



HAL
open science

Quelles sont les attentes des patients adultes lorsqu'ils consultent pour une infection virale en hiver ?

Thibaud Pons

► **To cite this version:**

Thibaud Pons. Quelles sont les attentes des patients adultes lorsqu'ils consultent pour une infection virale en hiver ?. Médecine humaine et pathologie. 2020. dumas-03026184

HAL Id: dumas-03026184

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03026184>

Submitted on 26 Nov 2020

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

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

AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance.

La propriété intellectuelle du document reste entièrement celle du ou des auteurs. Les utilisateurs doivent respecter le droit d'auteur selon la législation en vigueur, et sont soumis aux règles habituelles du bon usage, comme pour les publications sur papier : respect des travaux originaux, citation, interdiction du pillage intellectuel, etc.

Il est mis à disposition de toute personne intéressée par l'intermédiaire de [l'archive ouverte DUMAS](#) (Dépôt Universitaire de Mémoires Après Soutenance).

Si vous désirez contacter son ou ses auteurs, nous vous invitons à consulter la page de DUMAS présentant le document. Si l'auteur l'a autorisé, son adresse mail apparaîtra lorsque vous cliquerez sur le bouton « Détails » (à droite du nom).

Dans le cas contraire, vous pouvez consulter en ligne les annuaires de l'ordre des médecins, des pharmaciens et des sages-femmes.

Contact à la Bibliothèque universitaire de Médecine
Pharmacie de Grenoble :
bump-theses@univ-grenoble-alpes.fr

Année : 2020

QUELLES SONT LES ATTENTES DES PATIENTS ADULTES LORSQU'ILS CONSULTENT POUR UNE INFECTION VIRALE EN HIVER ?

THÈSE
PRÉSENTÉE POUR L'OBTENTION DU TITRE DE DOCTEUR EN MÉDECINE
DIPLOME D'ÉTAT

M. Thibaud PONS

[Données à caractère personnel]

THÈSE SOUTENUE PUBLIQUEMENT À LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE
GRENOBLE

Le : 24/11/2020

DEVANT LE JURY COMPOSÉ DE

Président du jury :

M. le Professeur Olivier EPAULARD

Membres :

Mme le Docteur Caroline LANDELLE

M. le Docteur Yoann GABOREAU

M. le Docteur Frédéric JURY (directeur de thèse)

L'UFR de Médecine de Grenoble n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les thèses ; ces opinions sont considérées comme propres à leurs auteurs.

Doyen de la Faculté : **Pr. Patrice MORAND**

Année 2019-2020

ENSEIGNANTS DE L'UFR DE MEDECINE

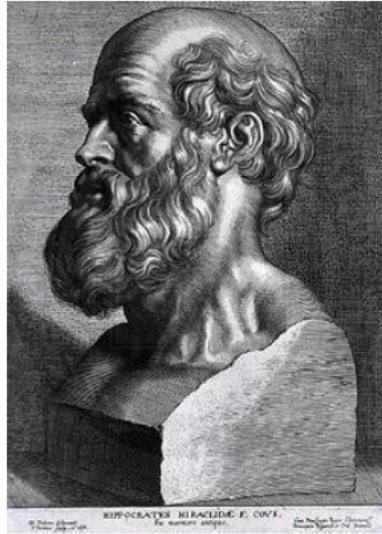
CORPS	NOM-PRENOM	Discipline universitaire
PU-PH	ALBALADEJO Pierre	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
PU-PH	APTEL Florent	Ophthalmologie
PU-PH	ARVIEUX-BARTHELEMY Catherine	Chirurgie viscérale et digestive
PU-PH	BAILLET Athan	Rhumatologie
PU-PH	BARONE-ROCHETTE Gilles	Cardiologie
PU-PH	BAYAT Sam	Physiologie
MCF Ass.MG	BENDAMENE Farouk	Médecine Générale
PU-PH	BENHAMOU Pierre Yves	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
PU-PH	BERGER François	Biologie cellulaire
MCU-PH	BIDART-COUTTON Marie	Biologie cellulaire
PU-PH	BLAISE Sophie	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire
MCU-PH	BOISSET Sandrine	Bactériologie-virologie
PU-PH	BOLLA Michel	Cancérologie-Radiothérapie
PU-PH	BONAZ Bruno	Gastroentérologie, hépatologie, addictologie
PU-PH	BONNETERRE Vincent	Médecine et santé au travail
PU-PH	BOREL Anne-Laure	Nutrition
PU-PH	BOSSON Jean-Luc	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
MCU-PH	BOTTARI Serge	Biologie cellulaire
PR Ass.MG	BOUCHAUD Jacques	Médecine Générale
PU-PH	BOUGEROL Thierry	Psychiatrie d'adultes
PU-PH	BOUILLET Laurence	Médecine interne
MCU-PH	BOUSSAT Bastien	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
PU-PH	BOUZAT Pierre	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
PU-PH	BRAMBILLA Christian	Pneumologie
PU-PH	BRAMBILLA Elisabeth	Anatomie et cytologie pathologiques
MCU-PH	BRENIER-PINCHART Marie Pierre	Parasitologie et mycologie
PU-PH	BRICAULT Ivan	Radiologie et imagerie médicale
PU-PH	BRICHON Pierre-Yves	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
MCU-PH	BRIOT Raphaël	Thérapeutique-médecine de la douleur
MCU-PH	BROUILLET Sophie	Biologie et médecine du développement et de la reproduction
PU-PH	CAHN Jean-Yves	Hématologie
PU-PH	CARPENTIER Patrick	Chirurgie vasculaire, médecine vasculaire
PR Ass.MG	CARRILLO Yannick	Médecine Générale
PU-PH	CESBRON Jean-Yves	Immunologie
PU-PH	CHABARDES Stephan	Neurochirurgie
PU-PH	CHABRE Olivier	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
PU-PH	CHAFFANJON Philippe	Anatomie

CORPS	NOM-PRENOM	Discipline universitaire
PU-PH	CHARLES Julie	Dermato-vénéréologie
MCF Ass.MG	CHAUVET Marion	Médecine Générale
PU-PH	CHAVANON Olivier	Chirurgie thoracique et cardio- vasculaire
PU-PH	CHIQUET Christophe	Ophthalmologie
PU-PH	CHIRICA Mircea	Chirurgie viscérale et digestive
PU-PH	CINQUIN Philippe	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
MCU-PH	CLAVARINO Giovanna	Immunologie
PU-PH	COHEN Olivier	Histologie, embryologie et cytogénétique
PU-PH	COURVOISIER Aurélien	Chirurgie infantile
PU-PH	COUTTON Charles	Génétique
PU-PH	COUTURIER Pascal	Gériatrie et biologie du vieillissement
PU-PH	CRACOWSKI Jean-Luc	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
PU-PH	CURE Hervé	Cancérologie
PU-PH	DEBATY Guillaume	Médecine d'Urgence
PU-PH	DEBILLON Thierry	Pédiatrie
PU-PH	DECAENS Thomas	Gastro-entérologie, Hépatologie
PU-PH	DEMATTEIS Maurice	Addictologie
PU-PH	DEMONGEOT Jacques	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
MCU-PH	DERANSART Colin	Physiologie
PU-PH	DESCOTES Jean-Luc	Urologie
PU-PH	DETANTE Olivier	Neurologie
MCU-PH	DIETERICH Klaus	Génétique
MCU-PH	DOUTRELEAU Stéphane	Physiologie
MCU-PH	DUMESTRE-PERARD Chantal	Immunologie
PU-PH	EPAULARD Olivier	Maladies infectieuses ; Maladies tropicales
PU-PH	ESTEVE François	Biophysique et médecine nucléaire
MCU-PH	EYSSERIC Hélène	Médecine légale et droit de la santé
PU-PH	FAUCHERON Jean-Luc	Chirurgie viscérale et digestive
MCU-PH	FAURE Julien	Biochimie et biologie moléculaire
PU-PH	FERRETTI Gilbert	Radiologie et imagerie médicale
PU-PH	FEUERSTEIN Claude	Physiologie
PU-PH	FONTAINE Éric	Nutrition
PU-PH	FRANCOIS Patrice	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
MCU-MG	GABOREAU Yoann	Médecine Générale
PU-PH	GARBAN Frédéric	Hématologie ; Transfusion
PU-PH	GAUDIN Philippe	Rhumatologie
PU-PH	GAVAZZI Gaétan	Gériatrie et biologie du vieillissement
PU-PH	GAY Emmanuel	Neurochirurgie
MCU-PH	GILLOIS Pierre	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
PU-PH	GIOT Jean-Philippe	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique
MCU-PH	GRAND Sylvie	Radiologie et imagerie médicale
PU-PH	GRIFFET Jacques	Chirurgie infantile
MCU-PH	GUZUN Rita	Nutrition
PU-PH	HAINAUT Pierre	Biochimie et biologie moléculaire
PU-PH	HALIMI Serge	Nutrition
PU-PH	HENNEBICQ Sylviane	Biologie et médecine du développement et de la reproduction
PU-PH	HOFFMANN Pascale	Gynécologie-obstétrique

CORPS	NOM-PRENOM	Discipline universitaire
PU-PH	HOMMEL Marc	Neurologie
PU-MG	IMBERT Patrick	Médecine Générale
PU-PH	JOUK Pierre-Simon	Génétique
PU-PH	KAHANE Philippe	Physiologie
MCU-PH	KASTLER Adrian	Radiologie et imagerie médicale
PU-PH	KRAINIK Alexandre	Radiologie et imagerie médicale
PU-PH	LABARERE José	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
MCU-PH	LABLANCHE Sandrine	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
MCU-PH	LANDELLE Caroline	Bactériologie – virologie ; Hygiène hospitalière
PU-PH	LANTUEJOL Sylvie	Anatomie et cytologie pathologiques
MCU-PH	LARDY Bernard	Biochimie et biologie moléculaire
MCU - PH	LE GOUELLEC Audrey	Biochimie et biologie moléculaire
PU-PH	LECCIA Marie-Thérèse	Dermato-vénérologie
MCF Ass.MG	LEDOUX Jean-Nicolas	Médecine Générale
PU-PH	LEROY Vincent	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
PU-PH	LETOUBLON Christian	Chirurgie viscérale et digestive
PU-PH	LEVY Patrick	Physiologie
PU-PH	LONG Jean-Alexandre	Urologie
MCU-PH	LUPO Julien	Bactériologie-virologie
PU-PH	MAGNE Jean-Luc	Chirurgie vasculaire ; Médecine vasculaire
MCU-PH	MAIGNAN Maxime	Médecine d'urgence
PU-PH	MAITRE Anne	Médecine et santé au travail
MCU-PH	MALLARET Marie-Reine	Hygiène hospitalière
PU-PH	MALLION Jean-Michel	Cardiologie
MCU-PH	MARLU Raphaël	Hématologie ; Transfusion
MCU-PH	MAUBON Danièle	Parasitologie et mycologie
PU-PH	MAURIN Max	Bactériologie-virologie
MCU-PH	MC LEER Anne	Histologie, embryologie et cytogénétique
MCU-PH	MONDET Julie	Histologie, embryologie et cytogénétique
PU-PH	MORAND Patrice	Bactériologie-virologie
PU-PH	MOREAU-GAUDRY Alexandre	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
PU-PH	MORO Elena	Neurologie
PU-PH	MORO-SIBILOT Denis	Pneumologie
MCU-PH	MORTAMET Guillaume	Pédiatrie
PU-PH	MOUSSEAU Mireille	Cancérologie
PU-PH	MOUTET François	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie
MCF Ass.MG	ODDOU Christel	Médecine Générale
MCU-PH	PACLET Marie-Hélène	Biochimie et biologie moléculaire
PU-PH	PAILHE Régis	Chirurgie orthopédique et traumatologie
PU-PH	PALOMBI Olivier	Anatomie
PU-PH	PARK Sophie	Hématologie ; Transfusion
PU-PH	PASSAGLIA Jean-Guy	Anatomie
PR Ass.MG	PAUMIER-DESBRIERES Françoise	Médecine Générale
PU-PH	PAYEN DE LA GARANDERIE Jean-François	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
MCU-PH	PAYSANT François	Médecine légale et droit de la santé
MCU-PH	PELLETIER Laurent	Biologie cellulaire
PU-PH	PELLOUX Hervé	Parasitologie et mycologie

