différentes, parce que tu as eu une influence sur la personne que je suis aujourd'hui, à Salomé, à Dav, ...

à Simon, aux kilomètres le long de la Somme (ça fait un bail d'ailleurs), à ton humour, au beau Dr Naim urgentiste, à Hélo pour tes convictions et la planche apéro qui nous rapprochent de temps en temps, pour notre humour commun à blanc manger coco (apparemment ça ne fait rire que nous)...

à Lucille, pour la personne entière et franche que tu es, je suis heureuse de t'avoir dans ma vie mais viens nous voir plus souvent ... à Harouna, à Bakari...

à Anna, pour avoir découvert des années plus tard lors de vacances paradisiaques, que la copine de l'intello du premier rang en première était une femme incroyable et déjantée
...

à Waty, pour la golden attitude, pour les déjeuners à Corbie, pour ta simplicité en Mercedes, pour les jeudis midi au crossfit que tu as abandonné, à Alice pour t'avoir découverte sous ton vrai profil un jour sur une bouée dans le Cotentin...

à BenJ, pour les fins de nuit (ou journée ?) passées dans notre canapé, à Tib pour le rhum, les pirates, pour ton sourire et les belles choses que tu crées avec tes mains, à Vicky pour la belle personne qui se transforme en Vigarou, à Nico et Mathilde, à Groguy, Victoria et Pauline pour votre humour...

à Clem, pour ta sympathie spontanée légendaire, d'être un exemple de détermination, pour les bons (et moin bons) moments partagés, pour cette journée que tu gardes sur un film que tu n'as jamais voulu me montrer... à Aurianne...

à Sarah, #dêtreuneinfluenceuse...

à Math, pour être présente de ma vie depuis si longtemps, malgré des hauts et des bas, et même si la vie nous a éloigné un peu je sais qu'on se retrouvera, "mathilde pas toi l'autre"...

à Adeline, "ma première amie amiénoise", pour toutes les conneries et découvertes de la vie qu'on a partagé ensemble, pour ne jamais m'oublier même après douze messages sans réponse, à Ernesto et Julien...

à la team Creil, à Anne So, Ivan, Mathieu, Candou, Adri, Nico, Magda, même si on ne trouve pas toujours le temps de se retrouver ce semestre et ces amitiés resteront ... Je suis obligé d'écrire un remerciement tout particulier à Nico qui m'a appris tant de choses de la vie en passant par la cueillette des myrtilles jusqu'à l'utilisation magique des fonctions Excel...

à mon équipe,

au Roller Derby, pour le sport, les rencontres et les valeurs,

à Krevette et Moumou, à Moumou et Krevette, à Moumou, à Krevette, à Moumvette, je sais vous être 2 personnes à part entière mais l'une si l'autre n'existait pas ça serait quand même moins bien, à Krevmaga pour ta passion (et pour le résumé...), à Camille pour ta force et ta douceur,

à Goudale, pour la bière, pour le Santerre, pour le caractère volcanique,

à Lude, pour les coups de gueule et la passion du roller, tu vas me manquer sur le track et dans la vie, et même si j'aime ton intensité essaie d'intégrer la notion de nuance dans ta vie,

à Maz, pour ta générosité, pour être toujours là, pour ces bons moments partagés au cours d'une saison "un peu compliquée", pour le match à Amsterdam dont tu ne te souviens pas, pour tous ses trajets où je ne peux jamais choisir la musique, j'ai hâte de te voir rechausser...

à Fox, tu m'as manqué mais à peine rentré tu repars déjà, pour tes solutions au problème d'éclairage des chambres budgets, pour avoir été une si bonne coéquipière sur le track,

à Melissa et Damien, vous me manquez, pour la passion et l'engagement dans le derby, à Mac pour ton exigence envers toi même qui déteint sur les autres, à Dewey reviens coacher à Amiens,

à Babe, pour les belles leçons de vie et de derby que tu transmets,

à Freezy, pour ta rigueur et ton impartialité,

à Candyman, parce que ça serait trop compliqué si c'était simple,

à Sue, pour ton sourire et tes fesses incroyables qui détournent de ta sensibilité, à Guillaume, pour les conversations et les débats que je préfères ne jamais avoir avec toi,

à Virus, pour la gagne et l'engagement,

à Psycho, pour ton rire et ton calme, parce que des fois tu t'énerves quand même, enfin peut être, ah si une fois ça a dû arriver, allez un vomi et c'est reparti...

à Nanou, pour ta bienveillance, pour ton écoute, pour le partage de ces valeurs, parce que des fois ça ne va pas et on a le droit, et d'autres on souffle et on repart,

à Arrach, pour ton allure longiligne, pour les apéros sans jamais d'excès, pour satisfaire ma curiosité,

à Poppy, à Choudoudou, à Sweeney (je ne vérifie pas l'orthographe pardon), à Pim, à Sparck, à Scarlett, à Mal a dress...

Et à toutes ces personnes si différentes les unes des autres, qui se retrouvent sur un seul et même track. "Petit mais costaud" (même si on n'est des filles et qu'audrey est grande)...

à tou(te)s celles et ceux qui ont pu jouer un rôle dans ma vie, et que j'ai pu oublier...

SOMMAIRE

Remerciements	2
Liste des abréviations	14
Introduction	15
1. Définition d'une pathologie bénigne	15
2. Etat des lieux en France	15
2.1. La consommation médicamenteuse	15
2.2. Les antibiotiques	16
2.3. Les benzodiazépines	17
2.4. Les traitements symptomatiques	18
2.5. Un modèle français ?	19
2.5.1. La prescription française	19
2.5.2. Les déterminants de la prescription médicamenteuse	19
3. Problématiques	21
3.1. Répercussion de cette surconsommation	21
3.2. Des mesures face à cette surconsommation	22
3.2.1. La rémunération sur objectifs de santé publique (ROSP)	22
3.2.2. Le déremboursement	22
3.2.3. Une des missions de la Haute Autorité de Santé	23
4. Objectifs de l'étude	23
Matériel et méthode	25
1. Type d'étude	25
2. Population étudiée	25
3. Présentation du questionnaire	26
3.1. Données démographiques et médicales	26
3.2. Les pathologies étudiés	26
3.3. Type de questionnaire	27
5. La méthode de recueil	27
6. Analyse statistique des données	28

7. Comité de protection des personnes	28
Résultats	29
1. Présentation de la population et des cabinets répondants	29
1.1 Taux de réponses	29
1.2. Caractéristiques démographiques de la population	30
1.2.1. Genre	30
1.2.2. Âge	30
1.2.3. Caractéristiques en fonction du cabinet	30
1.2.4. Antécédents	31
1.2.5. Nombre de traitements	32
1.3. Caractéristiques des cabinets	33
1.3.1. La distance avec le service d'urgence le plus proche	33
1.3.2. Le caractère rural ou urbain de la commune de recueil	33
2. Résultats de l'enquête	34
2.1. Résultats généraux	34
2.2. Evaluation des résultats en fonction des caractéristiques des répondants et des cabinets	38
2.2.1. En fonction des cabinets	38
2.2.2. En fonction du genre	38
2.2.3. En fonction de l'âge	40
2.2.4. En fonction des antécédents médicaux	41
2.2.5. En fonction du nombre de traitements quotidiens	41
Discussion	42
1. Principaux résultats	42
1.1. Satisfaction sans prescription médicamenteuse	42
1.2. Attente de prescription médicamenteuse	43
1.3. Influence des critères sociodémographiques, géographiques et médicaux sur l'attente de prescription médicamenteuse	44
2. Une surestimation par le médecin des attentes réelles du patient	45
3. Une confiance forte dans le médicament	46
4. Forces et limites de l'étude	46

Conclusion	49
Références	50
Annexes : questionnaire	53
Résumé	56
Abstract	57

LISTE DES ABREVIATIONS

ANSM : Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé

AMM : autorisation de mise sur le marché

AVC : accident vasculaire cérébral

BPCO : broncho-pneumopathie chronique obstructive

DDJ : dose définie journalière

OMS : organisation mondiale de la santé

ROSP : rémunération sur objectif de santé

SMR : service médical rendu

INTRODUCTION

1. Définition d'une pathologie bénigne

Le terme de pathologie bénigne désigne un état morbide de pronostic favorable. Cette définition est basée sur l'évolution positive de la pathologie et ne sous-entend pas une absence de gêne fonctionnelle. La personne qui consulte est inscrite dans une réalité sociale (travail, enfants, etc.), avec ses propres représentations sur l'origine, la gravité de sa pathologie et la façon dont elle devrait être soignée. En réponse à ces "pathologies bénignes" une multitude de traitements existe, la plupart médicamenteux, souvent à visée symptomatique et d'efficacité variable avec des effets secondaires éventuels (1).

2. Etat des lieux en France

2.1. La consommation médicamenteuse

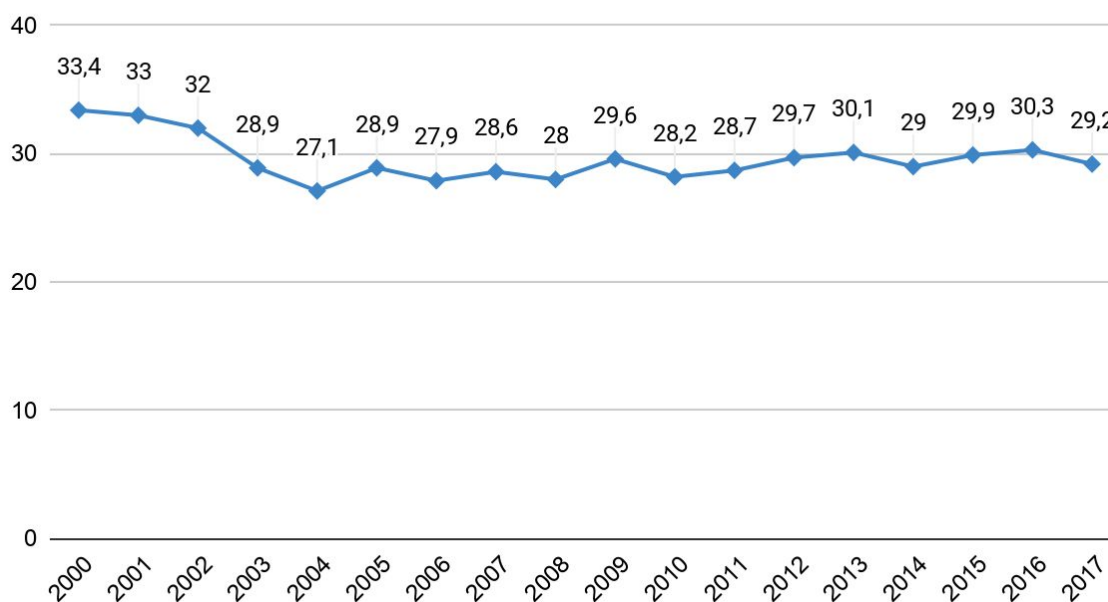
La France s'est longtemps placée au premier rang en terme de consommation médicamenteuse en Europe. En 2000, elle était le pays le plus consommateur de médicaments (2). Le comportement des pays européens concernant cette consommation semble depuis avoir convergé. D'après la synthèse de l'étude européenne sur l'évolution de la consommation médicamenteuse entre 2000 et 2011, la France se place à présent dans la moyenne européenne pour la consommation des 8 classes thérapeutiques les plus couramment utilisées : les antibiotiques, les anxiolytiques, les antidépresseurs, les anti-ulcéreux, les hypolipémiants, les anti-hypertenseurs, les anti-diabétiques et les antiasthmatiques (3). Cependant cette consommation reste importante puisqu'en 2013, elle s'élevait en moyenne à 48 boîtes de médicaments par français, par an, selon le rapport de l'agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM) (4). Selon l'organisation professionnelle des entreprises du médicament opérant en France (LEEM), le coût de la

consommation moyenne de médicaments et autres produits pharmaceutiques était de 510 euros par habitant en 2016 (5).