CORPS	NOM-PRENOM	Discipline universitaire
PU-PH	PEPIN Jean-Louis	Physiologie
PU-PH	PERENNOU Dominique	Médecine physique et de réadaptation
PU-PH	PERNOD Gilles	Médecine vasculaire
PU-PH	PIOLAT Christian	Chirurgie infantile
PU-PH	PISON Christophe	Pneumologie
PU-PH	PLANTAZ Dominique	Pédiatrie
PU-PH	POIGNARD Pascal	Bactériologie-virologie
PU-PH	POLACK Benoît	Hématologie
PU-PH	POLOSAN Mircea	Psychiatrie d'adultes
PU-PH	RAMBEAUD Jean-Jacques	Urologie
PU-PH	RAY Pierre	Biologie et médecine du développement et de la reproduction
MCU-PH	RENDU John	Biochimie et biologie moléculaire
MCU-PH	RIALLE Vincent	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
PU-PH	RIETHMULLER Didier	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
PU-PH	RIGHINI Christian	Oto-rhino-laryngologie
PU-PH	ROMANET Jean Paul	Ophthalmologie
PU-PH	ROSTAING Lionel	Néphrologie
MCU-PH	ROUSTIT Matthieu	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
MCU-PH	ROUX-BUISSON Nathalie	Biochimie et biologie moléculaire
MCF Ass.MG	ROYER DE VERICOURT Guillaume	Médecine Générale
MCU-PH	RUBIO Amandine	Pédiatrie
PU-PH	SARAGAGLIA Dominique	Chirurgie orthopédique et traumatologie
MCU-PH	SATRE Véronique	Génétique
PU-PH	SAUDOU Frédéric	Biologie cellulaire
PU-PH	SCHMERBER Sébastien	Oto-rhino-laryngologie
PU-PH	SCHWEBEL Carole	Médecine intensive-réanimation
PU-PH	SCOLAN Virginie	Médecine légale et droit de la santé
MCU-PH	SEIGNEURIN Arnaud	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
PU-PH	STAHL Jean-Paul	Maladies infectieuses ; Maladies tropicales
PU-PH	STANKE Françoise	Pharmacologie fondamentale
MCU-PH	STASIA Marie-José	Biochimie et biologie moléculaire
PU-PH	STURM Nathalie	Anatomie et cytologie pathologiques
PU-PH	TAMISIER Renaud	Physiologie
PU-PH	TERZI Nicolas	Médecine intensive-réanimation
MCU-PH	TOFFART Anne-Claire	Pneumologie
PU-PH	TONETTI Jérôme	Chirurgie orthopédique et traumatologie
PU-PH	TOUSSAINT Bertrand	Biochimie et biologie moléculaire
PU-PH	VANZETTO Gérald	Cardiologie
PU-PH	VUILLEZ Jean-Philippe	Biophysique et médecine nucléaire
PU-PH	WEIL Georges	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
PU-PH	ZAOUÏ Philippe	Néphrologie
PU-PH	ZARSKI Jean-Pierre	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie

PU-PH : Professeur des Universités - Praticiens Hospitaliers
MCU-PH : Maître de Conférences des Universités - Praticiens Hospitaliers
PU-MG : Professeur des Universités de Médecine Générale
MCU-MG : Maître de Conférences des Universités de Médecine Générale
PR Ass.MG : Professeur des Universités Associé de Médecine Générale
MCF Ass.MG : Maître de Conférences Associé de Médecine Générale



SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des Maîtres de cette Faculté, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'HIPPOCRATE,

Je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins gratuitement à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au dessus de mon travail. Je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraires.

Admis dans l'intimité des maisons, mes yeux n'y verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime.

Je ne permettrai pas que des considérations de religion, de nation, de race, de parti ou de classe sociale viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient.

Je garderai le respect absolu de la vie humaine.

Même sous la menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité.

Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.

REMERCIEMENTS

Au président du jury, Monsieur le Professeur Olivier EPAULARD : vous me faites l'honneur de présider mon jury, je vous en remercie par avance.

Aux membres du jury, Madame le Docteur Caroline LANDELLE et Monsieur le Docteur Yoann GABOREAU : je vous suis reconnaissant d'avoir accepté de faire partie de mon jury et de juger mon travail.

À mon directeur de thèse, Monsieur le Docteur Frédéric JURY : La route a été longue et sinueuse, je te remercie sincèrement pour ton implication, ton écoute et tes conseils. Tu as montré une grande patience malgré toutes mes questions et mes mails. Je te dois ce travail.

À l'ensemble des médecins qui ont accepté de participer à ce projet : c'est grâce à vous que j'ai pu mettre en application mon travail, vous avez donné de votre temps pour me permettre de mener à bien mon projet, soyez assurés de mon plus grand respect.

À mes maîtres de stages ambulatoires : vous m'avez montré des pratiques différentes de la médecine générale, mais toutes autant efficaces. Vous m'avez permis de m'améliorer et de me constituer en tant que médecin généraliste. Ce fut un honneur d'être votre interne.

À tous les médecins des services hospitaliers dans lesquels j'ai effectué mes stages d'externat et d'internat, ainsi qu'au personnel soignant : merci pour votre accueil, votre disponibilité et votre formation. Ces années resteront ancrées dans ma mémoire.

À mes co-externes et co-internes de ces différents stages : pour tous les moments passés ensemble, en stage comme en dehors.

À mes deux amis rencontrés en médecine qui me sont chers, Clément et Samy : Vous avez rendu plus faciles toutes ces années de médecine.

À mes amis de toujours, ma seconde famille, ma Mifa, qui sont encore et toujours là, Clément, Dimitri, Guillaume, Maxime, Nicolas, Xavier et Yves : nous gardons le contact et la proximité, malgré les années et la distance physique.

À mes parents : à qui je dois tout, qui m'ont permis d'arriver jusque-là et d'être la personne que je suis aujourd'hui, qui sont toujours présents pour les bons comme les mauvais moments.

À mes frères, Guillaume et Alexandre : pour tout ce que nous avons vécu jusqu'à présent, pour ce lien qui nous unit et qui perdure.

À toute ma famille, ma grand-mère, mes oncles, mes tantes, mes cousins, aux Bernard et à ceux qui ne sont malheureusement plus là ce jour : une pensée pour vous tous.

À ma belle-famille : pour votre accueil chaleureux parmi vous et votre convivialité.

À ma compagne, avec qui j'ai la joie de partager ma vie : pour le bonheur que tu me procures et le courage que tu as de me supporter. J'ai de la chance de t'avoir à mes côtés.

Et à notre futur, bien entendu.

SOMMAIRE

RÉSUMÉ	11
ABSTRACT	13
ABRÉVIATIONS	15
INTRODUCTION	16
MATÉRIEL ET MÉTHODE	18
1. Type d'étude	18
2. Critères d'inclusion et d'exclusion	18
3. Constitution du questionnaire	19
4. Constitution de l'échantillon	21
5. Nombre de sujets nécessaires	22
6. Les variables	22
7. Analyse des données	23
8. Éthique	23
RÉSULTATS	25
1. Échantillon	25
2. Caractéristiques de la population étudiée	25
3. Les symptômes infectieux	28
4. Les attentes des patients	31
5. Les conclusions de la consultation	32
6. Comparaison entre automédication et prescriptions thérapeutiques	34
7. Le ressenti des patients après consultation	34
DISCUSSION	36
1. Analyse des résultats et comparaison à la littérature	36
A. Les attentes des patients	36
a) L'attente d'une prescription thérapeutique	36
b) L'attente d'un justificatif d'absence.....	43
c) L'attente d'une prescription d'antibiotique	46
d) Le besoin de réconfort.....	49
e) L'attente d'un examen complémentaire	49
B. Les caractéristiques de la population	49
C. Les facteurs influençant la satisfaction des patients	53
D. Comparaison avec la littérature	54
2. Forces et limites de l'étude	55
A. Forces	55
B. Biais	57
3. Perspectives	58
CONCLUSION	61

BIBLIOGRAPHIE	63
ANNEXES	69
Annexe 1 : Structure du questionnaire utilisé tel que figurant sur le site internet.....	69
Annexe 2 : Liste des médecins participants (par lieu et ordre alphabétique).....	75
Annexe 3 : Exemple de fiche d'inclusion remise au patient en fin de consultation.....	76
Annexe 4 : Avis du Comité de protection des personnes Est IV.....	77
Annexe 5 : Engagement de conformité à une méthodologie de référence CNIL.....	79
Annexe 6 : Fiche d'information à destination des patients présente sur le site internet.....	80
Annexe 7 : Figure complète du pourcentage de patients ayant pris une automédication suivant chaque classe thérapeutique et détail des traitements.....	82
Annexe 8 : Détail des attentes des patients par diagnostic.....	84
Annexe 9 : Figure complète du pourcentage de patients ayant reçu une prescription thérapeutique suivant chaque classe thérapeutique et détail des traitements.....	88

TABLE DES FIGURES ET TABLEAUX :

Figure 1 : Diagramme de flux.....	25
Figure 2 : Box plot de l'âge des patients.....	26
Figure 3 : Histogramme de l'âge des patients.....	26
Figure 4 : Fréquence des groupes socioprofessionnels.....	27
Figure 5 : Fréquence des symptômes infectieux ayant motivé la consultation.....	28
Figure 6 : Délai entre le début des symptômes et le jour de la consultation.....	29
Figure 7 : Pourcentage de patients ayant pris une automédication suivant chaque classe thérapeutique parmi les plus fréquentes.....	30
Tableau 1 : Les attentes des patients, toutes viroses.....	31
Figure 8 : Fréquence des diagnostics d'infection virale.....	32
Figure 9 : Pourcentage de patients ayant reçu une prescription thérapeutique suivant chaque classe thérapeutique parmi les plus fréquentes.....	33

RÉSUMÉ

Thibaud PONS

QUELLES SONT LES ATTENTES DES PATIENTS ADULTES LORSQU'ILS CONSULTENT POUR UNE INFECTION VIRALE EN HIVER ?

Introduction :

Les consultations de l'adulte pour infection virale sont fréquentes en période épidémique hivernale. Ces infections sont souvent bénignes et le rôle du médecin généraliste est modeste dans leur prise en charge.

Objectif :

L'objectif principal était de connaître les raisons qui incitent les patients adultes à consulter lorsqu'ils présentent une infection virale en période d'épidémie hivernale.

Matériel et méthode :

Il s'agissait d'une étude observationnelle, quantitative, descriptive, transversale. Les critères d'inclusion étaient : âge de 18 à 64 ans et présenter une infection virale hivernale. 30 médecins d'Isère et de Savoie ont participé à l'inclusion du 1^{er} janvier au 8 mars 2020. Le médecin remettait une fiche d'inclusion aux patients éligibles qui répondaient ensuite au questionnaire sur un site internet.

Résultats :

L'analyse a concerné 128 questionnaires. Les attentes des patients étaient : *soulager les symptômes* (93,8 %), *éviter l'aggravation* (82,0 %), *accélérer la guérison* (70,3 %), *la prescription d'un arrêt maladie* (66,4 %), *ne plus être contagieux* (35,2 %), *la prescription d'un antibiotique* (27,3 %), *être rassuré sur une potentielle maladie grave* (5,5 %) et enfin *la prescription d'un examen complémentaire* (4,7 %).

Conclusion :

Les patients attendent des prescriptions de traitements qui sont soit sans ordonnance, soit avec une balance bénéfique/risque défavorable, soit qui n'existent pas. L'éducation thérapeutique est primordiale. L'auto-certification pour un arrêt maladie pourrait faciliter certaines démarches. Il serait intéressant de travailler sur les attentes des patients pour améliorer la pertinence des consultations pour virose hivernale.