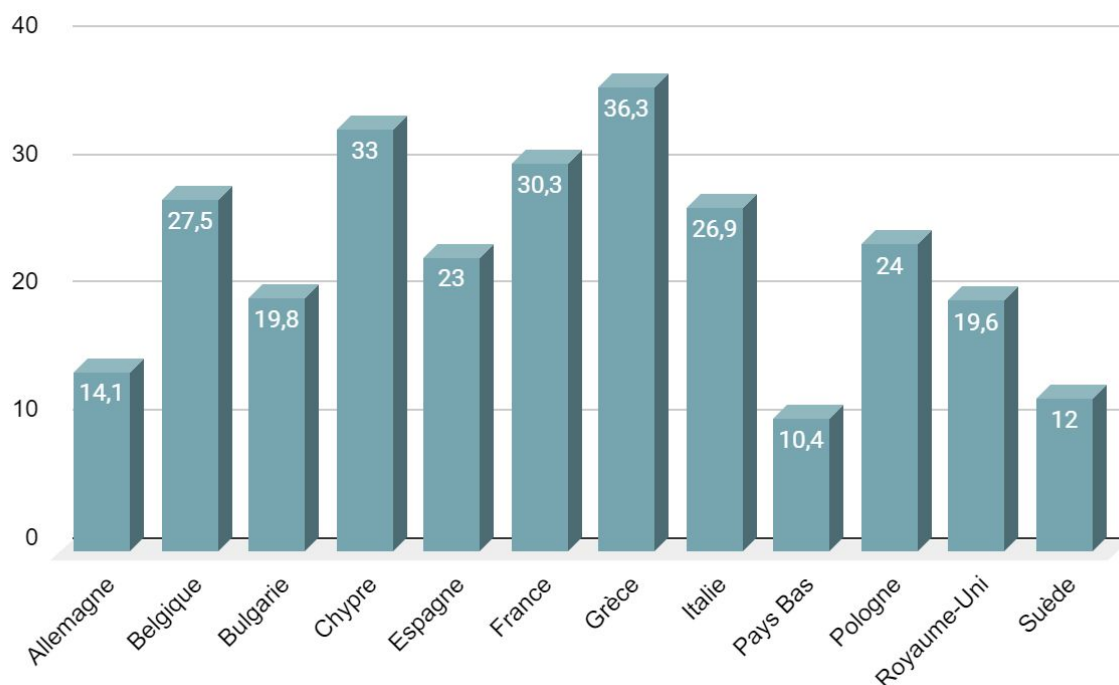
2.2. Les antibiotiques

La prescription d'antibiotiques en ville, a connu une baisse entre 2000 et 2005, correspondant à la campagne de 2002 "les antibiotiques, c'est pas automatique"(6). On observe ensuite une période de stabilité entre 2005 et 2010. Depuis 2010, une tendance à la hausse semblait se confirmer jusqu'en 2016 (7). Cependant la Dose Définie Journalière (DDJ) pour 1 000 habitants et par jour de 2017 avait sensiblement diminué par rapport à 2016 (graphique 1) (8). La DDJ constitue une posologie de référence pour un adulte de 70 kilos dans l'indication principale de chaque molécule. Cette dose moyenne ne reflète pas nécessairement la posologie recommandée par l'autorisation de mise sur le marché (AMM) ni la posologie effective : elle constitue un étalon de mesure.

Graphique 1: Évolution de la consommation d'antibiotiques en ville mesurée en nombre de DDJ pour 1 000 h/jour entre 2000 et 2017.



La consommation moyenne au sein des pays de l'Union Européenne était de 21,9 DDJ/1 000 h/jour pour le secteur de ville en 2016. La France, très au dessus de cette moyenne avec 30,3 DDJ/1000h/jour, est le 3^{ème} plus gros prescripteur d'antibiotiques après la Grèce (36.3DDJ) et Chypre (33.00DDJ) (7) (graphique 2).

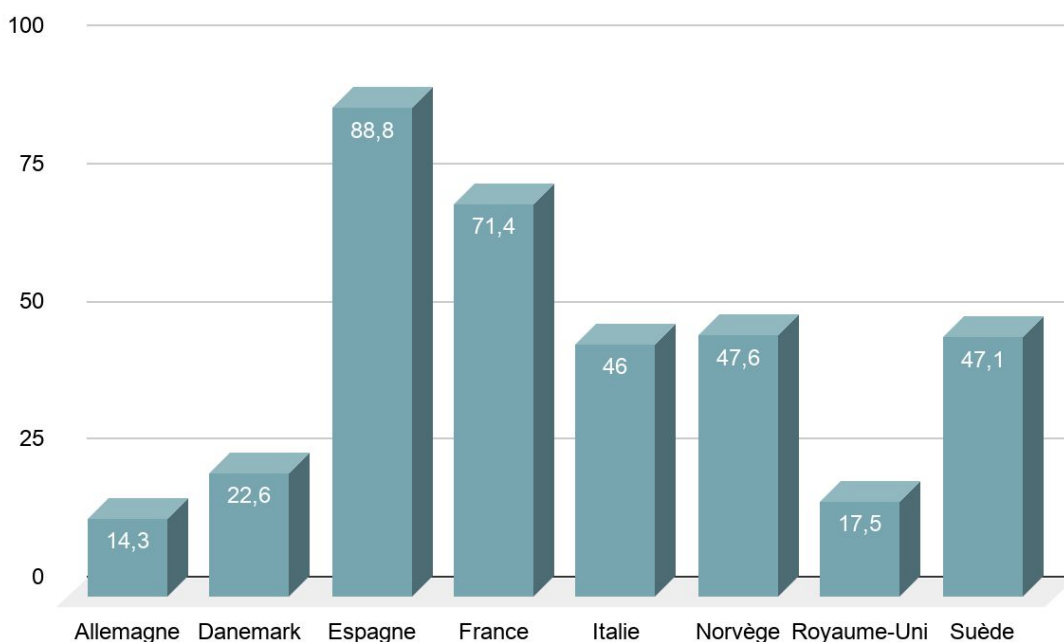


Graphique 2 : La consommation d'antibiotiques en ville dans les pays européens en DDJ/1000h/jour en 2016

Selon les chiffres de l'ANSM de 2017, 93 % des antibiotiques sont utilisés en médecine de ville et 7 % en établissements de santé (8). Le médecin traitant est donc le premier acteur à pouvoir intervenir sur cette surconsommation.

2.3. Les benzodiazépines.

La France reste également en haut du classement concernant la consommation de benzodiazépines : elle se situe en Europe au 2ème rang avec 117 millions de boîtes de benzodiazépines vendues en 2015 (graphique 3). Et plus d'un français sur 8 a eu au moins un remboursement de benzodiazépines dans l'année. Il existait malgré tout une diminution des consommations de 5,7 % entre 2012 et 2015, avec une diminution de 3,8 % pour les anxiolytiques et 12,8 % pour les hypnotiques. Le médecin traitant a encore une fois un rôle majeur à jouer dans la surconsommation, car il est à l'origine de plus de 80 % des prescriptions de benzodiazépines (9).



Graphique 3 : Niveaux de consommation des benzodiazépines dans huit pays européens, en DDJ/1000 habitants/jour en 2015.

2.4. Les traitements symptomatiques

De nombreux traitements considérés symptomatiques ou encore « de confort » sont assimilés à des placebos impurs. Les placebos impurs sont des médicaments n'ayant pas démontré objectivement leur efficacité. Ces traitements sont utilisés dans les situations cliniques où aucun traitement validé n'est disponible, ce qui est souvent le cas des pathologies rencontrées en médecine générale. La prescription de placebos impurs est très élevée dans les affections bénignes virales des voies aériennes supérieures. Dans une enquête réalisée auprès de médecins généralistes picards en 2016, concernant leur utilisation dans cette indication, 85,9 % des médecins déclaraient en prescrire (10).

En France, en 2013, 2 800 substances actives différentes ont été commercialisées selon l'ANSM (4). Elles correspondaient à plus de 11000 spécialités. L'organisation mondiale de la santé (OMS) a créée en 1977 une liste de médicaments considérés comme indispensables à un bon exercice de la médecine, liste révisée depuis. Elle comportait en 2017 433 médicaments jugés essentiels (11). La moitié des molécules originales commercialisées en France serait sans intérêt selon le rapport des professeurs Even et Debré réalisé en 2011

(12). Ces médicaments n'ont pas fait la preuve de leur efficacité et leur utilisation en médecine générale pose la question de leurs effets indésirables.

2.5. Un modèle français ?

2.5.1. La prescription médicamenteuse en France

La prescription médicamenteuse en France est régie par le Code de la Santé Publique : Article 8 (article R.4127- 8) : *“dans les limites fixées par la loi et compte-tenu des données acquises de la science, le médecin est libre de ses prescriptions, qui seront celles qu'il estime les plus appropriées en la circonstance. Il doit, sans négliger son devoir d'assistance morale, limiter ses prescriptions et ses actes à ce qui est nécessaire à la qualité, à la sécurité et à l'efficacité des soins. Il doit tenir compte des avantages, des inconvénients et des conséquences des différentes investigations et thérapeutiques possibles”* (13).

Cet article définit des “limites” à la prescription. Pourtant, l'étude IPSOS Santé de 2005 mettait en évidence la systématisation d'une prescription médicamenteuse en France : 90 % des consultations aboutissaient à une ordonnance médicamenteuse. Un taux bien supérieur à celui de ses voisins européens, puisqu'il était de 83,1 % en Espagne, 72,3 % en Allemagne et seulement 43 % aux Pays Bas (2).

Selon l'enquête sur les déterminants de la pratique médicale des médecins généralistes libéraux menée par la Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques (DREES) en 2002, le nombre de médicaments prescrits par consultation s'élevait en moyenne à 2,9 médicaments (14).

2.5.2. Les déterminants de la prescription médicamenteuse

Cette prescription par le médecin est assimilée à une habitude. Dans l'étude de Bedoin et Charles, pour les médecins interrogés, la réponse à une consultation passait par la prescription de médicaments. C'était ce qu'ils avaient appris à l'université, puis ce qu'ils avaient fait au cabinet, souvent par méconnaissance d'autres solutions thérapeutiques : *« nous sortions de la faculté avec un livre de thérapeutique et nous donnions des traitements symptomatiques. Nous pensions être bien-traitants, et c'était bien comme cela »* (1). Le

recours aux médicaments est décrit comme « une pratique ritualisée ». Le parcours du patient s'assimile à un « pèlerinage » : «...passage chez le médecin puis pharmacien juste après » (15). Un article franco-belge décrit également cet aspect routinier de la prescription des antibiotiques dans les infections respiratoires (16). La prescription de traitement est auto-entretenu, le fait de prescrire un médicament fait implicitement passer un message au patient : ce médicament est nécessaire pour ce genre de symptômes, et en cas d'épisode similaire il devra consulter à nouveau pour recevoir le même traitement. Entre le patient et son médecin, une habitude de prescription médicamenteuse inutile a tendance à s'installer.

Le médicament symbolise la capacité d'intervention du médecin. Dans un article étudiant les facteurs à l'origine de l'expansion de l'utilisation des médicaments en Grande Bretagne (17), les médecins sont décrits comme « les gardiens officiels des médicaments prescrits ». L'ordonnance symbolise ce que le médecin a « à offrir ». Elle fournit également une manière relativement rapide de mettre fin à la consultation médicale. Le système à l'acte est une des explications apportées à la surprescription, avec un désir de garder une bonne relation médecin-patient.

Pour les patients également, le médicament semble avoir son importance. Le médicament permet d'authentifier le problème de santé. Ainsi l'attente de médicaments semble augmenter avec l'intensité ressentie des symptômes (18). Pour certains patients, l'ordonnance est décrite comme un droit, ou encore comme une monnaie d'échange contre le paiement de la consultation (19). Ces mêmes éléments sont retrouvés dans une thèse réalisée en focus groupe de patients (technique d'entretien en groupe de discussion semi-structurée, modéré par un animateur neutre) : il est mis en évidence le problème de renoncer à la «symbolique » que représente la prescription, en cas d'absence de prescription médicamenteuse. Elle est alors décrite comme un rituel, une matérialisation de la reconnaissance du patient en tant que malade, une preuve de la compétence et de la sollicitude du médecin, un accès à la guérison (20).

Il ressort dans la thèse d'Anne-Sophie Haag traitant de l'absence de prescription médicamenteuse, et réalisée à Amiens en 2015 que le frein principal du médecin traitant à la non-prescription médicamenteuse est l'attente du patient (21). Cependant n'existe-il pas un

décalage entre les attentes réelles du patient et les attentes supposées du patient par le médecin ? En Allemagne, une étude observationnelle comparant les attentes des patients et le comportement de prescription des médecins montrait que les attentes des patients en terme de médicaments étaient nettement inférieures aux prescriptions proposées par le médecin. Les patients consultant pour des pathologies bénignes souhaitaient recevoir des informations sur leur maladie et ils ne s'attendaient pas à des prescriptions de médicaments d'une efficacité discutable (22). Une grande majorité des patients français interrogés dans l'étude IPSOS 2005 était d'accord avec l'idée selon laquelle une consultation ne devait pas systématiquement se conclure par la prescription de médicaments. Les français se déclaraient même majoritairement satisfaits en cas d'absence de prescription médicamenteuse (53 % des interrogés), contre 38% en Espagne, 30 % aux Pays-Bas, 73 % en Allemagne (2).