Mots-clés MeSH : attentes des patients, infection virale, soins primaires, médecine générale, hiver, période épidémique

Filière : Médecine générale

ABSTRACT

Thibaud PONS

WHAT ARE THE EXPECTATIONS OF ADULT PATIENTS WHEN PRESENTING
FOR A VIRAL INFECTION IN WINTER?

Background:

Adult consultations for viral infections are common during the winter epidemic period. These infections are usually benign and the impact of the general practitioner with regards to their treatment is limited.

Objective:

The main objective was to determine the reasons which are motivating adult patients to see a general practitioner when they suffer from a viral infection during the winter epidemic period.

Methods:

This was an observational, quantitative, descriptive, cross-sectional study. The inclusion criteria were: aged from 18 to 64 and suffering from a winter viral infection. 30 general practitioners from Isère and Savoie contributed to the patients' enrollment between the 1st of January and the 8th of March 2020. The general practitioners transmitted an enrollment sheet to eligible patients who subsequently answered an online survey.

Results:

The analysis was built over 128 surveys. Patients' expectations was: *symptom relief* (93.8%), *avoidance of worsening of the disease*, (82,0%), *accelerated healing process* (70,3%), *a medical certificate to cover a period of sick leave* (66,4%), *to cease being*

contagious (35,2%), the prescription of antibiotics (27,3%), being reassured against a potential severe illness (5,5%) and finally the prescription of additional medical examination (4,7%).

Conclusion:

Patients expect prescriptions of treatments which are either over the counter, or have an unfavorable risk-benefit ratio, or do not exist. Therapeutic education is key. Self-certified sick leave may alleviate certain processes. It would be valuable to refine patients' expectations to improve the relevance of medical appointments for winter viral disease.

MeSH terms: patients' expectations, viral infection, primary care, general practice, winter, epidemic period

Field: General practice

ABRÉVIATIONS

ALD : Affection de longue durée

AINS : Anti-inflammatoire non stéroïdien

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

CNIL : Commission nationale de l'informatique et des libertés

CPP : Comité de protection des personnes

DARES : Direction de l'animation de la recherche, des études et des statistiques

DMG : Département de médecine générale

Étude ECOGEN : Étude des Éléments de la COnsultation en médecine GÉNÉrale

GEA : Gastroentérite aiguë

HAS : Haute Autorité de santé

HCSP : Haut Conseil de la santé publique

IC95 : Intervalle de confiance à 95 %

Insee : Institut national de la statistique et des études économiques

IVAS : Infection des voies aériennes supérieures

OMG : Observatoire de médecine générale

RGPD : Règlement général sur la protection des données

RIPH : Recherche impliquant la personne humaine

INTRODUCTION

En période épidémique hivernale, il existe un nombre important de consultations de patients adultes en cabinet de médecine générale pour des symptomatologies infectieuses diverses^{1,2}. Ces infections sont essentiellement virales chez l'adulte : rhinopharyngite, otite moyenne aiguë congestive, rhinosinusite aiguë, pharyngite et angine érythémateuse et érythématopultacée, bronchite aiguë, laryngite et trachéite, grippe saisonnière et gastroentérite aiguë (GEA). Leur évolution est en général bénigne et leur traitement symptomatique en l'absence de complications. Ces dernières peuvent être présentes surtout dans la bronchite aiguë, la grippe saisonnière et la gastroentérite aiguë. Les patients à risque de complication sont les femmes enceintes, les patients de 65 ans et plus et les patients avec comorbidité(s) particulière(s)³. Les infections des voies respiratoires font partie des résultats de consultation les plus fréquents, avec une part notable de patients entre 20 et 59 ans^{1,4,5}.

Le rôle principal du médecin généraliste dans la prise en charge de ces infections bénignes consiste à confirmer la nature virale de l'infection, ou au moins éliminer un diagnostic différentiel, à rechercher une complication et à informer le patient sur la prise en charge symptomatique et sur les signes devant faire suspecter une complication.

Plusieurs campagnes d'informations ont été mises en place, notamment « Les antibiotiques, c'est pas automatique » (2002) et « Les antibiotiques, si on les utilise à tort, ils deviendront moins forts » (2010), afin de faire prendre conscience aux patients de la différence entre une infection bactérienne et virale. Pourtant, la proportion de consultations pour des tableaux de viroses est toujours aussi importante (d'après les données de l'Observatoire de la médecine générale (OMG) de 1994 à 2009, confirmées par l'étude des Éléments de la COnsultation en médecine GÉNérale

(ECOGEN) en 2011-2012), malgré une baisse de la consommation des antibiotiques, et laisse supposer que soit l'information n'a pas été suffisante, soit les patients attendent autre chose^{1,2,6,7}.

La connaissance des attentes des patients permettrait de mieux comprendre pourquoi les patients consultent pour des symptômes à priori bénins, afin d'orienter la consultation dans le sens de cette attente et d'obtenir une relation médecin-patient plus adaptée et plus favorable à l'éducation du patient.

Les études sont rares sur le sujet et soit celles-ci sont anciennes, soit les pathologies virales évaluées sont limitées.

Ainsi, la question posée pour cette étude était : quelles sont les motivations des patients adultes qui consultent en cabinet de médecine générale pour une infection virale en période épidémique hivernale ?

L'objectif principal de cette étude était de connaître les raisons qui incitent les patients adultes à consulter lorsqu'ils présentent une infection virale en période d'épidémie hivernale.

Les objectifs secondaires étaient de rechercher si les patients adultes qui consultent pour une virose présentent certaines caractéristiques particulières, de décrire et comparer les traitements pris en automédication et ceux prescrits par le médecin et d'évaluer si la satisfaction des patients dépend de la réponse à certaines de leurs attentes par les prescriptions médicales.

MATÉRIEL ET MÉTHODE

1. Type d'étude

Il s'agissait d'une étude observationnelle, quantitative, descriptive et transversale.

2. Critères d'inclusion et d'exclusion

Les patients éligibles à l'inclusion étaient tous les patients adultes âgés de 18 à 64 ans, présentant une infection virale hivernale : rhinopharyngite / otite moyenne aiguë virale / sinusite virale / angine virale / bronchite aiguë / laryngite / trachéite / grippe saisonnière / gastroentérite aiguë.

Les femmes enceintes et les patients avec comorbidité(s) importante(s) ont aussi été inclus dans l'étude.

La prescription d'antibiotique à l'issue de la consultation était un critère d'exclusion.

Les personnes âgées de 65 ans et plus ont été exclues car il s'agit d'une population qui peut être plus en difficulté à l'utilisation d'un site internet et dont le recueil des données n'aurait malheureusement pas été aussi exhaustif.

Les mineurs et les majeurs protégés ont été exclus.

Les critères pour classer les patients à risque de complication utilisés dans cette étude ont été les mêmes que ceux utilisés pour définir les personnes pour lesquelles le vaccin contre la grippe est recommandé⁸. En effet, les principales pathologies virales de cette étude à risque de complication étaient la grippe saisonnière, la bronchite aiguë et la gastroentérite aiguë, les terrains à risque de ces deux dernières pathologies étant inclus dans ceux de la grippe³.

3. Constitution du questionnaire

Un questionnaire a été établi, disponible en annexe 1, avec majoritairement des questions fermées. Il était constitué de différentes parties :

- la première partie s'intéressait au profil du patient, comprenant son âge, son sexe, son travail, s'il était atteint d'une pathologie chronique et si la patiente était enceinte. Il était vérifié que le patient n'était ni sous tutelle ni sous curatelle ;
- la seconde partie se focalisait sur les symptômes infectieux que le patient présentait à la consultation : les symptômes eux-mêmes, la durée de ces symptômes, la prise d'un traitement, si le patient pensait que l'infection passerait seule, l'habitude de consulter quand le patient présente ces symptômes, le fait de consulter sur recommandation de quelqu'un et enfin la prise de rendez-vous pour ces symptômes ou pour un autre motif ;
- la troisième partie explorait l'objectif principal, les attentes du patient concernant la consultation avec son médecin. Celles-ci étaient basées sur les conclusions possibles d'une consultation médicale dans le cadre d'une pathologie virale bénigne et sur les différentes études réalisées sur le sujet. La liste comprenait l'attente d'une prescription thérapeutique, médicamenteuse ou non, pour soulager les symptômes, éviter l'aggravation, réduire la contagiosité ou accélérer la guérison, l'attente d'une prescription d'un antibiotique, d'une prescription d'un arrêt maladie ou équivalent, d'une prescription d'un examen complémentaire ou du besoin d'être rassuré ;
- la quatrième partie concernait les conclusions de la consultation médicale : le diagnostic retenu ou suspecté par le médecin, la

- prescription thérapeutique, d'un justificatif d'absence ou d'un examen complémentaire ;
- la cinquième et dernière partie questionnait le patient sur son ressenti après la consultation : s'il était satisfait de la consultation et s'il consulterait à nouveau l'année d'après s'il présentait les mêmes symptômes ;
 - enfin, les patients avaient la possibilité de s'exprimer par un commentaire libre.

Un abonnement payant a été pris sur le site www.ionos.fr géré par l'entreprise 1&1 IONOS SARL, comprenant un hébergement internet ainsi qu'un nom de domaine pour le site internet, these-hiver.fr, et un certificat électronique SSL Wildcard pour la mise en place du protocole sécurisé HTTPS pour le chiffrement des données.

Le logiciel de sondage LimeSurvey, permettant de créer des questionnaires en ligne, a été installé sur le site internet dans sa version 3.20.2+191119, qui a été adapté ainsi que le thème d'affichage suivant les nécessités de l'étude. Le questionnaire a ensuite été introduit dans ce logiciel.

La connexion à la page d'accueil these-hiver.fr permettait une redirection automatique par fichier `.htaccess` vers le questionnaire, en forçant le protocole HTTPS. La durée du questionnaire était de moins de cinq minutes.

Au cours du questionnaire, une vérification des critères d'inclusion et d'exclusion a été réalisée afin d'exclure le patient a posteriori si celui-ci ne rentrait pas dans les critères.

Certaines questions n'apparaissaient que suivant la réponse aux questions précédentes.

4. Constitution de l'échantillon

Quarante-huit médecins de l'Isère et de la Savoie ont été contactés, par téléphone ou par courriel, afin de leur présenter rapidement le projet et leur rôle. Si les médecins étaient d'accord pour en savoir plus, un courriel leur était alors adressé avec plus de détails sur le projet, avec comme pièce-jointe le questionnaire, un rappel des critères d'inclusion et d'exclusion et un exemple de fiche d'inclusion à remettre au patient. Trente médecins ont accepté de participer au projet. La liste des médecins participants est disponible en annexe 2.

Avant le début de l'inclusion, chaque médecin a reçu une feuille de rappel bref du protocole et des critères d'inclusion et d'exclusion ainsi que 50 feuilles d'inclusion à remettre aux patients. Ces fiches d'inclusion (annexe 3) comportaient le lien du site internet, qui a été pensé pour être le plus simple possible pour le patient, un QR Code pour les personnes sachant s'en servir et un numéro d'identification unique à renseigner sur le site internet, servant seulement à éviter les doublons mais ne permettant ni l'identification du patient ni celle du médecin. Un algorithme a été conçu dans le site internet afin de vérifier la validité du numéro d'identification et de permettre d'accéder au questionnaire.

L'inclusion a débuté le premier janvier 2020. Un courriel a été adressé à tous les médecins participants afin de leur confirmer le début de l'inclusion.

Le rôle du médecin était simple : si à l'issue de la consultation celui-ci concluait à un diagnostic de virose hivernale chez un patient de 18 à 64 ans, il exposait rapidement le projet au patient en lui remettant une des fiches d'inclusion. Afin d'apporter le moins de contraintes possibles aux médecins consultés, ceux-ci remettaient une fiche uniquement aux deux premiers patients de la demi-journée pour

lesquels un diagnostic de virose a été établi. Le patient était alors invité à se connecter le plus rapidement possible au site internet pour répondre au questionnaire.

Durant l'inclusion, les médecins ont été régulièrement informés par courriel de l'évolution de l'étude. Ils ont reçu un dernier courriel le huit mars 2020 leur confirmant la fin de l'inclusion. Le site internet est resté en ligne encore une semaine afin de recueillir les réponses des derniers patients qui n'avaient pas encore pu se connecter.

5. Nombre de sujets nécessaires

Il était initialement prévu d'inclure 200 patients, correspondant au nombre de sujets nécessaires pour une marge d'erreur maximale de 7 % avec un intervalle de confiance à 95 % (IC95). Cet objectif était susceptible d'être réévalué suivant l'évolution de l'inclusion.

6. Les variables

Les variables permettant l'évaluation de l'objectif principal étaient les attentes des patients, comprenant la nécessité d'être rassuré sur son état, la prescription d'un traitement pour éviter l'aggravation, pour accélérer la guérison, pour limiter la contagiosité, pour soulager les symptômes, la prescription d'exams complémentaires, la prescription d'un antibiotique ou la prescription d'un justificatif d'absence.

Pour le premier objectif secondaire sur les caractéristiques particulières de la population, les variables comprenaient les caractéristiques personnelles des patients consultant pour une virose : l'âge, le sexe, le groupe socioprofessionnel, la présence d'un facteur de risque de complication (grossesse ou comorbidité(s) importante(s)) ; ainsi que la gestion de ces symptômes infectieux : la prise de la température, le délai avant consultation, la notion que la maladie pourrait passer seule, la prise de rendez-

vous sur recommandation de quelqu'un ou pour un autre motif que les symptômes infectieux, l'habitude de consulter pour de tels symptômes et le fait de reconsulter l'année suivante en cas de symptomatologie identique.

Pour l'objectif secondaire sur la comparaison entre les traitements, les variables étaient les traitements pris en automédication avant la consultation et les traitements prescrits par le médecin en fin de consultation.

Pour le dernier objectif secondaire sur la satisfaction des patients, les variables incluaient l'analyse de la satisfaction du patient suivant ses attentes et les prescriptions médicales de traitement, d'examen complémentaire et de justificatif d'absence.

7. Analyse des données

Les données brutes ont été exportées du logiciel LimeSurvey sous forme de fichier tableur et traitées avec le logiciel Excel. L'extension XLSTAT a été achetée et utilisée pour faciliter l'analyse des données et leur présentation.

Les variables catégorielles ont été présentées sous forme d'effectifs et de pourcentages.

Le test du Chi 2, ou le test exact de Fisher lorsque l'un des effectifs théoriques était inférieur à 5, a été utilisé pour comparer les proportions.

8. Éthique

Le protocole a été approuvé par le Département de médecine générale (DMG) de Grenoble.

Dans le cadre d'une recherche impliquant la personne humaine (RIPH) de catégorie 3, dite non interventionnelle, le protocole de recherche a été enregistré auprès de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM) sous le numéro ID-RCB 2019-A01281-56.

Conformément aux articles L1121-1 et suivants du Code de la santé publique, le Comité de protection des personnes (CPP) Est IV a étudié ce projet de recherche et a émis un avis favorable à sa réalisation le 11/06/2019 (annexe 4).

Le délégué à la protection des données de l'Université Grenoble Alpes a été consulté sur la conformité du traitement des données personnelles selon les dispositions du règlement général sur la protection des données (RGPD) et de la loi « informatique et libertés ». Un engagement de conformité à une méthodologie de référence MR-003 de la Commission nationale de l'informatique et des libertés (CNIL) a été signé (annexe 5).

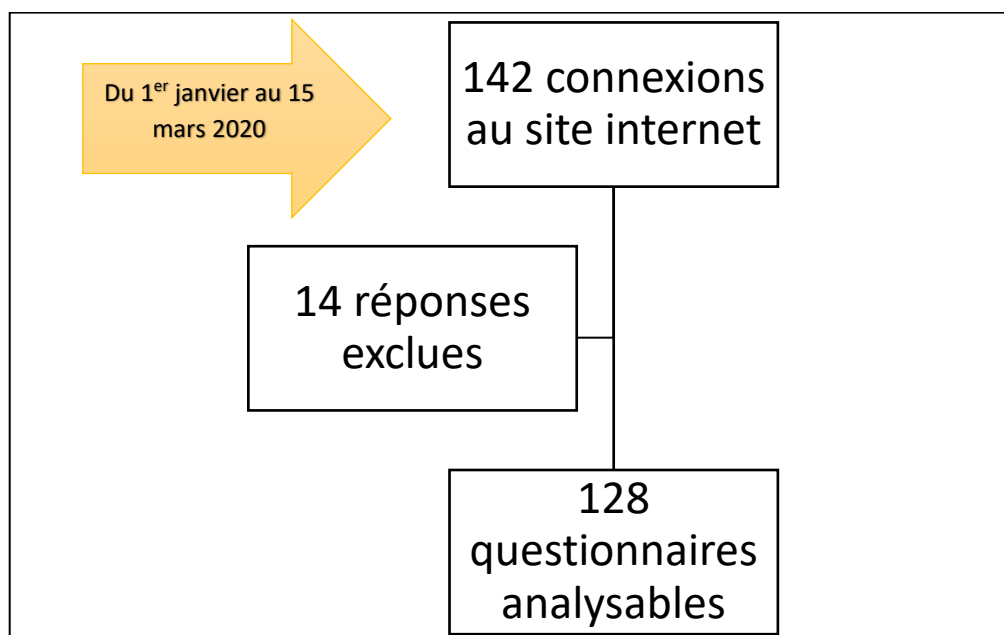
L'ensemble des informations du projet à l'attention des patients était disponible sur la première page du site internet, dans un fichier PDF librement consultable et téléchargeable (annexe 6).

Le traitement des données est resté totalement anonyme durant toute l'étude.

RÉSULTATS

1. Échantillon

Figure 1 : Diagramme de flux



Il a été distribué au total 1 500 feuilles d'inclusion aux 30 médecins participants au projet. Du premier janvier 2020 au quinze mars 2020, 142 patients se sont connectés sur le site internet du questionnaire. Seuls les questionnaires pour lesquels le répondant est allé jusqu'à la dernière page ont été conservés. Quatorze questionnaires ont été considérés comme non-exploitable. Parmi ceux-ci, 7 réponses ont été exclues car le questionnaire n'était pas terminé, 2 participants étaient sous tutelle ou curatelle, 5 participants étaient hors âge, supérieur à 64 ans. L'analyse a donc été effectuée sur 128 questionnaires, correspondant à une marge d'erreur maximale de 9 % avec un intervalle de confiance à 95 %.

2. Caractéristiques de la population étudiée

Les principales caractéristiques ont été comparées à la population générale métropolitaine de 18 à 64 ans grâce aux données 2016 de l'Institut national de la

statistique et des études économiques (Insee) correspondant au dernier recensement officiel⁹.

Les âges des patients allaient de 18 à 64 ans, avec une moyenne de 42,1 ans (écart-type : 12,6). La médiane était de 42,0 ans [31,8 ; 52,0].

Figure 2 : Box plot de l'âge des patients

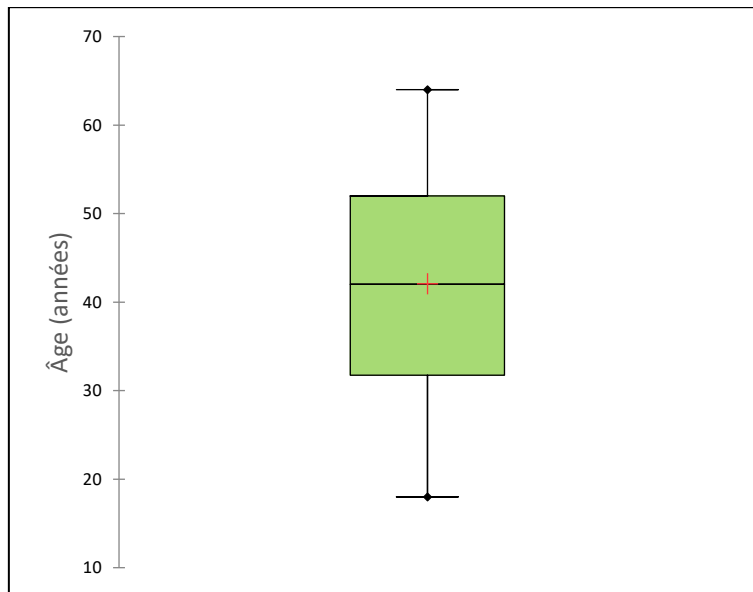
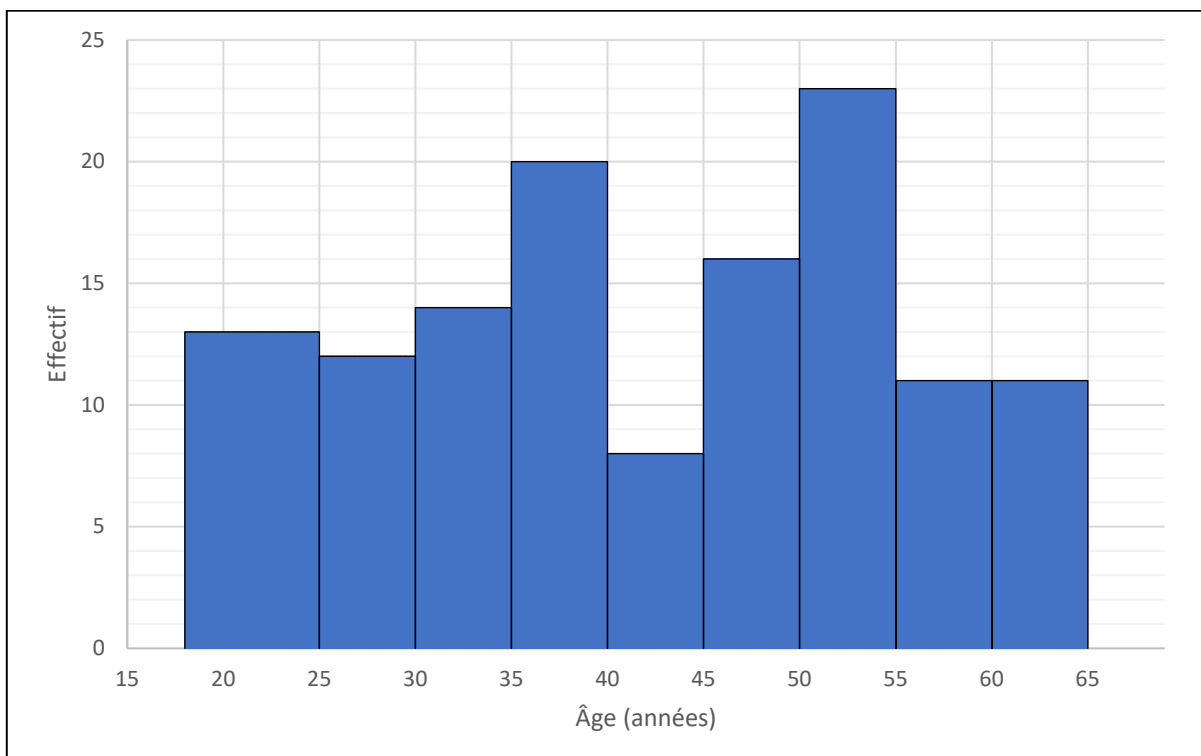


Figure 3 : Histogramme de l'âge des patients (n=128)