3. Problématiques

3.1 Répercussion de cette surprescription et surconsommation

Cette surconsommation a des répercussions à l'échelle du patient. Elle expose à des effets indésirables. Dans le cas de la prescription d'antibiotiques non justifiée, elle est responsable d'un risque de développement de résistances bactériennes. Selon les derniers chiffres de l'ANSM, l'antibiorésistance serait la cause de près de 12 500 décès chaque année, en France (8). En ce qui concerne les traitements psychotropes, il existe un risque d'accoutumance et de dépendance.

Cette surconsommation a également des répercussions à l'échelle publique. Le développement de résistances nécessite une utilisation raisonnée des antibiotiques dans cette ère des BLSE et autres mécanismes de résistances. Selon le rapport de l'ANSM, de 2008 à 2015, en ville, la proportion de souches d'*Escherichia coli* résistantes aux céphalosporines de 3^{ème} génération a été multipliée par 3,7 (de 1,3 % à 4,8 %). En 2017, la France se situait toujours parmi les pays européens où les résistances à la pénicilline ou aux macrolides étaient les plus élevées. La résistance des pneumocoques à la pénicilline ou aux macrolides dépassait 25 % dans 6 pays (8).

Le point de vue économique est également à prendre en compte : en 2017 la consommation de « médicaments de ville » s'élevait à 32,6 milliards d'euros, ce qui représentait 16,3 % de la consommation de soins et de biens médicaux (5).

3.2. Des mesures face à cette surconsommation

3.2.1. La Rémunération sur Objectifs de Santé Publique (ROSP)

Pour diminuer la consommation médicamenteuse, le système de soins Français doit évoluer vers un système préventif plutôt que curatif. L'introduction par la convention médicale de 2011 de la ROSP, modifiée en 2016, va dans ce sens. L'accent a été mis sur des indicateurs de prévention avec pour objectifs d'encourager par exemple le dépistage des cancers, la vaccination, ou encore l'invitation au sevrage tabagique (23). La place de la consultation de prévention commencerait-elle à être significative ? Une progression est observée sur le dépistage du cancer colorectal (+6,2 points par rapport à 2016) (24), également dans le suivi des patients atteints de pathologies chroniques : le dépistage de la maladie rénale chronique s'améliore chez le patient hypertendu (+ 2,4 points, soit 210 000 patients mieux dépistés) ou chez le patient diabétique (+ 4,1 points, soit 100 000 patients mieux dépistés) (25).

D'autres indicateurs de la ROSP ont un impact sur la surprescription. Notamment concernant la iatrogénie : on observe une amélioration des pratiques avec une légère diminution des prescriptions de psychotropes chez les patients âgés de plus de 75 ans, ainsi qu'un meilleur respect des durées de traitement par benzodiazépines hypnotiques. Pour les antibiotiques, comme les derniers chiffres de l'ANSM (8), les indicateurs de la ROSP montraient une diminution entre 2016 et 2017, avec un nombre de traitements antibiotiques pour 100 patients qui passe de 39,5 à 36,1 en moyenne (soit 770 000 traitements évités par rapport à 2016) (24).

3.2.2. Le déremboursement

En France, l'ordonnance est le mode d'accès privilégié au médicament. L'automédication est moins développée, elle représente 12,9 % du marché pharmaceutique en

2016 contre 23,5 % pour la moyenne européenne (51 % en Grande Bretagne) (26). Un bilan réalisé en 2001 par l'Institut de Recherche et de Documentation en Economie de la Santé (IRDES) basé sur la notion de service médical rendu (SMR) est à l'origine d'un processus de déremboursement depuis 2003 visant à radier la quasi-totalité des médicaments à SMR insuffisant de la liste des médicaments remboursables. Ce bilan montrait que les médicaments à SMR insuffisant étaient très présents dans la prescription des médecins généralistes : un médicament prescrit sur 5 était à SMR insuffisant (27).

Ce déremboursement rejoint le modèle de fonctionnement des nos voisins européens. Mais il n'est pas prouvé qu'il permette une diminution du nombre de prescriptions et de consultations. Il est possible qu'il mène à une pratique d'automédication plus importante. Ce qui n'engendre donc pas forcément de baisse de la consommation médicamenteuse.

3.2.3. Une des missions de la Haute Autorité de Santé (HAS)

Un rapport concernant le développement de la prescription de thérapeutiques non médicamenteuses a été réalisé par la HAS en 2011, à la demande de la Direction de la sécurité sociale. L'objectif est de promouvoir la prescription de conseils hygiéno-diététiques, la réalisation d'une éducation thérapeutique, et éventuellement le recours alternatif à d'autres professionnels spécialisés. Cette demande s'appuyait sur l'hypothèse d'un faible recours aux thérapeutiques non médicamenteuses bien qu'elles puissent être recommandées par les agences sanitaires, les autorités scientifiques et les sociétés savantes (28).

4. Objectif de l'étude

Une revue systématique de la littérature, de 2005 à 2014 sur l'ordonnance médicamenteuse en France et Europe retrouvait une évolution du comportement des patients Français vis-à-vis de la prescription médicamenteuse. Cette revue décrit une attente du patient qui évolue davantage vers une demande d'explications et d'écoute et moins vers une attente de médicaments. Une baisse de la demande d'antibiotiques est notamment observée ainsi qu'une satisfaction élevée en cas d'absence de prescription médicamenteuse (29). Une étude

réalisée à Nancy en 2011 s'intéressant aux attentes des patients consultant en médecine générale, montrait une attente de prescription médicamenteuse toujours très présente pour la majorité des patients lors de consultations pour pathologie bénignes (30).

Deux questions se posent face à ces constatations : les mesures mises en place depuis quelques années en France ont-elles eu un impact sur la prescription médicamenteuse ? En 2018, la consultation sans prescription médicamenteuse dans certaines pathologies bénignes peut elle être acceptée par les patients ?

L'objectif principal de ce travail de thèse était donc d'évaluer la réaction des patients consultant pour une pathologie bénigne en médecine générale face à l'absence de prescription médicamenteuse par leur médecin généraliste.

Les objectifs secondaires étaient de mettre en évidence les éléments pouvant avoir une influence sur la demande de prescription des patients à travers les différentes caractéristiques de la population étudiée et du cabinet consulté.

MATÉRIEL ET MÉTHODE

1. Type d'étude

Nous avons réalisé une enquête observationnelle, non-interventionnelle, descriptive, quantitative, utilisant un questionnaire anonyme.

2. Population étudiée

Cette enquête ciblait les patients de la Somme amenés à consulter en médecine générale. Les questionnaires ont été déposés dans les salles d'attente de 11 cabinets de médecine générale, répartis sur la Somme et présentés dans le tableau 1.

Nous avons choisi des cabinets de médecine générale localisés dans des communes :

- en zone rurale, selon une définition de moins de 2000 habitants,
- en zone urbaine, cette définition regroupait les communes principales de la Somme,
- en zone semi-urbaine, cette définition concernait les communes de plus de 2000 habitants qui ne possédaient pas les structures et services d'une zone urbaine.

Les questionnaires ont été déposés dans des cabinets individuels et des maisons médicales, des structures avec présence d'une secrétaire ou non. Tous les patients ayant complété un questionnaire ont été inclus. Seuls les questionnaires incomplets et ceux complétés par un patient de moins de 18 ans n'ont pas été étudiés.

Villes	Structure	Secrétaire présente	Nbr Hab	Distance Urgences plus proches
Saint-Ouen	Maison médicale	oui	1 910	27 km
Flixecourt	Maison médicale	oui	3 142	27 km
Molliens dreuil	Maison médicale	oui	934	20 km
Beauquesne	Cabinet individuel	non	1 360	10 km
Roye	Cabinet individuel	non	5 864	18 km
Albert	Maison médicale	oui	9 931	30 km
Le Crotoy	Maison médicale	non	2 044	24 km
Abbeville	Cabinet associés	non	23 231	< 5 km
Amiens centre ville	Maison médicale	oui	133 755	< 5 km
Amiens Henriville	Cabinet associés	non	133 755	< 5 km
Amiens Saint Maurice	Cabinet associés	non	133 755	< 5 km

Tableau 1 : Caractéristiques des cabinets de recueil

3. Présentation du questionnaire

3.1. Données démographiques et médicales

L'âge, le genre et le cabinet dans lequel le patient consulte ont été recueillis. Les répondants devaient également préciser leurs antécédents médicaux (hypertension artérielle, diabète, dyslipidémie, antécédents cardiovasculaires à type d'infarctus du myocarde, accident vasculaire cérébral (AVC), bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO), antécédents chirurgicaux, autres) et leur nombre de traitements (0, 1, 2-5, 6-10, >10).

3.2. Les pathologies étudiées

Nous avons choisi de cibler quelques pathologies fréquemment rencontrées en médecine générale et pouvant être qualifiées « d'affections transitoires bénignes ». Il s'agit de troubles bénins dont l'évolution est spontanément favorable sans traitement spécifique.

La rhinopharyngite a été choisie puisqu'elle est le quatrième motif de consultation en médecine générale (31) et nous avons décrit deux cas possibles pour cette pathologie. Le premier cas concerne la première consultation pour des symptômes à type d'odynophagie, toux et fébricule. Le deuxième cas concerne la persistance de ces mêmes symptômes amenant à une nouvelle consultation.

Le 3^{ème} cas proposé est celui de la bronchite aiguë, une maladie virale dans la plupart des cas. Il s'agit d'une pathologie pouvant altérer le quotidien et pour laquelle l'énoncé du cas proposait un arrêt de travail de 5 jours, basé sur les recommandations de la sécurité sociale.

Le 4^{ème} cas infectieux proposé est une gastro-entérite aiguë, également d'origine essentiellement virale et pouvant justifier d'un arrêt de travail de 3 jours sur la base des recommandations de la sécurité sociale.

Les deux derniers cas choisis sont un cas de stress avec fatigue passagère, et un cas d'insomnie pour lesquels un traitement médicamenteux semble très rarement justifié en première intention.

3.3. Le type de questionnaire

Il s'agissait d'un questionnaire à choix multiples, évaluant la satisfaction des patients face à une consultation simulée se terminant sans prescription médicamenteuse. Les réponses proposées face à la conclusion de la consultation étaient :

- une satisfaction complète,
- une satisfaction nuancée d'un besoin de prescription de traitements symptomatiques,
- une absence de satisfaction avec demande d'antibiotique ou psychotrope,
- une absence de consultation pour ce motif,
- une réponse libre ouvrant sur un autre motif d'insatisfaction.

5. La méthode de recueil

Les questionnaires ont été déposés dans les salles d'attente de 11 cabinets médicaux situés dans la Somme, énumérés plus haut. Dans certains cabinets une secrétaire était

présente et incitait les patients à répondre, dans les autres ils ont été déposés en libre accès avec une note explicative.

Le questionnaire était rempli par les patients de manière anonyme et sans intervention d'une tierce personne. Une introduction du questionnaire informait les patients que leurs réponses allaient être analysées et publiées dans une thèse de médecine.

Ils étaient remis à la secrétaire (si présente) ou déposés dans une boîte prévu à cet effet dans les autres cas.

6. Analyse statistique des données

Les données ont été retranscrites dans un tableur Excel, via lequel les réponses ont été classées selon les différentes variables (genre, âge, antécédents, nombre de traitements, cabinets de recueil). Les tests statistiques utilisés étaient le test du χ^2 , pour les analyses avec 2 groupes ou plus, et le test exact de Fisher pour les analyses avec 2 groupes qui comportaient des effectifs insuffisants pour répondre aux conditions de validité du test du χ^2 . Les analyses statistiques ont été réalisées avec le logiciel BiostaTGV. Le seuil de significativité a été fixé à 5 % ($p < 0,05$).

7. Comité de protection des personnes (CPP)

Dans le cadre du décret n° 2016-1537 du 16 novembre 2016 relatif aux recherches impliquant la personne humaine, après demande d'un numéro d'enregistrement de la recherche (numéro ID-RCB) sur le site internet de l'ANSM, nous avons procédé à la création d'un dossier de recherche qui a été soumis pour avis à un CPP via la plateforme en ligne de Commission Nationale des Recherches Impliquant la Personne Humaine (CNRIPH).

RÉSULTATS

1. Présentation de la population et des cabinets répondants

1.1 Taux de réponses

Le recueil de données a été réalisé sur une période de 7 mois, de juillet 2018 à janvier 2019. 373 questionnaires ont été recueillis sur 600 déposés dans 11 cabinets (62 %) (tableau 2).

Villes	Effectif
Saint-Ouen	80 (21,4 %)
Flixecourt	25 (6,7 %)
Molliens Dreuil	38 (10,2 %)
Beauquesne	23 (6,2 %)
Roye	19 (5,1 %)
Albert	87 (23,3 %)
Le Crotoy	30 (8 %)
Abbeville	19 (5,1 %)
Amiens centre ville	11 (3 %)
Amiens Henriville	22 (5,9 %)
Amiens Saint Maurice	19 (5,1 %)

Tableau 2 : Répartition des répondants par cabinet de recueil

Dans seulement 3 des cabinets (Albert, Saint-Ouen et Molliens Dreuil), la secrétaire présente encourageait les patients à répondre aux questionnaires. Le taux de réponses a été supérieur sur ces 3 cabinets, plus de 20 % de l'effectif total sur les cabinets de Albert et Saint-Ouen, et plus de 10 % sur le cabinet de Molliens Dreuil.

1.2. Caractéristiques démographiques de la population

1.2.1. Genre

Les 373 questionnaires ont été complétés par 265 femmes (71 %) et 107 hommes (28,7 %). Sur un seul questionnaire le genre du répondant n'a pas été précisé.

1.2.2. Âge

La tranche d'âge la plus représentée était celle des 26-50 ans avec plus de 40 % des répondants. Les âges extrêmes étaient moins représentés avec 9 % âgés de moins de 25 ans et moins de 6% de plus de 75 ans (tableau 3). L'âge médian était de 45 ans.

Âge	Effectif
≥ 75 ANS	22 (5,9 %)
$74 < X \leq 50$	138 (37 %)
$50 < X \leq 25$	165 (44,2 %)
< 25	34 (9,1%)
$X = ?$	14 (3,8 %)

Tableau 3 : Répartition en fonction de l'âge.

1.2.3. Caractéristiques en fonction du cabinet

L'âge médian en fonction des cabinets variait entre 33 ans et 56 ans. Le pourcentage de patientes femmes ayant répondu allait de 56 à 100 % selon le cabinet de recueil (tableau 4).

Villes	Homme	Femme	X	Age médian
Saint-Ouen	34 (42,5%)	45 (56,25 %)	1	52
Flixecourt	4 (16 %)	21 (84 %)		33
Molliens Dreuil	11 (29 %)	27 (71 %)		45
Beauquesne	9 (39,1 %)	14 (60,9 %)		51,5
Roye	4 (21 %)	15 (79 %)		43
Albert	24 (27,6 %)	63 (72,4 %)		50
Le Crotoy	4 (13,3 %)	26 (86,7 %)		44,5
Abbeville	0 (0 %)	19 (100 %)		48
Amiens centre ville	3 (27,3 %)	8 (72,7 %)		56
Amiens Henriville	8 (36,4 %)	14 (63,6 %)		44
Amiens Saint Maurice	6 (31,6 %)	13 (68,4 %)		35

Tableau 4 : Caractéristiques des répondants en fonction des cabinets

1.2.4. Antécédents

Les antécédents retrouvés ont été classés selon les catégories suivantes :

- antécédents cardiovasculaires : AVC, hypertension artérielle, infarctus du myocarde, dyslipidémies, ...
- antécédents endocrinologiques : diabète, dysthyroïdie, ...
- antécédents auto-immuns/inflammatoire : maladie de Wegener, lupus érythémateux systémique, polyarthrite rhumatoïde, purpura thrombopénique idiopathique, psoriasis, maladie de Berger, maladie de Crohn, sarcoïdose, ...
- antécédents psychiatriques : dépression, schizophrénie, anxiété, troubles du comportement alimentaire, ...
- antécédents pneumologiques : BPCO, syndrome d'apnée du sommeil, asthme, pneumothorax.
- antécédents chirurgicaux.
- antécédents neurologique : épilepsie, migraine, ...
- antécédents ostéo articulaires : ostéoporose, arthrose, arthrite, hernie discale, ..
- antécédents néoplasiques.

25% des répondants n'avaient aucun antécédent médico-chirurgical. Nous pouvons observer que plus de 60% des répondants déclaraient avoir des antécédents cardio vasculaires, un peu moins de la moitié des antécédents chirurgicaux, les autres antécédents étaient représentés dans des proportions moindres : tableau 5.

Antécédents	Effectif
Cardiovasculaires	239 (64,1 %)
Endocrinologiques	48 (12,9 %)
Auto immuns	30 (8 %)
Psychiatriques	16 (4,3 %)
Pneumologiques	24 (6,4 %)
Chirurgicaux	171 (45,8 %)
Neurologiques	3 (0,8 %)
Ostéoarticulaires	10 (2,7%)
Néoplasiques	19 (5,1 %)

Tableau 5 : Antécédents des répondants

1.2.5. Nombre de traitements

Les traitements au long cours de chaque patient ont été étudiés en fonction du nombre de médicament quotidien pris par les répondants (0, entre 1 et 5, et plus de 6). Les répondants ayant plus de 6 traitements quotidiens étaient moins représentés, un peu moins de 6 % de l'effectif total. Et 42 % des patients n'avaient aucun traitement à domicile : tableau 6.

Nombre de traitements	Effectif
0	158 (42,4 %)
1-5	193 (51,7 %)
> 6	22 (5,9 %)

Tableau 6 : Effectif de répondants en fonction du nombre de médicaments quotidiens

1.3. Caractéristiques des cabinets

1.3.1. La distance avec le service d'urgence le plus proche

Nous avons évalué les réponses par cabinet en fonction de leur distance avec les urgences les plus proches. Les cabinets de Saint-Ouen, Flixecourt, Le Crotoy, Molliens Dreuil, Albert et Roye ont été regroupés car ils étaient éloignés de plus de 10 km d'un centre d'urgences. Les 3 cabinets amiénois, ont été analysés avec les cabinets d'Abbeville et de Beauquesne (<10 km d'un centre d'urgences). 75 % des cabinets étudiés étaient situés à plus de 10 kilomètres des urgences : tableau 7.

Distance vers les urgences	Effectif	Homme	Femme	X	Age Moyen
≤ 10 km	94 (25,2 %)	26 (27,66 %)	68 (72,34 %)	1	45,71
> 10 km	279 (74,8 %)	81 (29,03 %)	197 (70,61 %)	0	45,97

Tableau 7 : Répartition en fonction de la distance vers les urgences les plus proches

1.3.2. Le caractère rural ou urbain de la commune de recueil

Un deuxième regroupement a été réalisé en fonction du nombre d'habitants. Les cabinets définis comme ruraux étaient : Beauquesne, Molliens Dreuil et Saint Ouen. Les cabinets d'Amiens, Albert et Abbeville étaient définis comme urbains. Les cabinets de Roye, Flixecourt et Le Crotoy ont été classés comme semi-urbains .

Population	Effectif	Homme	Femme	X	Age Moyen
Rural	141 (37,8 %)	54 (38,3 %)	86 (60,99 %)	1	50,26
Semi urbain	74 (19,84 %)	12 (16,22 %)	62 (83,78 %)	0	42,59
Urbain	158 (42,36 %)	41 (25,95 %)	117 (74,05 %)	0	46,42

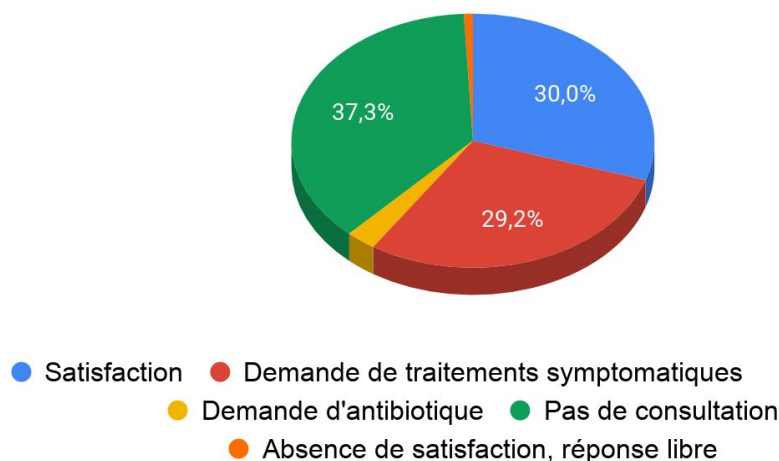
Tableau 8 : Répartition des cabinets en fonction de la population

2. Résultats de l'enquête

2.1. Résultats généraux

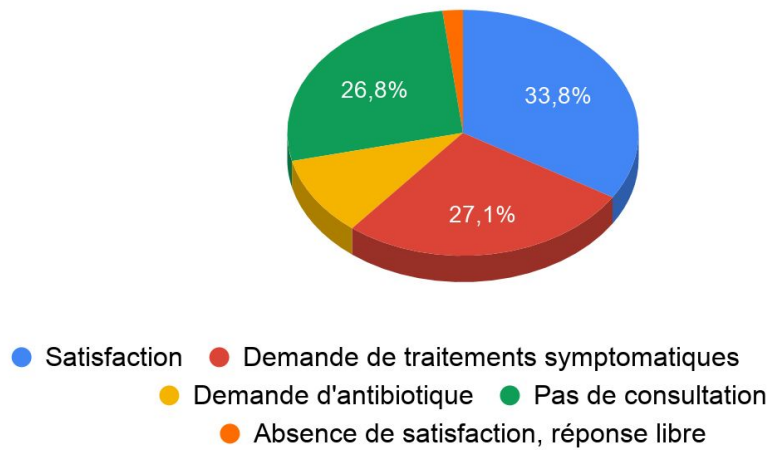
Pour la rhinopharyngite, on retrouve une satisfaction sans prescription chez 30 % des répondants, 29 % étaient en attente d'une prescription de traitements symptomatiques, moins de 3 % étaient en attente d'un traitement antibiotique et 37 % ont déclaré ne pas consulter pour ce motif. Moins d'1% ont évoqué un autre motif d'insatisfaction. (graphique 4)

Graphique 4 : Rhino-pharyngite, répartition des réponses



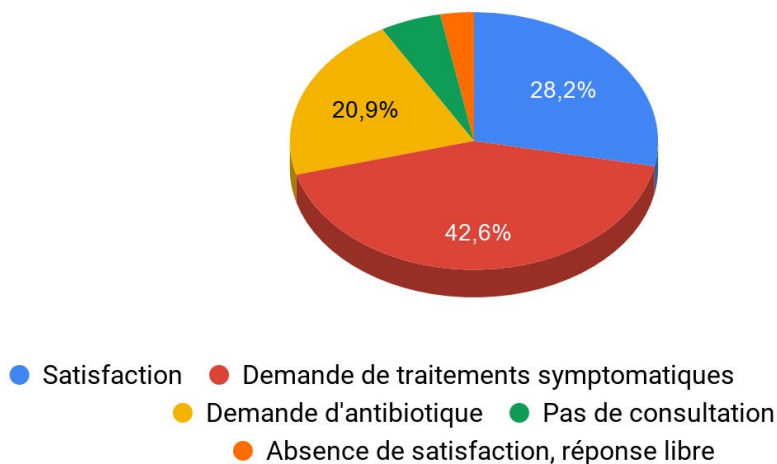
Dans le cas d'une deuxième consultation pour rhinopharyngite, une satisfaction sans prescription a été constatée chez près de chez 34 % des répondants, 27 % étaient en attente d'une prescription de traitements symptomatiques, 10 % d'un traitement antibiotique et 27 % ont déclaré ne pas consulter pour ce motif. Moins de 2 % ont évoqué un autre motif d'insatisfaction. (graphique 5)

Graphique 5 : Rhino-pharyngite traînante, répartition des réponses



Pour la bronchite, une satisfaction sans prescription a été observé chez 28 % des répondants, près de 43 % étaient en attente d'une prescription de traitements symptomatiques, 21 % étaient en attente d'un traitement antibiotique et 5% ont déclaré ne pas consulter pour ce motif. Moins de 3 % ont évoqué un autre motif d'insatisfaction. (graphique 6)