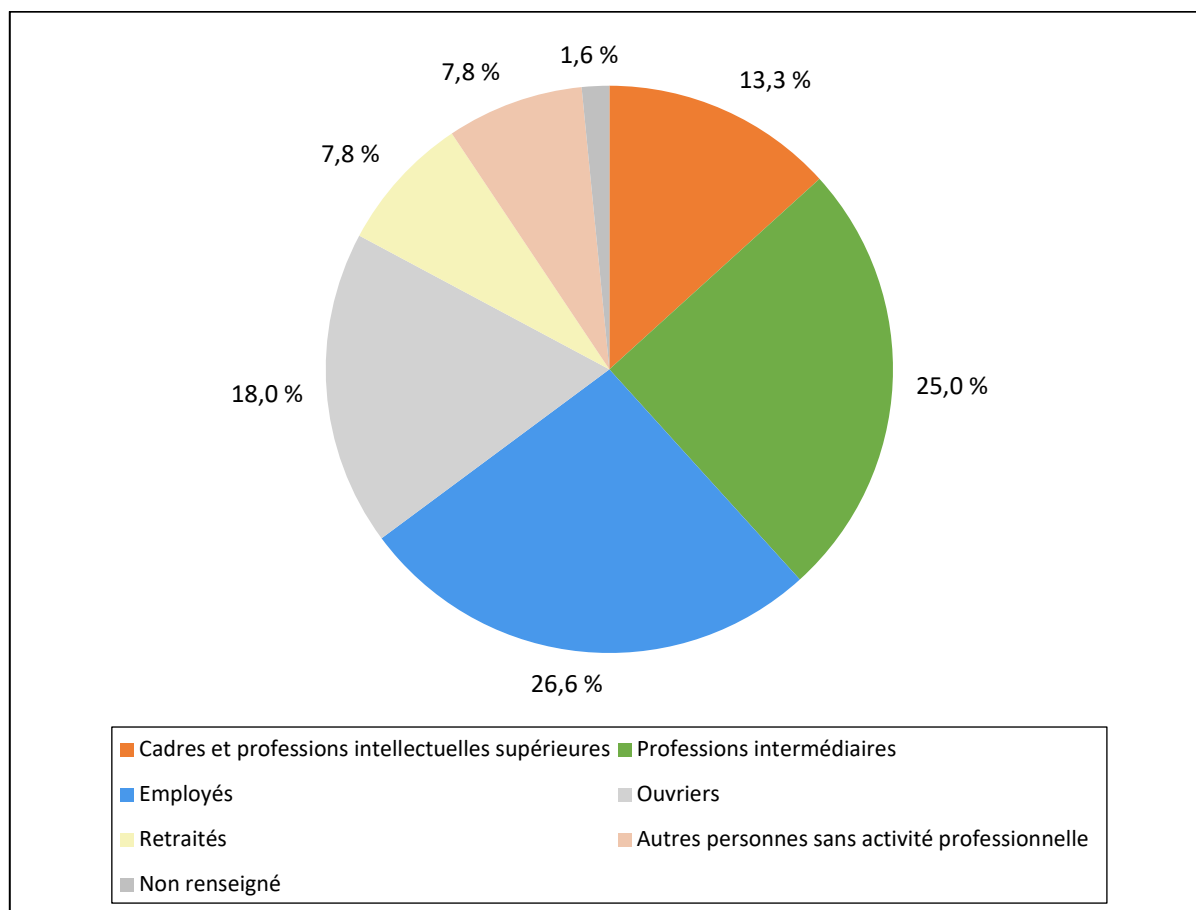


La répartition des âges ne différait pas significativement de celle de la population générale de 18 à 64 ans ($p = 0,102$).

L'échantillon comportait 71 femmes (55,5 %) et 57 hommes (44,5 %), avec des intervalles qui se recoupaient. Il n'y avait pas de différence significative avec la population française métropolitaine de 18 à 64 ans ($p = 0,283$).

Les métiers ont été regroupés dans les groupes socioprofessionnels de la nomenclature PCS 2003 en vigueur. Deux patients n'ont pas renseigné leur métier.

Figure 4 : Fréquence des groupes socioprofessionnels (n=128)

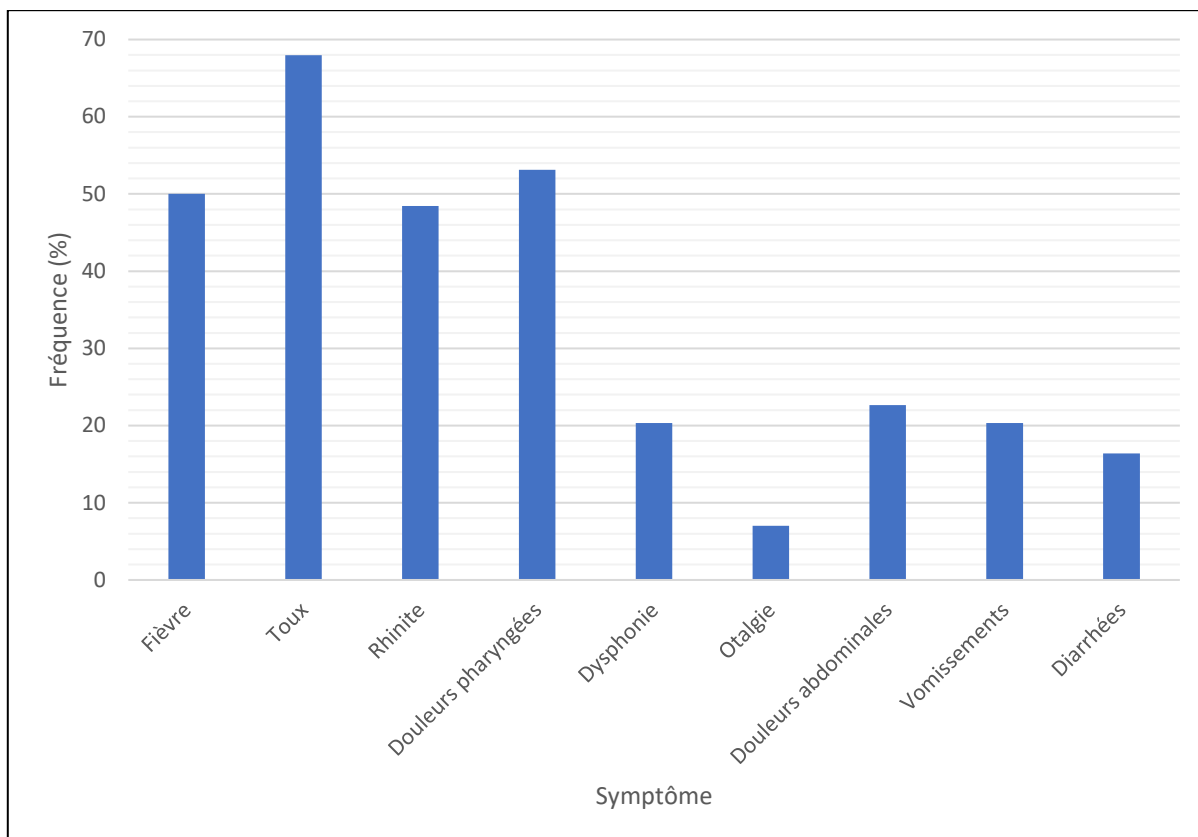


Seulement 2 femmes incluses étaient enceintes (1,6 %). L'une aurait consulté si elle n'avait pas été enceinte, l'autre non. Treize patients (10,2 %) présentaient au moins une maladie chronique considérée comme à risque de complication. Parmi ces

13 patients, 10 auraient quand même consulté s'ils n'avaient pas ce problème chronique (76,9 % des patients chroniques) contre 3 qui n'auraient alors pas consulté (23,1 % des patients chroniques).

3. Les symptômes infectieux

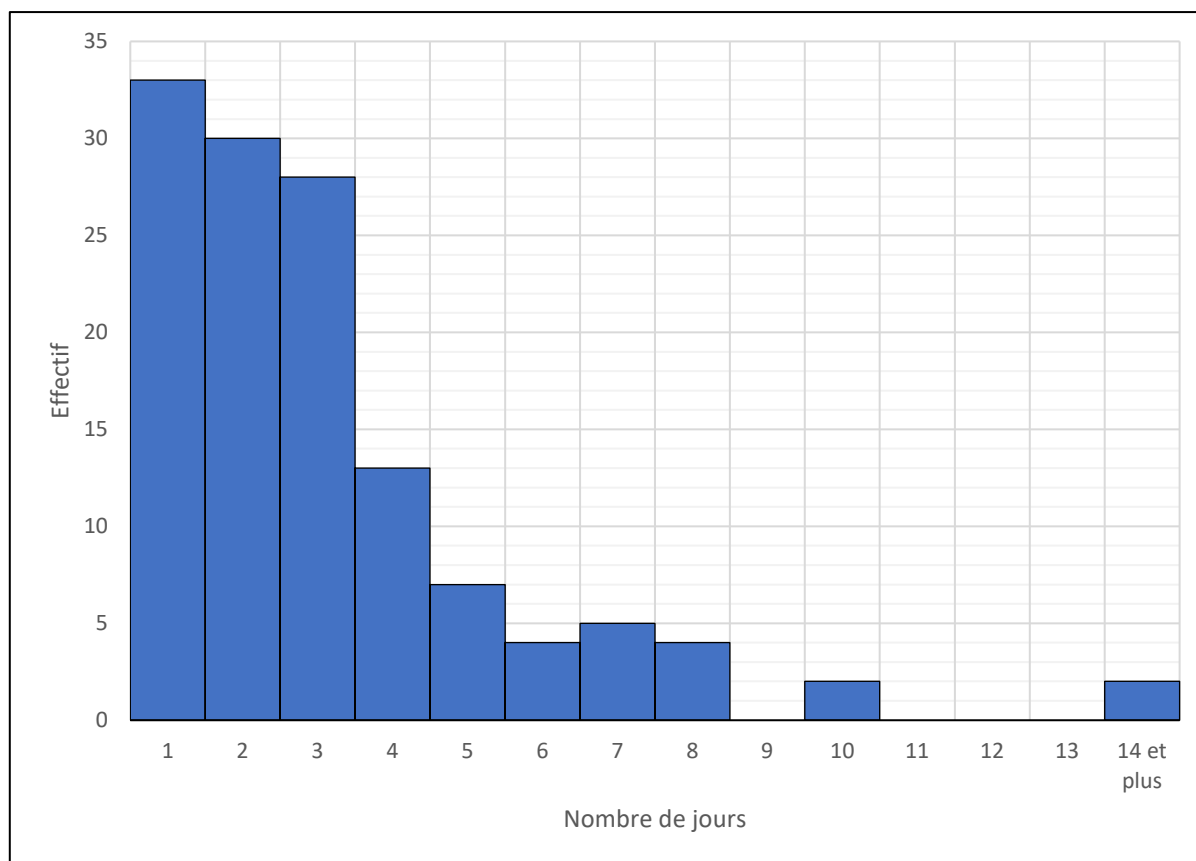
Figure 5 : Fréquence des symptômes infectieux ayant motivé la consultation (n=128)



Concernant la fièvre, 64 patients (50,0 %) ont déclaré avoir de la fièvre. Sur ces 64 patients, 35 (54,7 %) ont dit avoir pris leur température avec un thermomètre, 29 (45,3 %) ont reconnu ne pas l'avoir prise.

Les patients consultaient en moyenne 3,3 jours (écart-type : 3,3) après le début des symptômes (minimum 1 jour – maximum 30 jours). La médiane était de 3,0 jours [1,0 ; 4,0]. Soixante-trois patients (49,2 %) n'ont pas attendu 3 jours après le début des symptômes pour consulter.