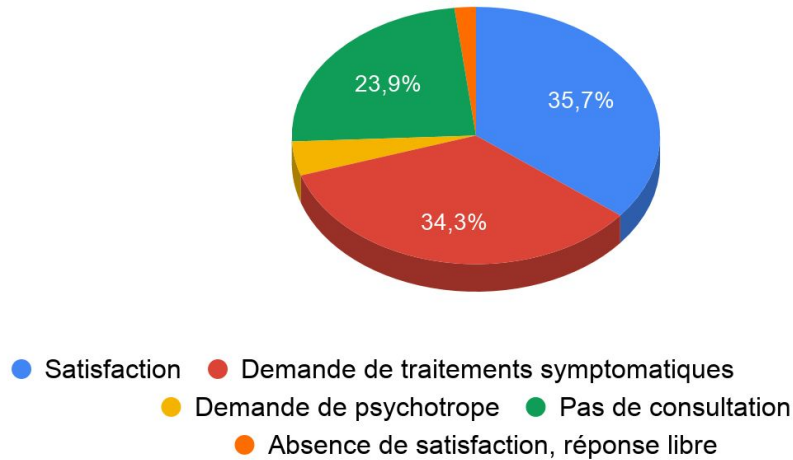
Graphique 6 : Bronchite, répartition des réponses



Dans le cas proposé de stress associé à une fatigue passagère, une satisfaction sans prescription a été observée chez près de 36 % des répondants, 34 % étaient en attente d'une prescription de traitements symptomatiques, 4 % étaient en attente d'un traitement

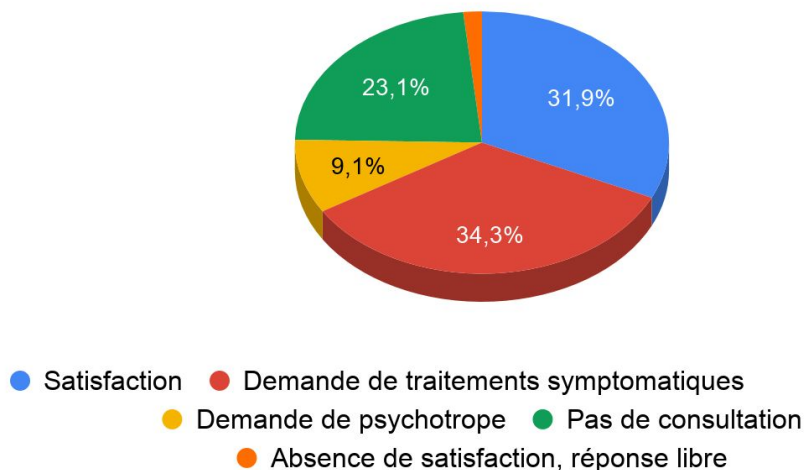
anxiolytique et 24% ont déclaré ne pas consulter pour ce motif. Moins de 2 % ont évoqué un autre motif d'insatisfaction. (graphique 7)

Graphique 7 : Stress-fatigue, répartition des réponses



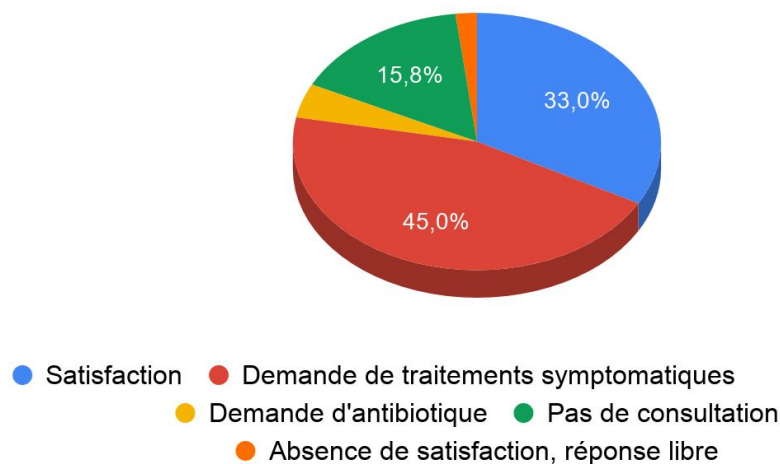
Pour l'insomnie, une satisfaction sans prescription a été observée chez 32 % des répondants, 34 % étaient en attente d'une prescription de traitements symptomatiques, 9 % étaient en attente d'un somnifère et 23 % ont déclaré ne pas consulter pour ce motif. Moins de 2 % ont évoqué un autre motif d'insatisfaction. (graphique 8)

Graphique 8 : Insomnie, répartition des réponses.



Et pour le cas de gastro-entérite aiguë, une satisfaction sans prescription a été observée chez 33 % des répondants, 45 % étaient en attente d'une prescription de traitements symptomatiques, 4 % étaient en attente d'un traitement antibiotique et 16 % ont déclaré ne pas consulter pour ce motif. Moins de 2 % ont évoqué un autre motif d'insatisfaction. (graphique 9)

Graphique 9 : Gastro-entérite, répartition des réponses



Au total, 32 % des patients s'estimaient « rassurés et satisfaits » de l'absence de prescription médicamenteuse sur le regroupement des 6 cas cliniques proposés (tableau 9). Plus d'un tiers des patients étaient en attente de traitements symptomatiques. Sur l'ensemble des 4 cas présentant un problème infectieux, moins d'un patient sur 10 était en attente d'un traitement antibiotique. Moins de 7 % des répondants étaient en attente d'un traitement psychotrope sur les 2 cas où cette proposition était évoquée. En moyenne, 44 % des patients attendaient un traitement, qu'il soit symptomatique, antibiotique ou psychotrope. 22 % des répondants ont déclaré ne pas consulter leur médecin traitant pour les motifs évoqués. Sur les 78 % restant, le taux de satisfaction à l'issue d'une consultation sans prescription médicamenteuse, était de 41 %.

Réponses	Effectif
Satisfaction	718 (32,08%)
Demande de traitements symptomatiques	793 (35,44%)
Demande d'antibiotique ou psychotrope	193 (8,63%)
Pas de consultation	493 (22,03%)
Absence de satisfaction, réponse libre	41 (1,83%)

Tableau 9 : Regroupement de la répartition des réponses aux 6 cas

Moins de 2 % des répondants ont déclaré ne pas être satisfaits pour d'autres raisons que celles précisées sur le questionnaire (besoin de traitements symptomatiques, psychotrope ou antibiotique). Cette proposition laissait place à une réponse libre, qui soulignait : un besoin de réalisation d'exams complémentaires, une impression d'absence de prise au sérieux par le médecin, un besoin d'être orienté vers un spécialiste. Un répondant a critiqué la deuxième consultation pour rhinopharyngite car il n'y avait toujours pas de médicament délivré alors que deux consultations avaient été payées. Plusieurs répondants ont critiqué la proposition d'arrêt de travail, lui préférant un traitement : *“ si le médecin propose un arrêt, c'est qu'il faut un traitement pour soigner”*.

2.2. Evaluation des résultats en fonction des caractéristiques des répondants et des cabinets

2.2.1. En fonction des cabinets

Il n'a pas été observé de différence significative en fonction de la distance des cabinets vers les urgences les plus proches, ni en fonction du nombre d'habitants des villes représentées.

2.2.2. En fonction du sexe

On observe une différence significative entre homme et femme pour les cas de pathologies infectieuses : rhinopharyngite ($p < 0,001$) et bronchite ($p = 0,003$), avec dans les 2 cas une satisfaction sans prescription médicamenteuse plus importante chez les hommes : 44

% dans le cas de rhinopharyngite versus 24 % chez les femmes (tableau 10), et 37 % contre 24 % dans le cas de bronchite (tableau 11).

Réponses	Femmes	Hommes	<i>p<0,001</i>
Satisfaction	65 (24,5 %)	47 (43,9 %)	
Demande de traitements symptomatiques	83 (31,3 %)	26 (24,3 %)	
Demande d'antibiotique	5 (1,9 %)	5 (4,7 %)	
Pas de consultation	110 (41,5 %)	29 (27,1 %)	
Absence de satisfaction, réponse libre	2 (0,8 %)	0 (0,0 %)	

Tableau 10 : Analyse statistique, des réponses par genre dans le cas de rhinopharyngite.

Réponses	Femmes	Hommes	<i>p=0,003</i>
Satisfaction	65 (24,5%)	40 (37,4 %)	
Demande de traitements symptomatiques	117 (44,1%)	43 (40,2 %)	
Demande d'antibiotique	67 (25,3 %)	12 (11,2 %)	
Pas de consultation	11 (4,2 %)	9 (8,4 %)	
Absence de satisfaction, réponse libre	5 (1,9 %)	3 (2,8 %)	

Tableau 11 : Analyse statistique, des réponses par genre dans le cas de bronchite.

Pour les autres cas cliniques, il n'a pas été trouvé de différence significative entre le groupe homme et le groupe femme. Cependant on observe une tendance à la satisfaction plus importante chez les hommes en l'absence de prescription médicamenteuse, 39 % étaient satisfaits dans le cas de stress-fatigue contre 34 % de femme, 39 % dans le cas d'insomnie contre 29 % de femmes et 39 % également dans le cas de gastro entérite contre 30 % de femmes. Sur le groupement des 6 cas, une différence significative est retrouvée ($p<0,001$), 39 % des hommes se déclaraient satisfaits à l'issue de la consultation versus 29 % des femmes (tableau 12).

Réponses	Femmes	Hommes	<i>p<0.001</i>
Satisfaction	460 (28,9 %)	253 (39,4 %)	
Demande de traitements symptomatiques	581 (36,6 %)	212 (33 %)	
Demande d'antibiotique ou psychotrope	151 (9,5 %)	42 (6,6 %)	
Pas de consultation	369 (23,2 %)	124 (19,3 %)	
Absence de satisfaction, réponse libre	29 (1,8 %)	11 (1,7 %)	

Tableau 12 : Analyse statistique, des réponses par genre sur le groupement des 6 cas.

2.2.3. En fonction de l'âge

Une différence significative a été retrouvée en fonction des groupes d'âge, pour le cas de rhinopharyngite ($p=0,047$). La satisfaction à la suite d'une consultation sans prescription médicamenteuse était de 36 % chez les plus de 75 ans, contre moins de 15 % chez les moins de 25 ans. Les jeunes semblent être plus en attente de traitements : 56 % des moins de 25 ans attendaient une prescription médicamenteuse contre 32 % pour les plus de 75 ans (tableau 13).

Réponses	> 75 ans	51 à 75 ans	26 à 50 ans	< 25 ans	<i>p=0,047</i>
Satisfaction	8 (36,4 %)	48 (34,8 %)	50 (30,7 %)	5 (15,1 %)	
Attente de médicaments	7 (31,8 %)	40 (29 %)	47 (28,8 %)	19 (57,6 %)	
Pas de consultation	7 (31,8 %)	50 (36,2 %)	66 (40,5 %)	9 (27,3 %)	

Tableau 13 : Analyse statistique, des réponses par âge dans le cas rhinopharyngite.

Concernant les autres cas, aucune différence significative n'a été observée. Une tendance à une non-satisfaction plus importante est observée dans les groupe de moins de 25 ans pour les cas infectieux, 17 % de satisfaction seulement dans la gastro-entérite contre 32 % chez les plus de 75 ans, 14 % dans la bronchite contre 27 % des plus de 75 ans. L'inverse est observé dans les cas de stress et d'insomnie : pour l'insomnie, seuls 18 % des plus de 75 ans sont satisfaits en l'absence de prescription médicamenteuse contre 24 % des moins de 25 ans, 18 % également pour le stress contre 32 % pour les moins de 25 ans. Dans ces 2 cas, c'est la tranche 51-75 ans qui semblait la plus satisfaite en l'absence de prescription médicamenteuse, 34 % pour l'insomnie et 46 % pour le stress.

2.2.4. En fonction des antécédents médicaux

Aucune différence significative de satisfaction de prise en charge sans prescription médicamenteuse n'a été observée entre les patients sans antécédent médico-chirurgical et les patients avec au moins un antécédent. Une analyse en sous groupe par antécédent a également été réalisée (exemple : répondants avec antécédents pneumologiques versus répondants sans antécédents pneumologiques), ici encore aucune différence significative n'a été observée.

2.2.5. En fonction du nombre de traitements quotidiens

L'analyse par cas ne retrouve pas de différence significative en fonction du nombre de médicaments quotidiens pris par les répondants. Une tendance à la satisfaction en l'absence de prescription médicamenteuse plus importante est retrouvée chez les répondants ayant plus de 6 médicaments quotidiens, confirmée sur l'analyse regroupant les 6 cas : une différence significative est observée ($p < 0.001$), avec 52 % de répondants ayant plus de 6 médicaments quotidiens satisfaits en l'absence de prescription médicamenteuse, contre 30 % chez les répondants n'ayant pas de traitement quotidien, ou 31 % pour ceux en n'ayant moins de 6 (tableau 14).

Réponses	Pas de traitement	1 à 5 traitements	> 6 traitements	$p < 0.001$
Satisfaction	286 (30,2 %)	363 (31,4 %)	69 (52,3 %)	
Attente de traitements symptomatiques	351 (37 %)	418 (36,1 %)	24 (18,2 %)	
Attente d'antibiotique	89 (9,4 %)	90 (7,8 %)	14 (10,6 %)	
Pas de consultation	204 (21,5 %)	268 (23,1 %)	21 (15,9 %)	
Absence de satisfaction, réponse libre	18 (1,9 %)	19 (1,6 %)	4 (3 %)	

Tableau 14 : Analyse statistique, des réponses par nombre de traitements quotidiens sur le groupement des 6 cas.

DISCUSSION

1. Principaux résultats

1.1. Satisfaction sans prescription médicamenteuse

L'objectif de cette étude était d'évaluer la satisfaction des patients à l'issue d'une consultation au cours de laquelle le médecin traitant ne proposait pas de médicaments.

Nous avons retrouvé des taux de satisfaction inférieurs à ceux retrouvés il y a 14 ans dans l'étude IPSOS, où 53 % des répondants se déclaraient satisfaits en l'absence de prescription médicamenteuses (2). Ils ne sont que 32 % dans notre étude, et 41 % si l'on exclut les répondants ayant déclaré ne pas consulter pour ce motif (« non consultants »).

Cette différence peut s'expliquer par la mise en place de cas cliniques traitant de pathologies concrètes dans notre questionnaire : il s'agissait de situations fréquemment rencontrées en médecine générale. Les répondants pouvaient donc facilement imaginer y être confrontés. Dans l'étude IPSOS, ce taux était retrouvé à la suite d'une question très générale (*« Quand votre médecin ne vous a pas prescrit de médicament (lors des dernières consultations), avez-vous été satisfait ? »*).

C'est à la suite d'une consultation pour bronchite que le taux de satisfaction en l'absence de prescription médicamenteuse était le plus bas. En excluant les non-consultants, moins d'1/3 des répondants étaient satisfaits. La bronchite est une pathologie ayant un retentissement fonctionnel important, ce qui peut expliquer que l'attente de traitement soit plus important.

Dans le cas d'une consultation pour anxiété, les répondants étaient davantage satisfaits de l'absence de prescription médicamenteuse. Les chiffres se rapprochaient alors de ceux de l'étude IPSOS, avec 1 patient sur 2 satisfait, après exclusion des non-consultants.

1.2. Attente de prescription médicamenteuse

Les chiffres de notre étude sur l'attente de médicaments étaient supérieurs à ceux retrouvés dans l'enquête IPSOS de 2005. Une prescription médicamenteuse pour une rhino-pharyngite était demandée pour 24 % des patients de l'étude IPSOS. Dans notre étude, 32 % des répondants étaient en attente de traitement. Une prescription dans la situation de troubles du sommeil était jugée nécessaire par 27 % des patients de l'étude Ipsos, alors que 43 % des répondants de notre étude étaient en attente de traitement dans ce contexte.

Au total sur notre échantillon, 59 % des répondants ayant déclarés consulter leur médecin traitant pour ces motifs, étaient en attente d'une prescription de médicaments.

Si l'attente de prescription médicamenteuse apparaît encore élevée, celle d'un antibiotique est en revanche relativement faible sur les cas infectieux proposés. Pour le cas de bronchite, 21 % de répondants jugeaient nécessaire la prescription d'un antibiotique. Ce pourcentage était le plus élevé des 3 pathologies infectieuses décrites. Dans une thèse réalisée en 2014 et traitant de la prescription d'antibiotiques par les médecins généralistes français, avec des données issues de l'observatoire de la médecine générale de 2000 à 2009, 55 à 68 % des patients consultant pour une bronchite recevaient une prescription d'antibiotique (32). Le taux de consultation pour une bronchite conduisant à une prescription antibiotique semble nettement supérieur à l'attente observée. Le même constat est observé pour la rhino-pharyngite : 16 à 37 % des consultations conduisaient à une prescription d'antibiotique, selon les données de l'observatoire de la médecine générale, alors que moins de 3 % des patients de notre étude attendaient un antibiotique lors de la première consultation et 10 % lors de la 2^{ème} consultation.

L'attente de prescription de psychotrope semblait également être en inadéquation avec la surconsommation observée : seulement 4 % des répondants étaient en attente d'anxiolytique dans le cas de stress, 9 % dans l'insomnie, alors que 13 % de la population française a eu au moins un remboursement de benzodiazépine anxiolytique ou hypnotique dans l'année, selon les derniers chiffres de l'ANSM (9).

Nous avons donc observé que plus d'un patient sur deux étaient en attente d'une prescription médicamenteuse, mais avec un pourcentage plus faible de patients en attente d'un traitement étiologique, type antibiotique ou psychotrope. L'attente principale de prescription concernaient donc les traitements symptomatiques : plus de 35 % des patients

(40% après exclusion des non-consultants) en attendaient dans notre étude. Il s'agit de médicaments utilisés dans la symptomatologie fonctionnelle. Leur efficacité est le plus souvent non ou insuffisamment démontrée par des essais scientifiques, avec pour conséquence un SMR modéré, faible voir insuffisant. Cependant malgré les politiques de déremboursement, nous avons observé dans notre étude que ces médicaments de "conforts" sont les plus attendus par les patients : 80% des patients attendant une prescription médicamenteuse souhaitaient des traitements symptomatiques contre seulement 20% qui souhaitaient des traitements psychotropes ou antibiotiques sur le regroupement des 6 cas proposés. Les patients semblent attendre une méthode de soulagement de leurs symptômes. L'observatoire sociétal du médicament observe ce même constat : le terme le plus souvent associé spontanément aux médicaments par les Français était : soulagement (33).

1.3. Influences des critères sociodémographiques, géographiques et médicaux sur l'attente de prescription médicamenteuse.

Aucune différence dans les réponses n'a été observée en fonction la distance entre le cabinet de médecine générale et les urgences. Les patients ne semblaient donc pas demander une prescription médicamenteuse par crainte d'une complication nécessitant une consultation en urgence ou une hospitalisation. Cette observation renforce l'idée que la prescription médicamenteuse attendue est dans un but de confort.

Dans notre population, les hommes étaient davantage satisfaits de l'absence de prescription médicamenteuse. Ces résultats étaient déjà observés dans l'étude de Céline Flouret-Guyot réalisée en Lorraine où les femmes attendaient plus souvent des médicaments de leur médecin traitant que les hommes (75 % versus 60 % respectivement) (30).

Sans avoir de différence significative, on observe une tendance à la satisfaction en l'absence de prescription médicamenteuse plus importante pour les patients de plus de 75 ans pour les cas infectieux (bronchite, rhinopharyngite, gastro entérite, tandis que les moins de 25 ans semblaient plutôt demandeurs de médicaments. La tendance inverse était observée pour les cas de stress et d'insomnie. On peut supposer que cette demande des jeunes d'un traitement antibiotique et non psychotrope peut être due à l'impact d'un épisode infectieux sur leur situation professionnelle ou étudiante.

Une satisfaction plus importante en l'absence de prescription médicamenteuse chez les patients déjà polymédiqués a été observée. Ce phénomène peut s'expliquer par la réticence à ajouter des médicaments à une prise quotidienne déjà importante. On peut également supposer que les patients polymédiqués sont davantage sensibilisés aux effets iatrogènes.

Concernant les antécédents, nous aurions pu nous attendre à observer certaines différences en fonction des cas proposés, avec par exemple une attente de traitement plus importante sur le cas de bronchite pour les répondants avec des antécédents pneumologiques. Ces associations n'ont pas été retrouvées dans notre étude. Les patients avec plus d'antécédents ne demandaient pas plus de traitement médicamenteux.

2. Une surestimation par le médecin des attentes réelles du patient.

Notre étude partait du postulat que la surprescription de la part du médecin traitant était motivée par les attentes du patient. Nous avons constaté que cette attente est inférieure aux prescriptions réalisées. Dans notre étude, plus de 40 % des patients consultants étaient satisfaits en l'absence de prescription médicamenteuse. Dans l'étude de David Darmon, réalisée en 2012, 80 % des consultations de médecine générale comportaient au moins une prescription médicamenteuse (34). En 2005 dans l'étude IPSOS, 90 % des consultations donnaient lieu à une prescription médicamenteuse (2). L'étude Allemande de Von Ferber L observait le même constat en réalisant un entretien avant et après consultation chez le médecin généraliste : 44 % des répondants n'ayant pas exprimé de besoin en médicaments recevaient une prescription médicamenteuse (22). Le médecin généraliste a donc un rôle à jouer. Il est nécessaire d'ouvrir le dialogue avec le patient afin d'évaluer ses attentes et d'apporter les réponses adaptées et en accord avec les recommandations. Le patient cherche une réponse à une problématique en consultant, il est important de la lui apporter mais sans systématiquement délivrer une prescription médicamenteuse. La prescription de thérapeutique non médicamenteuse est bien développée par la HAS (28), pourtant elle ne semble pas encore trouver toute sa place dans la consultation de médecine générale. Dans l'insomnie par exemple, les mesures hygiéno-diététiques simples (réduction de la consommation d'excitants et d'alcool, régularité des rythmes veille-sommeil, etc.) devraient être systématiquement considérées avant de prescrire un hypnotique.

3. Une confiance forte dans le médicament.

Si le médecin traitant surestime les attentes de prescription médicamenteuses des patients, elles semblaient quand même bien réelles pour plus de la moitié des patients dans notre étude. Les Français ont plus confiance dans les médicaments sur ordonnance que dans ceux en vente libre : 83 % contre 65 % selon les chiffres de l'observatoire sociétale du médicaments de 2018 (35). Le travail de prescription médicamenteuse du médecin traitant est déterminant pour améliorer la surconsommation.

Bien que le niveau de confiance dans le médicament soit en baisse ces dernières années, 77 % des français ont confiance dans les médicaments en 2018 contre 87 % en 2013 (chiffre observatoire sociétal du médicaments de IPSOS pour LEEM) (35). Ces chiffres restent encore très élevés, alors qu'en 2013, 87 % des français considéraient déjà que la population française consommait trop de médicaments et 61 % considéraient que beaucoup de médicaments étaient inutiles. Seulement 16 % des français estimaient qu'eux même consommaient trop de médicaments (33). Il semble y avoir un travail nécessaire à réaliser sur la responsabilité individuelle des patients.

On constate sur les quelques réponses libres apportées que les patients cherchaient une solution de guérison rapide quand ils se rendaient chez leur médecin. Plusieurs répondants ont effectivement indiqué préférer prendre un traitement pour pouvoir continuer à travailler. Cette idée du "traitement miracle" est difficile à effacer des mentalités. C'est pourquoi il semble indispensable d'informer le patient sur le diagnostic de la pathologie présentée et sur la durée des symptômes qui en découlent. Dans ce sens, une fiche d'information a été rédigée par l'assurance maladie dans le cas des pathologies infectieuses virales (36). Encore une fois le dialogue entre le médecin et le patient semble nécessaire à une réduction de la consommation médicamenteuse via une acceptation de prescription de thérapeutique non médicamenteuse passant par des conseils hygiéno diététiques.

4. Forces et limites de l'étude

Notre questionnaire était composé de six cas avec des questions fermées ce qui permettait un recueil de réponses faciles et rapides. Ces questions permettaient d'augmenter

la quantité de répondants, ainsi nous avons obtenu effectif assez conséquent (n=373). Mais ce type de questions a pour conséquence une perte de précisions et de nuances.

Dans les réponses proposées aux patients, l'une d'elle était « je ne consulte pas pour ce motif ». Avoir offert cette proposition permettait de mieux percevoir le profil du patient mais entraînait une perte de puissance : en effet nous ne pouvions plus classer nos patients en « satisfaits » ou « non-satisfaits » de l'absence de prescription médicamenteuse.

La dernière proposition laissait place à une réponse libre afin de recueillir des informations complémentaires sur l'attente des patients. Ces données n'étaient pas statistiquement analysables, mais permettaient d'apporter quelques pistes concernant l'insatisfaction sans prescription médicamenteuse. Les propositions d'absence de consultation et la réponse libre donnaient la possibilité de se rapprocher davantage de ce que pensaient les patients.

Malgré un effectif assez conséquent, notre étude présentait un manque de puissance ne permettant pas toujours de réaliser certains tests statistiques lors de l'analyse en sous groupe.