Figure 6 : Délai entre le début des symptômes et le jour de la consultation (n=128)



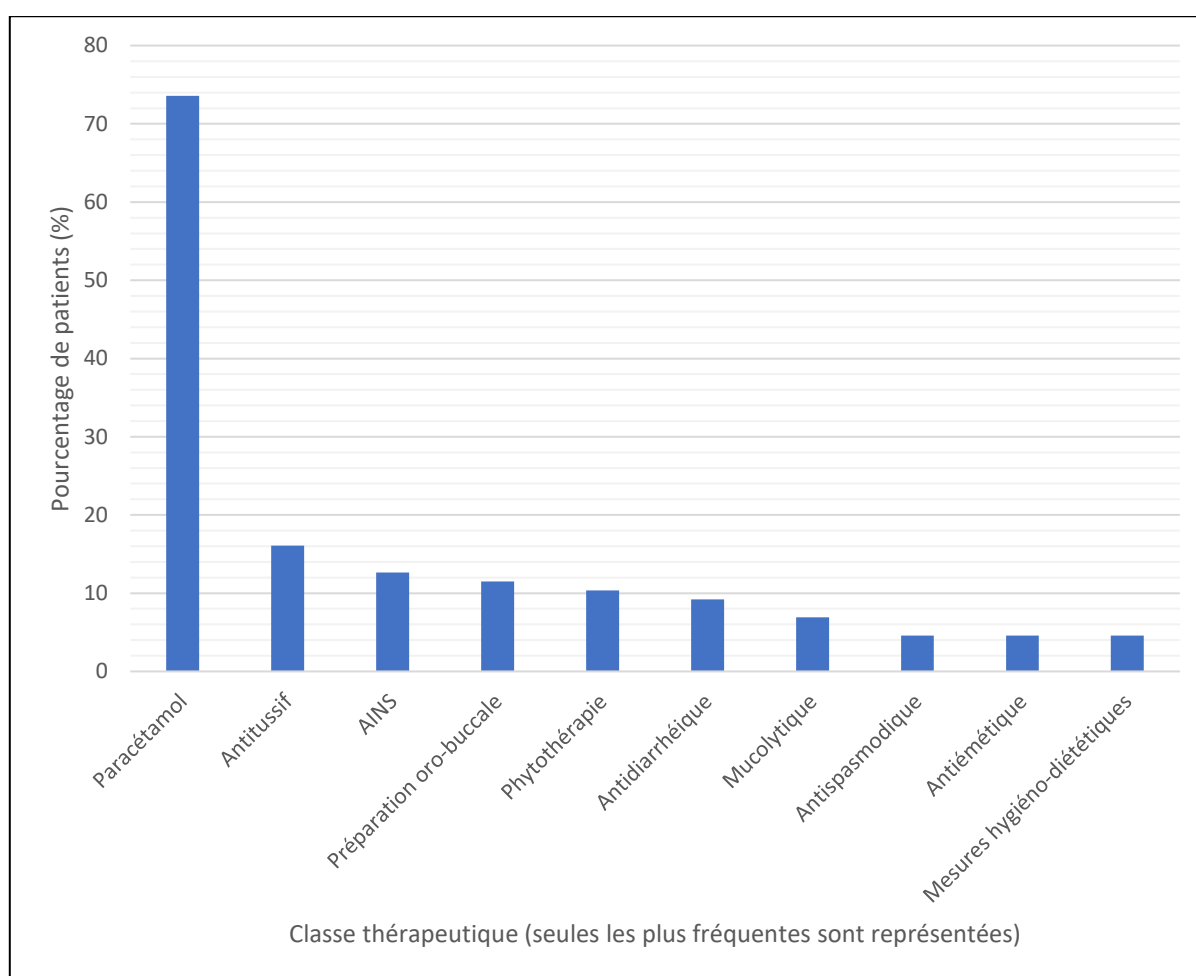
Quatre-vingt-huit patients (68,8 %) pensaient avant la consultation que leurs symptômes infectieux allaient passer spontanément. Cinquante-six patients (43,8 %) avaient l'habitude de consulter lorsqu'ils présentaient ces symptômes. Vingt-et-un patients (16,4 %) ont consulté sur recommandation de quelqu'un, 17 sur recommandation d'une personne de la famille (essentiellement le conjoint ou les parents), 4 sur recommandation d'une personne au travail (essentiellement l'employeur). Les patients ont principalement pris rendez-vous pour les symptômes infectieux qu'ils présentaient, seules 9 personnes (7,0 %) ont pris rendez-vous pour un autre motif et ils ont abordé au cours de la consultation leur problème infectieux.

Concernant l'automédication, 87 patients (68,0 %) ont dit avoir pris au moins un traitement, médicamenteux ou non, avant la consultation contre 41 patients (32,0 %) qui n'en ont pris aucun. Un patient n'a pas précisé quel(s) traitement(s) il avait pris.

Parmi les traitements les plus représentés, le principal était le paracétamol très majoritairement (73,6 % des patients ayant pris un traitement), puis les antitussifs (16,1 % des patients) et les anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) (12,6 % des patients).

La figure 7 reprend les principales classes thérapeutiques. L'ensemble des catégories est présent en annexe 7 avec le détail des traitements.

Figure 7 : Pourcentage de patients ayant pris une automédication suivant chaque classe thérapeutique parmi les plus fréquentes (n=87)



Au total, 151 traitements ont été pris. Ils ont été regroupés en catégories. Les préparations oro-buccales comprennent les préparations sous forme de collutoire, pastille ou comprimé à visée antibactérienne, antiseptique, anesthésique et/ou antalgique. Les mesures hygiéno-diététiques incluent l'utilisation de sérum

physiologique et le lavage nasal à l'aide d'une corne. Sur les 151 traitements pris en automédication, 140 (92,7 %) étaient disponibles en pharmacie sans ordonnance, 94 (62,3 %) étaient pris en charge en partie ou en totalité par l'Assurance maladie si prescrits sur ordonnance.

4. Les attentes des patients

Tableau 1 : Les attentes des patients, toutes viroses (n=128)

Attente		Effectif (n=128)	Fréquence (%)	(IC95)
Être rassuré sur une potentielle maladie grave	Oui	7	5,5	(IC95 : 1,5 - 9,4)
	Non	121	94,5	(IC95 : 90,6 - 98,5)
Avoir un traitement pour éviter l'aggravation	Oui	105	82,0	(IC95 : 75,4 - 88,7)
	Non	23	18,0	(IC95 : 11,3 - 24,6)
Avoir un traitement pour accélérer la guérison	Oui	90	70,3	(IC95 : 62,4 - 78,2)
	Non	38	29,7	(IC95 : 21,8 - 37,6)
Avoir un traitement pour ne plus être contagieux	Oui	45	35,2	(IC95 : 26,9 - 43,4)
	Non	83	64,8	(IC95 : 56,6 - 73,1)
Avoir un traitement pour soulager les symptômes	Oui	120	93,8	(IC95 : 89,6 - 97,9)
	Non	8	6,3	(IC95 : 2,1 - 10,4)
Avoir un examen complémentaire	Oui	6	4,7	(IC95 : 1,0 - 8,3)
	Non	122	95,3	(IC95 : 91,7 - 99,0)
Avoir un antibiotique	Oui	35	27,3	(IC95 : 19,6 - 35,1)
	Non	93	72,7	(IC95 : 64,9 - 80,4)
Avoir un arrêt de travail ou équivalent	Oui	85	66,4	(IC95 : 58,2 - 74,6)
	Non	43	33,6	(IC95 : 25,4 - 41,8)

Au sujet des arrêts de travail ou certificats équivalents, 85 patients pensaient que leur état de santé en justifiait un. Parmi ces patients, trente-huit personnes

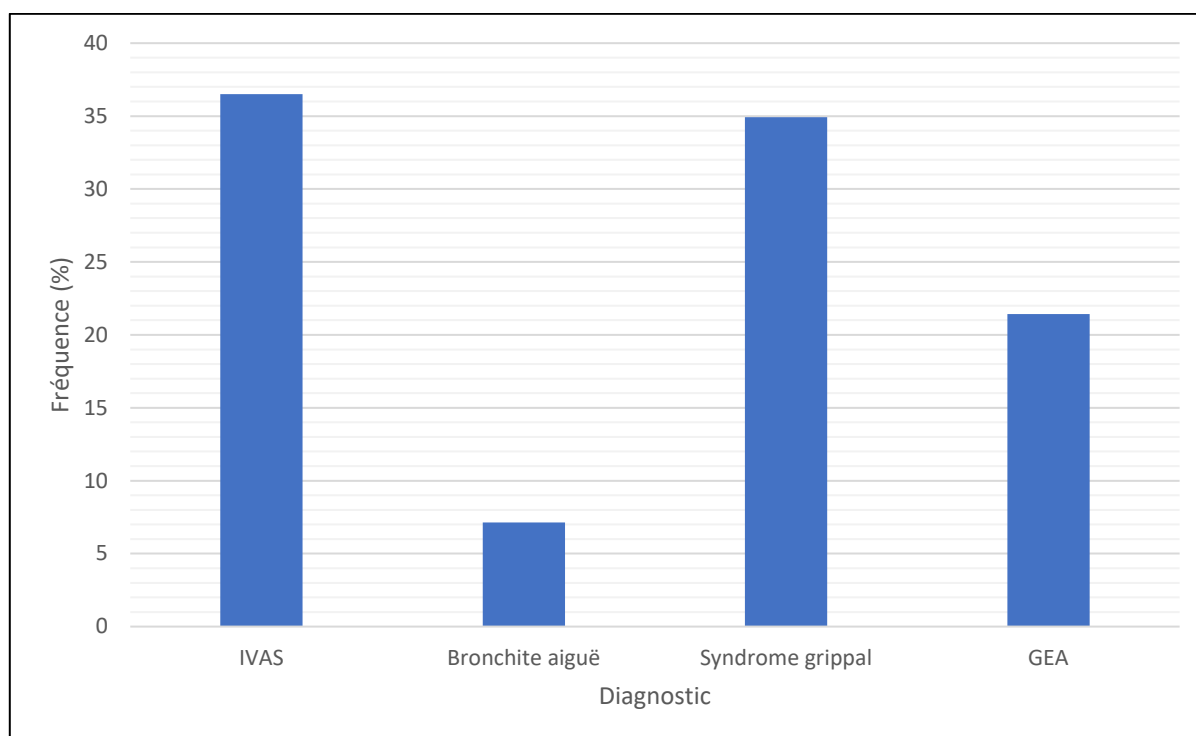
(44,7 %) n'auraient pas consulté si elles avaient pensé que leur état ne justifiait pas un tel certificat.

Les attentes sont détaillées par pathologie virale en annexe 8.

5. Les conclusions de la consultation

Les diagnostics des médecins à l'issue de la consultation médicale sont exposés dans la figure 8. La catégorie « Infections des voies aériennes supérieures » (IVAS) regroupe l'ensemble des diagnostics de rhinopharyngite, otite moyenne aiguë virale, rhinosinusite aiguë virale, pharyngite et angine virale, laryngite et trachéite (dont la différenciation clinique est difficile), ainsi que toutes les infections virales ORL non étiquetées. Deux patients n'ont pas précisé le diagnostic du médecin.