Notre travail présente un biais de sélection car notre recueil était réalisé dans les salles d'attente des médecins généralistes ce qui rassemble une population plus polypathologique que la population générale. En effet 75 % des répondants déclaraient avoir des antécédents médicaux ou chirurgicaux et 58 % déclaraient prendre au moins un traitement quotidien (contre 44 % de la population générale selon les derniers chiffres de l'Observatoire sociétal du médicament (35)). Néanmoins, notre étude s'intéressant à la satisfaction à la suite d'une consultation chez le médecin généraliste, les salles d'attente paraissaient un lieu plus approprié pour la collecte de nos données.

Nous avons effectué un recueil en fonction des différentes zones démographiques du département. Ce choix ne s'est pas fait de manière aléatoire et n'est donc pas représentatif de l'ensemble de la population samarienne.

Un des biais de notre étude vient de l'utilisation de cas cliniques fictifs. Les consultations proposées étaient théoriques, les répondants n'y étaient pas directement confrontés. Nous pouvons penser que si le questionnaire avait été rempli à la sortie d'une consultation sans prescription médicamenteuse les résultats auraient été différents. Mais ce type de recueil est très compliqué à réaliser car le nombre de consultations sans prescription pour les motifs proposés est très faible. Thomas Barre dans sa thèse sur la perception et les

attentes concernant la prescription médicamenteuse des patients consultant en médecine générale avait choisi d'inclure uniquement les patients de consultation sans prescription médicamenteuse. Dans ces conditions, une seule patiente avait été incluse sur 3 mois de recueil, ce qui a conduit un changement de méthodologie (18).

Enfin nous avons obtenu une population à prédominance féminine. Cette constatation peut être expliquée par le fait que les femmes consultent plus que les hommes : jusqu'à 54 ans, la proportion de femmes qui déclare avoir consulté un généraliste dans l'année est plus élevée que celle des hommes, 91 % des femmes contre 84 % des hommes (37). Leur présence en salle d'attente en tant qu'accompagnantes, probablement pour leurs enfants (les femmes représentent 85 % des cheffes de familles monoparentales (38)) peut également expliquer cette différence. Enfin une tendance est retrouvée dans les différentes études en faveur d'un volontariat plus féminin lors des questionnaires.

CONCLUSION

Notre étude a montré que la moitié des patients consultant leur médecin traitant pour une pathologie bénigne étaient en attente de thérapeutiques médicamenteuses. Ce taux variait en fonction des pathologies présentées. Les médicaments les plus demandés étaient des traitements symptomatiques. Il semble que le médicament ait encore une symbolique très forte. Sa place dans la consultation de médecine générale est bien ancrée, pour le patient comme pour le médecin.

Concernant les antibiotiques, leur absence de prescription systématique semble plutôt bien intégrée par les patients dans les infections respiratoires hautes et dans la gastro entérite. De même, dans les troubles du sommeil et l'anxiété, la prescription de psychotropes n'est pas la première demande pour la majorité des patients.

L'absence de prescription de traitement symptomatique ou étiologique pourrait être acceptée par les patients : en effet, dans notre étude, 1/3 des patients étaient satisfait de la non-prescription. Nous pouvons donc supposer qu'avec des explications plus approfondies de la part du médecin, ce taux pourrait encore augmenter.

Il serait intéressant de réaliser une évaluation de la satisfaction des patients dans une situation réelle en délivrant une prescription écrite de règles hygiéno diététiques en remplacement de la classique ordonnance médicamenteuse.

RÉFÉRENCES

1. Bedoin D, Charles R. La prise en charge des affections transitoires bénignes en médecine générale : avec ou sans médicaments ? *Prat Organ Soins*. 1 oct 2012;Vol. 43(2):111-9.
2. Etude IPSOS pour la Caisse Nationale d'Assurance Maladie(CNAM). Les Européens, les médicaments et le rapport à l'ordonnance : synthèse générale. 2005.
3. LIR. Essec santé. G de Pouvourville. Synthèse de l'étude européenne sur la consommation de médicaments. [en ligne].07-2012. [consulté le 27 avril 2019] Disponible sur : <http://www.puppem.com>.
4. ANSM. Analyse des ventes de médicaments en France rapport 2013. [en ligne]. 06-2014. [consulté le 27 avril 2019] Disponible sur : <https://ansm.sante.fr>.
5. LEEM [en ligne]. Consommation : répartition et financement [en ligne]. 07-2018 [consulté le 27 avril 2019]. Disponible sur : <https://www.leem.org/consommation-repartition-et-financement>.
6. Bulletin de l'organisation mondiale de la santé [en ligne]. OMS | Les antibiotiques sont-ils encore "automatiques" en France? WHO. 2011 [consulté 27 avril 2019]. Disponible sur: <https://www.who.int/bulletin/volumes/89/1/11-030111/fr/>.
7. ANSM. La consommation d'antibiotiques en France en 2016 [en ligne]. 12-2017 [consulté 27 avr 2019]. Disponible sur: <https://ansm.sante.fr>.
8. Maugat S, Berger-Carbonne A *et al*. Consommation d'antibiotiques et résistance aux antibiotiques en France : une infection évitée, c'est un antibiotique préservé ! Saint-Maurice : Santé publique France ; 2018. 11 p.
9. ANSM. État des lieux de la consommation des benzodiazépines en France Avril 2017. [en ligne]. 04-2017. [consulté 27 avril 2019]. Disponible sur : <https://ansm.sante.fr>.
10. Lépine C. Les placebos impurs en médecine générale dans les affections bénignes virales des voies aériennes supérieures: enquête auprès de 170 médecins généralistes picards [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Picardie Jules Verne; 2016.
11. L'OMS met à jour sa liste des médicaments essentiels avec de nouvelles recommandations sur l'utilisation des antibiotiques [en ligne]. 06-2017 [consulté 1 juin 2019]. Disponible sur: <https://www.who.int/fr>.
12. Debré B, Even P. Rapport de la mission sur la refonte du système français de contrôle de l'efficacité et de la sécurité des médicaments [en ligne]. 03-2011 [consulté 23 avril 2019]. Disponible sur : <https://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics>.

13. Conseil National de l'Ordre des Médecins. Liberté de prescription. Article R.4127- 8 du code de la santé publique [en ligne]. mis à jour le 2-04-2017. [consulté le 23 avril 2019] Disponible sur : <https://www.conseil-national.medecin.fr>.
14. Amar E, Pereira C. Les prescriptions des médecins généralistes et leurs déterminants. DREES (Direction de la recherche, des études de l'évaluation et des statistiques) Etudes et résultats. novembre 2005. n°440.
15. Mauffrey V. Rhinopharyngite en médecine générale : pourquoi encore tant de prescriptions médicamenteuses ? [Thèse d'exercice en médecine générale]. Nancy : Université de Lorraine; 2012.
16. Feron J-M, Legrand D, Pestiaux D, Tulkens P. Prescription d'antibiotiques en médecine générale en Belgique et en France : entre déterminants collectifs et responsabilité individuelle. *Pathologie-biologie*, 2009;57(1):61-4.
17. Busfield J. 'A pill for every ill': Explaining the expansion in medicine use. *Soc Sci Med*. 1 mars 2010;70(6):934-41.
18. Barré T. Perception et attentes concernant la prescription médicamenteuse des patients consultant en médecine générale: approche qualitative [Thèse d'exercice de médecine]. [France]: UPEC. Faculté de médecine; 2016.
19. France-Garet A. Prescription médicamenteuse en médecine générale: les attentes des français en cas de pathologies bénignes. Enquête qualitative. [Thèse d'exercice en médecine générale]. Nancy : Université Henri-Poincaré; 2011.
20. Charra E. Représentations et vécu des patients à propos de la non-prescription médicale: étude qualitative à partir de 4 focus group [Thèse d'exercice]. [Lyon, France]: Université Claude Bernard; 2012.
21. Haag A-S. Les déterminants des consultations de médecine générale sans prescription médicamenteuse en Picardie [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Picardie Jules Verne; 2015.
22. von Ferber L, Köster I, Prüss U. Patient variables associated with expectations for prescriptions and general practitioners' prescribing behaviour: an observational study. *Pharmacoepidemiol Drug Saf*. 1 juin 2002;11(4):291-9.
23. Rosp médecin traitant de l'adulte 2017 : focus sur les indicateurs [en ligne]. mai 2018 [consulté 27 avr 2019]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr>.
24. Rosp 2017 : premiers résultats encourageants pour un dispositif profondément rénové [en ligne].avril 2018 [consulté 27 avr 2019]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr>.
25. La Rosp en 2018 : des résultats bien orientés après une période d'appropriation nécessaire [en ligne]. avril 2019 [consulté 4 juin 2019]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr>.

26. AFIPA.16ème Baromètre AFIPA 2017 des produits du selfcare et 4^{ème} observatoire européen sur l'automédication [en ligne]. 02-2018 [consulté 4 juin 2019]. Disponible sur : <https://www.afipa.org>.
27. Naudin F, Sermet C. La prescription de médicaments à service médical rendu insuffisant en 2001. Rapport n° 524 (biblio n° 1527) Juillet 2004.
28. HAS - Haute Autorité de santé. Développement de la prescription de thérapeutiques non médicamenteuses validées [en ligne]. 06-2011. Saint-Denis [consulté 27 avril 2019]. Disponible sur: <https://www.has-sante.fr>.
29. Mouret-Bonzi M. L'ordonnance médicamenteuse en France et en Europe: les attentes de prescription des patients : une revue systématique de la littérature de 2005 à 2014 [Thèse d'exercice]. [Lille ; 1969-2017, France]: Université du droit et de la santé; 2015.
30. Flouret-Guyot C. Prescription médicamenteuse : les attentes des français en cas de pathologies bénignes. [Thèse d'exercice en médecine générale]. Nancy : Université Henri-Poincaré; 2011.
31. OMG - Observatoire de la médecine générale. Classement des 50 résultats de consultation les plus fréquents pour l'année 2009. [en ligne]. [consulté 4 juin 2019]. Disponible sur : <http://omg.sfm.org>
32. Morelière M. Étude de la prescription d'antibiotiques par les médecins généralistes français dans les angines, les bronchites aiguës, les états fébriles et les rhino-pharyngites, de 2000 à 2009. [Thèse d'exercice en médecine générale] Université de Versailles Saint-Quentin-en-Yvelines; 2014.
33. LEEM. Observatoire sociétal du médicament 2011. [en ligne]. mai 2011 [consulté 4 juin 2019]. Disponible sur: <https://www.leem.org>.
34. Darmon D, Belhassen M, Quien S, Langlois C, Staccini P, Letrilliart L. Facteurs associés à la prescription médicamenteuse en médecine générale : une étude transversale multicentrique. Sante Publique (Bucur). 24 août 2015;Vol. 27(3):353-62.
35. LEEM, IPSOS. Observatoire sociétal du médicament 8ème vague [en ligne]. nov 2018 [consulté 4 juin 2019]. Disponible sur: <https://www.leem.org>.
36. Fiche d'information antibiotiques non-prescrits [en ligne]. [consulté 4 juin 2019]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr>.
37. Montaut A. Santé et recours aux soins des femmes et des hommes. DRESS, Études et Résultats. n° 717 - février 2010.
38. Bousquet D. La santé et l'accès aux soins : Une urgence pour les femmes en situation de précarité. [en ligne]. mai 2017 [consulté 4 juin 2019]. Disponible sur : haut-conseil-egalite.gouv.fr

ANNEXE : QUESTIONNAIRE

QUESTIONNAIRE DE THÈSE

Le patient adhère-t-il à l'absence de prescription médicamenteuse, lors d'une consultation en médecine générale, dans le cadre de pathologies bénignes ?

Bonjour, je m'appelle Mathilde Champion, je suis médecin généraliste remplaçant, et je réalise une étude sur la surprescription en médecine générale, avec l'aide de ma consœur interniste le Dr Pauline Thill.

Dans ce cadre j'aimerais recueillir vos attentes sur quelques situations qui pourraient vous amener à consulter votre médecin traitant.

Merci de me consacrer 5 minutes de votre temps.

Tout d'abord quelques questions de présentation (ce questionnaire est anonyme), puis je vous laisse le soin de répondre en vous imaginant comme étant dans chacune de ces situations. Cochez la réponse correspondant le mieux à ce que vous attendez de votre médecin.

Questionnaire

(cochez la case correspondante)

Homme

Femme

Âge :

Antécédents :

Hypertension artérielle

Diabète

Cholestérol

Antécédents cardiovasculaires type : infarctus du myocarde, AVC Accident vasculaire cérébral

BPCO Bronchite chronique

Avez vous déjà été opéré ? OUI NON

=> si OUI quelle opération :

Si vous avez d'autres pathologies, non évoquées, précisez :

.....

Prenez vous des traitements au long cours : Oui Non

- Si OUI :
- 1 médicament au long cours
 - entre 2 et 5 médicaments
 - entre 6 et 10 médicaments
 - >10

Cas 1 : Vous consultez pour un mal de gorge, une toux, le nez bouché, et un peu de fièvre. Votre médecin traitant vous dit après vous avoir examiné qu'il s'agit d'une rhinopharyngite. Il vous demande si vous avez du paracétamol à la maison pour faire baisser la fièvre et il ne vous prescrit pas d'autre traitement jugeant ceux-ci inutiles.

- Je suis rassuré(e) et satisfait(e) de cette consultation.
 - Je suis satisfait(e) mais j'aurais aimé une prescription avec un traitement symptomatique (exemple : un sirop pour la toux, un spray buccal pour soulager le mal de gorge et des gouttes pour déboucher mon nez).
 - Je ne consulte pas mon médecin traitant pour ce type de pathologie.
 - Je ne suis pas satisfait(e) j'aurais aimé qu'il me prescrive des antibiotiques.
 - Je ne suis pas satisfait(e) pour d'autres raisons, lesquelles :
-

Cas 2 : Ces mêmes symptômes évoluent depuis 3 jours, vous consultez à nouveau. Le médecin traitant vous rassure, mais tient le même discours : c'est une pathologie virale qui ne nécessite pas de traitement particulier. Il faut environ une semaine pour que les symptômes disparaissent. la persistance à 3 jours n'est pas synonyme d'aggravation.

- Je suis rassuré(e) et satisfait(e) de cette consultation.
 - Je suis satisfait(e) mais j'aurais aimé une prescription avec un traitement symptomatique (exemple : un sirop pour la toux, un spray buccal pour soulager le mal de gorge et des gouttes pour déboucher mon nez).
 - Je ne consulte pas mon médecin traitant pour ce type de pathologie.
 - Je ne suis pas satisfait(e) j'aurais aimé qu'il me prescrive des antibiotiques.
 - Je ne suis pas satisfait(e) pour d'autres raisons, lesquelles :
-

Cas 3 : Imaginez cette fois que vous consultez pour une toux grasse, accompagnée de fièvre, d'un encombrement bronchique et d'une gêne à la respiration. Le médecin traitant vous examine, et vous rassure, vous avez une bronchite, il ne vous prescrit pas de traitement, mais vous propose un arrêt de travail (4 à 7 jours en fonction de votre activité professionnelle).

- Je suis rassuré(e) et satisfait(e) de cette consultation.
 - Je suis satisfait(e) mais j'aurais aimé une prescription avec un traitement symptomatique (exemple : un sirop pour toux grasse, des corticoïdes, un traitement inhalateur pour la respiration...).
 - Je ne consulte pas mon médecin traitant pour ce type de pathologie.
 - Je ne suis pas satisfait(e) j'aurais aimé qu'il me prescrive des antibiotiques.
 - Je ne suis pas satisfait(e) pour d'autres raisons, lesquelles :
-

Cas 4 : Supposez maintenant que vous consultiez car vous vous sentez plus fatigué que d'habitude, vous êtes irritable, et vous avez l'impression de ne plus réussir à gérer le stress de votre vie professionnelle et personnelle.

Le médecin traitant vous examine, et vous rassure, vous conseille de prendre un peu de temps pour vous, de vous reposer, de faire des activités qui changent de votre quotidien.

Vous sortez de la consultation sans prescription médicamenteuse.

- Je suis rassuré(e) et satisfait(e) de cette consultation.
- Je suis satisfait(e) mais j'aurais aimé une prescription avec un traitement symptomatique (exemple : vitamines, magnésium, traitement à base de plantes...).
- Je ne consulte pas mon médecin traitant pour ce type de pathologie.
- Je ne suis pas satisfait(e) j'aurais aimé qu'il me prescrive des anxiolytiques.
- Je ne suis pas satisfait(e) pour d'autres raisons, lesquelles :
.....

Cas 5 : Supposez encore une fois que vous vous sentiez fatigué mais ici votre problème vient d'une difficulté à vous endormir, rien à faire vous gardez les yeux ouverts la moitié de la nuit.

Le médecin traitant vous examine, vous conseille dans un premier temps de changer votre rythme de vie, d'essayer de vous coucher plus tôt, de faire une activité sportive, et vous donne quelques exercices de respiration à faire au coucher. Vous sortez de la consultation sans prescription médicamenteuse.

- Je suis rassuré(e) et satisfait(e) de cette consultation.
- Je suis satisfait(e) mais j'aurais aimé une prescription avec un traitement symptomatique (exemple : magnésium, traitement à base de plantes...).
- Je ne consulte pas mon médecin traitant pour ce type de pathologie.
- Je ne suis pas satisfait(e) j'aurais aimé qu'il me prescrive des somnifères.
- Je ne suis pas satisfait(e) pour d'autres raisons, lesquelles :
.....

Cas 6 : Et enfin imaginez que vous consultez pour l'apparition d'une diarrhée, avec des vomissements, vous avez probablement une gastro-entérite.

Le médecin traitant vous examine, confirme le diagnostic, vous donne des règles d'hygiène pour éviter le risque de transmission, vous préconise une hydratation efficace et un régime alimentaire adapté. Il vous propose un arrêt de 3 jours. Vous sortez de la consultation sans prescription médicamenteuse.

- Je suis rassuré(e) et satisfait(e) de cette consultation.
- Je suis satisfait(e) mais j'aurais aimé une prescription avec un traitement symptomatique (exemple : médicaments contre la diarrhée et les vomissements.)
- Je ne consulte pas mon médecin traitant pour ce type de pathologie.
- Je ne suis pas satisfait(e) j'aurais aimé qu'il me prescrive des antibiotiques.
- Je ne suis pas satisfait(e) pour d'autres raisons, lesquelles :
.....

RÉSUMÉ

Introduction : En France la majorité des consultations de médecine générale se conclut par une prescription médicamenteuse, parfois non justifiée sur le plan médical et scientifique. L'objectif de notre travail était d'évaluer la satisfaction des patients devant l'absence de prescription médicamenteuse à la suite d'une consultation pour une pathologie bénigne.

Matériel et Méthodes : Nous avons réalisé une enquête observationnelle, quantitative, utilisant un questionnaire adressé aux patients des salles d'attente de cabinets de médecine générale de la Somme, présentant 6 cas de pathologies bénignes fréquemment rencontrées en médecine générale.

Résultats : 373 questionnaires ont été recueillis. L'âge médian de notre population était de 45 ans, avec 71 % de femmes. Le taux de satisfaction en l'absence de prescription médicamenteuse variait de 28 % pour le cas de bronchite à 35 % pour le cas d'anxiété. 9 % des patients attendaient un antibiotique pour l'ensemble des cas infectieux et moins de 7 % un psychotrope pour les cas d'anxiété et d'insomnie. La prescription de traitements symptomatiques était attendue, en fonction des cas, pour 27 % à 45 % des répondants.

Discussion : Sur les patients ayant déclaré consulter pour ces pathologies, 59 % attendaient une prescription de médicaments. Bien que cette attente soit encore importante pour les patients, elle reste fortement surestimée par le médecin, puisque 80 à 90 % des consultations de médecine générale donnent lieu à une prescription médicamenteuse.

Conclusion : Seuls $\frac{1}{3}$ des patients étaient satisfaits en absence de prescription. Le médicament semble avoir encore une place très importante pour le patient comme pour le médecin. Il semble nécessaire de développer la pratique de prescription de thérapeutique non médicamenteuse.

Mots-clés : médecine générale, ordonnances médicamenteuses, surprescription, attente, patient.

ABSTRACT

Introduction : In France, the majority of general practice consultations end up with a drug prescription, sometimes medically and scientifically unjustified. The aim of our study was to evaluate the patient's satisfaction when facing the absence of a drug prescription after a consultation for a benign disease.

Material and methods : An observational and quantitative survey was accomplished through a questionnaire, addressed to patients in waiting rooms of medical offices of the Somme region, presenting six cases of benign pathologies frequently encountered in general practice.

Results : 373 questionnaires were collected. The median age of the population was of 45 years old, with 71 % of women. The rates of satisfaction in case of lack of drug prescription varied from 28 % for the case of bronchitis to 35 % for the case of anxiety. 9 % of the patients expected an antibiotic for all cases of infectious diseases and less than 7% expected psychotropic drugs for the cases of anxiety or insomnia. The prescription of symptomatic treatments was expected by 27 % to 45 % of the respondents.

Discuss : For patients who declared consult their general practitioner for these diseases, 59 % expected a drug prescription. While the expectation of getting drugs is significant, it remains strongly overestimated by the practitioner, since 80 to 90 % of medicine consultations result in a drug prescription.

Conclusion : Only one third of patients were satisfied without any treatment. Drugs seem to still have a very important role for the patient, as much as for the practitioner. It is necessary to develop the notion of therapeutical prescriptions not involving any medicine.

Key words : General practice, drug prescriptions, over prescribing, expectation, patient.

Perception de l'absence de prescription médicamenteuse par les patients consultant en médecine générale pour une pathologie bénigne.

Introduction : En France la majorité des consultations de médecine générale se conclut par une prescription médicamenteuse, parfois non justifiée sur le plan médical et scientifique. L'objectif de notre travail était d'évaluer la satisfaction des patients devant l'absence de prescription médicamenteuse à la suite d'une consultation pour une pathologie bénigne.

Matériel et Méthodes : Nous avons réalisé une enquête observationnelle, quantitative, utilisant un questionnaire adressé aux patients des salles d'attente de cabinets de médecine générale de la Somme, présentant 6 cas de pathologies bénignes fréquemment rencontrées en médecine générale.

Résultats : 373 questionnaires ont été recueillis. L'âge médian de notre population était de 45 ans, avec 71 % de femmes. Le taux de satisfaction en l'absence de prescription médicamenteuse variait de 28 % pour le cas de bronchite à 35 % pour le cas d'anxiété. 9 % des patients attendaient un antibiotique pour l'ensemble des cas infectieux et moins de 7 % un psychotrope pour les cas d'anxiété et d'insomnie. La prescription de traitements symptomatiques était attendue, en fonction des cas, pour 27 % à 45 % des répondants.

Discussion : Sur les patients ayant déclaré consulter pour ces pathologies, 59 % attendaient une prescription de médicaments. Bien que cette attente soit encore importante pour les patients, elle reste fortement surestimée par le médecin, puisque 80 à 90 % des consultations de médecine générale donnent lieu à une prescription médicamenteuse.

Conclusion : Seuls 1/3 des patients étaient satisfaits en absence de prescription. Le médicament semble avoir encore une place très importante pour le patient comme pour le médecin. Il est nécessaire de développer la pratique de prescription de thérapeutique non médicamenteuse.

Mots-clés : médecine générale, ordonnances médicamenteuses, surprescription, attente, patient

Perception of the absence of a drug prescription by the patients consulting in general medicine for a benign pathology.

Introduction : In France, the majority of general practice consultations end up with a drug prescription, sometimes medically and scientifically unjustified. The aim of our study was to evaluate the patient's satisfaction when facing the absence of a drug prescription after a consultation for a benign disease.

Material and methods : An observational and quantitative survey was accomplished through a questionnaire, addressed to patients in waiting rooms of medical offices of the Somme region, presenting six cases of benign pathologies frequently encountered in general practice.

Results : 373 questionnaires were collected. The median age of the population was of 45 years old, with 71 % of women. The rates of satisfaction in case of lack of drug prescription varied from 28 % for the case of bronchitis to 35 % for the case of anxiety. 9 % of the patients expected an antibiotic for all cases of infectious diseases and less than 7% expected psychotropic drugs for the cases of anxiety or insomnia. The prescription of symptomatic treatments was expected by 27 % to 45 % of the respondents.

Discuss : For patients who declared consult their general practitioner for these diseases, 59 % expected a drug prescription. While the expectation of getting drugs is significant, it remains strongly overestimated by the practitioner, since 80 to 90 % of medicine consultations result in a drug prescription.

Conclusion : Only one third of patients were satisfied without any treatment. Drugs seem to still have a very important role for the patient, as much as for the practitioner. It is necessary to develop the notion of therapeutical prescriptions not involving any medicine.

Key words : General practice, drug prescriptions, over prescribing, expectation, patient.