Figure 8 : Fréquence des diagnostics d'infection virale (n=126)



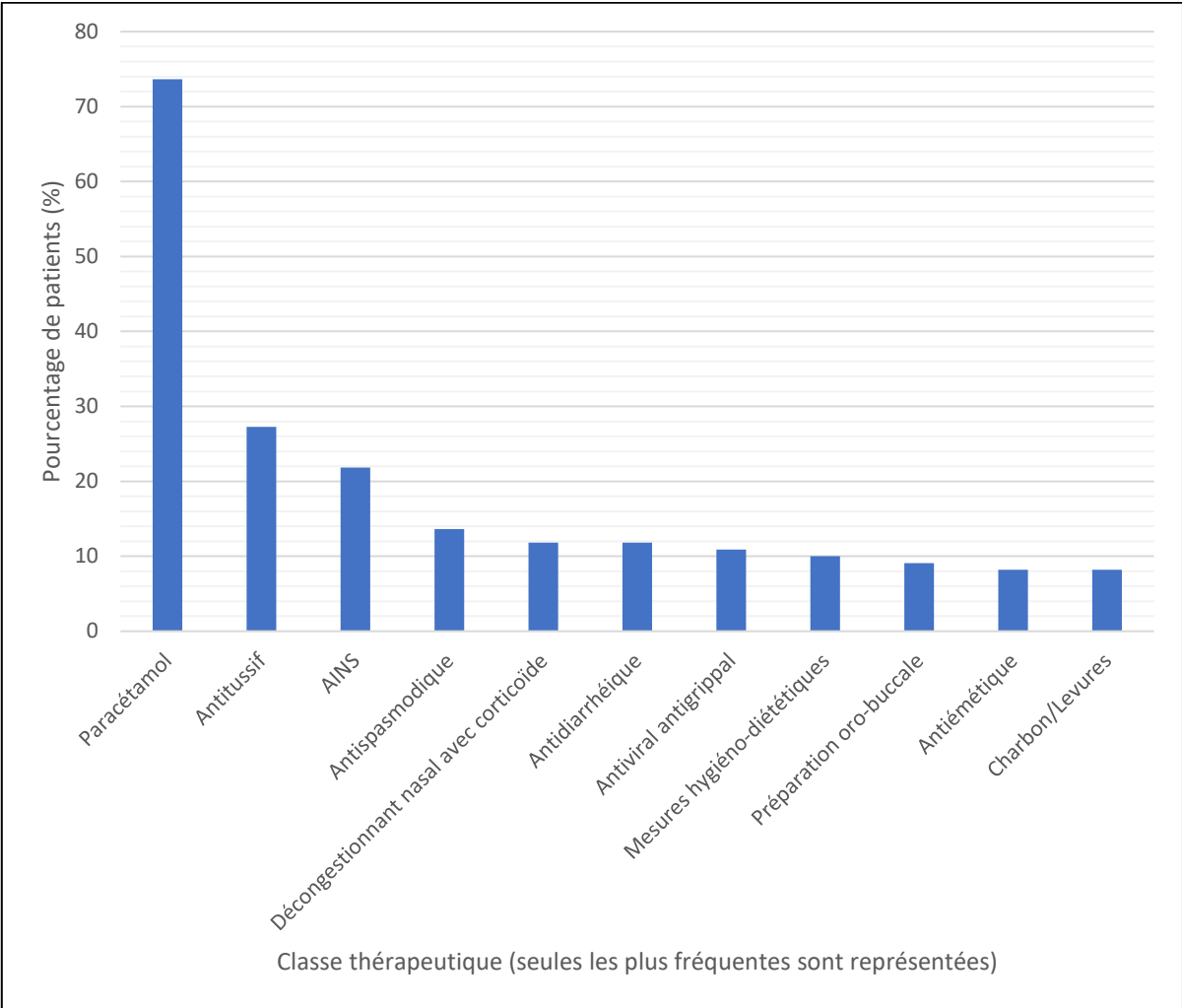
Concernant les prescriptions non thérapeutiques, 74 patients (57,8 %) ont bénéficié d'un arrêt de travail ou équivalent. Parmi les patients qui pensaient que leur

état justifiait cette prescription, 72 (84,7 %) ont effectivement eu ce certificat. Quatre patients (3,1 %) ont bénéficié d'au moins un examen complémentaire, un examen biologique pour les 4 patients et un examen d'imagerie pour un seul des 4 patients.

Cent-dix patients (85,9 %) ont reçu une prescription thérapeutique, correspondant à 263 traitements prescrits. Quatre patients n'ont pas précisé leur prescription. Le paracétamol a été prescrit à 73,6 % des patients qui ont eu une prescription, puis les antitussifs (27,3 %) et les AINS (21,8 %). Sur les 12 patients qui ont reçu une prescription d'antiviral antigrippal, un seul présentait un terrain à risque.

La figure 9 reprend les principales classes thérapeutiques. L'ensemble des catégories est présent en annexe 9 avec le détail des traitements.

Figure 9 : Pourcentage de patients ayant reçu une prescription thérapeutique suivant chaque classe thérapeutique parmi les plus fréquentes (n=110)



Sur les 263 traitements prescrits, 176 (66,9 %) étaient disponibles en pharmacie sans ordonnance, 206 (78,3 %) étaient pris en charge en partie ou en totalité par l'Assurance maladie si prescrits sur ordonnance.

6. Comparaison entre automédication et prescriptions thérapeutiques

La proportion de patients ayant pris un traitement en automédication et la proportion de ceux ayant reçu une prescription ne différaient pas significativement pour le paracétamol, les antitussifs et les AINS ($p = 0,991$, $p = 0,061$ et $p = 0,094$ respectivement). Les proportions étaient aussi similaires pour les préparations oro-buccales ($p = 0,579$).

Concernant la gastroentérite aiguë, les proportions ne différaient pas significativement pour les antiémétiques et les antidiarrhéiques ($p = 0,314$ et $p = 0,554$ respectivement). Il existait une différence significative pour les antispasmodiques qui étaient plus prescrits que pris en automédication ($p = 0,033$).

7. Le ressenti des patients après consultation

Cent-seize patients (90,6 %) se sont dits satisfaits de la prise en charge de leurs symptômes infectieux par leur médecin. Cent-quatre patients (81,3 %) ont déclaré qu'ils consulteraient à nouveau l'année d'après pour une symptomatologie semblable.

Comme défini par le protocole, aucun patient de cette étude n'a eu de prescription d'antibiotique. Les patients qui pensaient avoir besoin d'un antibiotique étaient moins satisfaits (25,7 % de patients non satisfaits) que ceux qui ne pensaient pas en avoir besoin (3,2 % de patients non satisfaits). Cette différence était statistiquement significative ($p < 0,001$).

Parmi les 54 patients qui n'ont pas eu de prescription de justificatif d'absence, il n'y avait pas de différence statistiquement significative au niveau de la satisfaction

en fin de consultation entre les patients qui pensaient que leur état justifiait un certificat et ceux qui ne le pensaient pas ($p = 0,382$).

Parmi les 124 patients qui n'ont pas eu de prescription d'examen complémentaire, 60,0 % de ceux qui pensaient avoir besoin d'un examen complémentaire n'étaient pas satisfaits de la consultation contre 7,6 % d'insatisfaction parmi ceux qui ne pensaient pas en avoir besoin. Cette différence était statistiquement significative ($p = 0,006$).

Enfin, parmi les 18 patients qui n'ont pas eu de prescription médicamenteuse, il n'y avait pas de différence statistiquement significative au niveau de la satisfaction en fin de consultation entre les patients qui pensaient que leur médecin pouvait leur donner un traitement soit pour éviter que les symptômes s'aggravent, soit pour accélérer la guérison, soit pour ne plus être contagieux ou soit pour soulager les symptômes et ceux qui ne le pensaient pas ($p = 1$).

DISCUSSION

1. Analyse des résultats et comparaison à la littérature

A. Les attentes des patients

a) L'attente d'une prescription thérapeutique

La première attente des patients qui consultent pour un syndrome viral en période épidémique hivernale envers leur médecin est la prescription thérapeutique. Par ordre de fréquence, 93,8 % des patients espéraient de leur médecin un traitement pour soulager leurs symptômes. Cette tendance se confirme en séparant les attentes par diagnostic avec une prédominance franche envers cette attente, voire 100 % d'attente dans le cadre d'une bronchite. Étaient ensuite attendus des traitements pour éviter l'aggravation (82,0 %), pour accélérer la guérison (70,3 %) et enfin pour ne plus être contagieux (35,2 %). À nouveau, ces tendances étaient globalement similaires suivant le diagnostic posé hormis pour la bronchite aiguë. En effet, pour les patients pour lesquels ce diagnostic a été posé, les attentes concernant un traitement pour accélérer la guérison et pour ne plus être contagieux étaient plus partagées.

Ces résultats montrent que les patients présentant une symptomatologie infectieuse virale placent de grands espoirs dans leur médecin afin de prendre en charge leur infection avec des thérapeutiques. La prescription thérapeutique est une attente importante des patients, et cela se reflète dans les conclusions de la consultation : 85,9 % des patients ont reçu une prescription thérapeutique, essentiellement médicamenteuse.

Une analyse de l'étude ECOGEN affirmait que le soin le plus fréquemment réalisé en cabinet de médecine générale était la prescription de médicaments¹⁰.

80,7 % des consultations se terminaient avec au moins une prescription de médicament. Ce résultat a été confirmé par d'autres études françaises, notamment une qui précisait que les infections des voies aériennes supérieures représentaient 6,2 % des consultations avec prescription médicamenteuse et seulement 0,9 % des consultations sans prescription médicamenteuse^{4,11}. La France est l'un des pays occidentaux où les médecins généralistes prescrivent le plus¹⁰. Les raisons de ce taux important de prescriptions sont multiples. D'une part, les patients voient l'ordonnance comme un droit indissociable de la consultation et permettant le remboursement des médicaments, droit accentué par le paiement à l'acte¹²⁻¹⁶. Ils considèrent le médicament comme un moyen permettant de guérir, de soulager et d'éviter l'aggravation. D'autre part, les médecins peuvent se sentir contraints de prescrire afin de répondre aux attentes des patients, d'éviter le conflit avec les patients, par manque de temps ou du fait de l'influence des firmes pharmaceutiques^{12,17,18}. Dans les études, une partie des patients serait favorable à ne pas avoir de prescription médicamenteuse si le médecin leur proposait des thérapeutiques non médicamenteuses ou des conseils^{13,17}. Il y a donc un véritable problème de prescription médicamenteuse en France. Le travail de la relation médecin-patient pourrait être bénéfique sur ces taux de prescriptions. Un patient de notre enquête a précisé en texte libre : « *Même sans prescription mon médecin m'a donné des conseils [...] qui m'ont été utiles.* ».

Environ deux tiers des patients ont pris un traitement en automédication avant la consultation dans notre étude. Une enquête récente réalisée en France a montré que 80 % des français ont pratiqué l'automédication en 2018, essentiellement en hiver et pour des maux de tête et des IVAS¹⁹. Mais les patients ont recours à l'automédication de façon occasionnelle car en France la part de marché de

l'automédication par rapport aux prescriptions est peu importante en comparaison à la moyenne européenne^{13,20}.

Il existe des similitudes entre les traitements pris en automédication par les patients et les traitements prescrits par les médecins. En effet, parmi les plus fréquents dans les deux cas se trouvaient les antalgiques et antipyrétiques type paracétamol (73,6 % des patients ayant pris un traitement et 73,6 % des patients ayant reçu une prescription), les antitussifs (respectivement 16,1 % et 27,3 %) et les AINS (respectivement 12,6 % et 21,8 %). Les proportions entre les 2 groupes ne différaient pas significativement pour ces trois classes thérapeutiques. Il n'y a donc pas de différence majeure entre l'automédication et la prescription des principaux traitements utilisés. Une étude sur l'automédication dans le rhume avait des résultats équivalents : les principaux traitements pris étaient le paracétamol, les antitussifs et l'ibuprofène²¹. Dans un travail de thèse à la Réunion sur l'automédication, les médicaments prédominants utilisés par les patients étaient le paracétamol, les AINS et les médicaments contre le rhume et la toux²².

Un autre versant important des traitements concerne la gastroentérologie avec les traitements antiémétiques, antispasmodiques et antidiarrhéiques. À nouveau, les proportions pour les antiémétiques et les antidiarrhéiques étaient similaires. La prescription d'antispasmodique était plus importante que la prise en automédication. En automédication, l'ordre des proportions est similaire avec une étude de 2009 sur la GEA (proportion importante de prise d'antidiarrhéiques, puis antispasmodiques et antiémétiques proches)²³. L'ordre dans le cadre des prescriptions diffère avec toujours les antidiarrhéiques en tête et les antispasmodiques en dernier.

En automédication, les patients ont accordé une part non négligeable à la phytothérapie (10,3 % des patients), qui ne s'est pas retrouvée dans les prescriptions.

Le recours aux préparations oro-buccales diverses était présent aussi bien en automédication qu'en prescription (absence de différence significative).

Enfin, une part moindre était réservée dans les prescriptions aux décongestionnants nasaux avec corticoïde (11,8 % des patients ayant eu une prescription), aux antiviraux antigrippaux (10,9 %) et aux mesures hygiéno-diététiques (10,0 %). Il est intéressant de noter qu'un certain nombre de patients ont précisé l'usage des mesures hygiéno-diététiques en automédication comme en prescription, à type de recommandations ou de lavage des fosses nasales.

En regardant ces résultats, il serait logique de penser que finalement les traitements prescrits étaient les mêmes que ceux pris en automédication. Il faut pourtant prendre en compte la notion de médicaments disponibles ou non sur ordonnance uniquement ainsi que la notion de médicaments remboursés par la Sécurité sociale²⁴. Les antalgiques et antipyrétiques type paracétamol, médicaments les plus utilisés en automédication et les plus prescrits dans cette étude, étaient disponibles sans ordonnance. Les antitussifs utilisés en automédication étaient essentiellement représentés par l'oxomémazine, disponible sans ordonnance, alors que le dextrométhorphanne était le plus prescrit et disponible uniquement sur ordonnance désormais, afin de limiter le mésusage. Les AINS étaient principalement disponibles sans ordonnance (selon la forme et la posologie), il s'agissait pour la plupart de l'ibuprofène. Les autres principaux traitements prescrits disponibles sur ordonnance exclusivement étaient les antidiarrhéiques type lopéramide et racécadotril, les antiémétiques représentés exclusivement par la métopimazine, les décongestionnants nasaux avec corticoïde représentés par le tixocortol pivalate par voie nasale et, dans le cadre de la grippe, l'oséltamivir.

Néanmoins, les classes thérapeutiques que les patients reçoivent en prescription sont globalement les mêmes que celles qu'ils ont déjà prises en automédication.

L'autre bénéfice de la prescription médicamenteuse pour le patient concerne le remboursement de ces médicaments. La majorité des traitements pris en automédication comme ceux prescrits étaient pris en charge au moins partiellement sur ordonnance lors de la réalisation de l'étude. Cela peut être un facteur de demande d'ordonnance de la part des patients¹³. À noter que la France est le seul pays d'Europe à rembourser sans restriction des médicaments dont la prescription est facultative²⁰.

Pourtant, malgré l'usage de tous ces médicaments, peu de traitements sont recommandés lors d'une infection virale hivernale. Quelle que soit l'infection virale, le traitement est toujours symptomatique^{3,25-27}.

Le principal traitement médicamenteux recommandé est un antalgique et antipyrétique type paracétamol. Les AINS sont une alternative possible, mais leur utilisation est à limiter car leur balance bénéfice/risque n'est pas favorable^{3,28-33}. Les antitussifs sont une demande importante des patients, comme mis en évidence dans d'autres études³⁴. Leur efficacité est cependant modeste et la Revue Prescrire propose comme seule option raisonnable les antitussifs opioïdes type dextrométhorphan, même si les risques ne sont pas négligeables en cas de mésusage et son utilisation est à limiter dans tous les cas³⁵. Les autres antitussifs, les vasoconstricteurs et les antihistaminiques H1 ne sont pas recommandés, soit devant une balance bénéfice/risque défavorable soit devant une efficacité non démontrée^{3,35}. Dans la sinusite aiguë, la corticothérapie par voie générale est parfois proposée en cure courte^{3,30}.

Concernant la gastroentérite aiguë, les traitements possibles des symptômes ont une efficacité modeste^{3,36,37}. Les antidiarrhéiques comme le lopéramide, le racécadotril ou le diosmectite sont peu efficaces. Pour les nausées, la dompéridone, le dropéridol et la métopimazine ont une balance bénéfique/risque défavorable. Le métoclopramide, malgré des effets indésirables possibles, est le seul dont l'efficacité a été démontrée. L'intérêt des probiotiques est aussi limité. Les antispasmodiques type phloroglucinol sont peu documentés³⁸.

Les mucolytiques et les préparations oro-buccales, sous forme de collutoire, pastille ou comprimé à visée antibactérienne, antiseptique, anesthésique et/ou antalgique ont une efficacité modeste voire nulle^{28,31,35}.

La grippe saisonnière est la seule indication potentielle d'un traitement antiviral spécifique par inhibiteur de la neuraminidase, l'oséltamivir ou le zanamivir. Il est recommandé, quel que soit le statut vaccinal, à but curatif chez les personnes symptomatiques à risque de complication, y compris les femmes enceintes, chez les personnes présentant une grippe grave d'emblée ou dont l'état général s'aggrave et chez les personnes dont l'état engendré par la grippe justifie une hospitalisation³⁹. Le Haut Conseil de la santé publique (HCSP) rappelle dans son rapport que le traitement n'est pas recommandé en curatif chez une personne symptomatique non éligible à la vaccination. Idéalement débuté dans les 48 premières heures, il permet de réduire la durée des symptômes d'un jour en moyenne et l'intensité de ceux-ci, mais son efficacité n'est pas démontrée sur la réduction des complications de la grippe, même chez les personnes à risque de complication^{3,39,40}. L'oséltamivir est prescrit dans 88,4 % des cas par des médecins généralistes³⁹. Dans notre étude, parmi les 12 patients qui ont reçu une prescription d'oséltamivir, seulement un présentait un terrain à risque de complication.

À côté de ces traitements, le point essentiel de la prise en charge de ces maladies infectieuses concerne les mesures associées. Elles sont à la portée de tous et facilement applicables. Elles comprennent le lavage des fosses nasales si besoin avec du sérum physiologique, l'usage de mouchoirs à usage unique, l'hygiène des mains, le port d'un masque chirurgical suivant les circonstances, l'arrêt des irritants et la mise en place d'une alimentation et d'une hydratation correctes^{3,28,30-33,37}. L'éducation du patient, quelle que soit l'infection, sur les signes devant l'amener à consulter à nouveau est un autre point important.

Les médecins n'ont donc que peu de possibilités afin de répondre aux attentes médicamenteuses des patients s'ils s'en tiennent uniquement aux recommandations. Leur prescription se limiterait alors au paracétamol et aux mesures hygiéno-diététiques, qui ont une place importante, mais qui ne nécessitent pas forcément une consultation. Le paracétamol, disponible sans ordonnance, était déjà bien présent en automédication. Les principales classes thérapeutiques prises en automédication comme prescrites étaient similaires. Il n'existe actuellement pas de médicament permettant de façon formelle et sans risque de diminuer la contagiosité, de supprimer complètement les symptômes, d'éviter l'aggravation ou encore d'accélérer la guérison dans le cadre d'une pathologie infectieuse épidémique hivernale, même dans le cadre de la grippe. Une majorité des patients semblait avoir conscience que la contagiosité ne dépendait pas des traitements qu'ils pouvaient prendre. La principale possibilité d'action du médecin concerne le soulagement des symptômes, mais le choix est limité dans cette indication, car peu de traitements ont fait la preuve de leur efficacité et cela se voit dans l'insatisfaction des patients en commentaire libre : « *15 jours que je suis malade, je pense qu'il pourrait y avoir quelque chose pour me soulager.* ». La consultation reste cependant nécessaire pour la prescription d'un antitussif type

dextrométhorphan, d'un antiémétique type métoclopramide, d'un antidiarrhéique type loperamide ou racécadotril ou alors d'un antiviral antigrippal au cas par cas. Ces traitements ont des indications et une efficacité très limitées.

L'éducation du patient doit être prédominante sur les traitements nécessaires et l'automédication. Une thèse de 2016 sur l'automédication en France encourageait l'automédication responsable²⁰. Celle-ci reste encore à développer en France dans le cadre de pathologies bénignes. Les conseils en matière de mesures hygiéno-diététiques sont aussi à favoriser que ce soit par voie orale, ce qui n'a pas été étudié dans notre travail, ou par voie écrite. Ils ont une importance capitale dans la prise en charge de telles maladies.

La prescription hors recommandations des traitements participe aussi à conduire le patient à consulter lorsqu'il présente une pathologie virale qui ne nécessite pas obligatoirement un tel traitement. Onze patients de notre étude ont reçu une prescription d'oséltamivir alors qu'ils n'avaient pas de terrain à risque de complication. Il est impossible de connaître l'état clinique du patient le jour de la consultation et donc d'affirmer le caractère « hors recommandations », mais ce taux de prescription chez des personnes non à risque amène à penser qu'il peut exister des prescriptions en dehors des recommandations qui motivent donc le patient à consulter à nouveau lorsqu'il présente une symptomatologie équivalente.

b) L'attente d'un justificatif d'absence

La deuxième attente des patients dans ce contexte est la prescription d'un arrêt de travail ou d'un certificat équivalent. 66,4 % des patients pensaient que leur état justifiait cette prescription. Si cette attente était indiscutablement présente dans cette étude dans le cadre de la grippe saisonnière et de la gastroentérite aiguë, elle était légèrement moins présente dans le cadre d'une bronchite aiguë voire nettement moins

dans un contexte d'infection des voies aériennes supérieures. Ceci est plutôt concordant avec l'intensité des symptômes de chaque pathologie.

Le seul justificatif d'absence légalement encadré est celui du certificat d'arrêt de travail. Seuls deux étudiants de notre étude attendaient ou ont eu un justificatif d'absence, pouvant être un arrêt de travail comme un certificat apparenté. Par la suite, il ne sera retenu que le terme d'arrêt de travail, mais celui-ci peut comprendre des certificats similaires.

Le premier intérêt de l'arrêt maladie est bien entendu de mettre au repos le patient dont l'état de santé actuel n'est pas compatible avec son occupation⁴¹. Un autre intérêt est ainsi d'isoler le patient et donc d'éviter la contamination. L'attente des patients par rapport à cette prescription était plutôt cohérente. Si pour une grippe ou une gastroentérite aiguë un arrêt de travail est recommandé, pour une bronchite aiguë ou une infection des voies aériennes supérieures sa prescription dépend de l'intensité des symptômes, de la localisation de l'infection et de l'activité du patient, professionnelle ou non.

Les données de la Direction de l'animation de la recherche, des études et des statistiques (DARES) montrent une corrélation entre l'augmentation du nombre d'arrêts maladie et les pics épidémiques de grippe saisonnière et de gastroentérite aiguë⁴². La proportion d'arrêts maladie passe de 3 % à 4 % en période épidémique.

Le site ameli.fr propose en lien avec la Haute Autorité de santé (HAS) des exemples de durées d'arrêt maladie pour certaines infections virales⁴³. Il est proposé une durée de 3 jours pour une angine, une sinusite maxillaire ou une gastroentérite aiguë, 5 jours pour une grippe saisonnière et entre 4 et 7 jours pour une bronchite aiguë suivant l'emploi du patient. Ces durées sont bien sûr données à titre indicatif et doivent être adaptées suivant l'appréciation du médecin. Des indemnités journalières

à hauteur de 50 % du salaire journalier de base sont versées par la sécurité sociale à partir du quatrième jour d'arrêt maladie^{41,44}. Il existe donc un délai de 3 jours de carence pour la Sécurité sociale. L'entreprise, suivant la convention collective en place, ou un organisme de prévoyance peuvent prendre en charge une partie ou la totalité de ces jours de carences et compléter les indemnités journalières versées par la Sécurité sociale. Les agents de la fonction publique ont un seul jour de carence. Une enquête a montré qu'environ deux tiers des salariés du secteur privé avaient leurs jours de carence pris en charge par leur entreprise⁴⁵.

Ainsi, pour des arrêts maladie qui vont généralement entre 3 et 5 jours d'après les délais de référence donnés, l'essentiel de cet arrêt est plus couvert par l'entreprise ou un organisme complémentaire que par la Sécurité sociale, voir non couvert. Mais la prescription d'un tel certificat afin de justifier l'absence auprès de l'employeur ou d'organismes divers plus que de la Sécurité sociale engendre malgré tout le coût de la consultation auprès du médecin. Légalement, toute absence au travail doit être justifiée⁴⁶. Cette nécessité exige une consultation médicale pour une démarche d'allure purement administrative. Environ la moitié des patients de cette étude qui pensaient que leur état justifiait un arrêt de travail n'aurait pas pris rendez-vous s'ils avaient pensé le contraire.

De nombreux patients ont précisé en commentaire libre venir en consultation uniquement à cause de cette formalité administrative : « *Je suis obligée de consulter pour avoir un arrêt de travail... C'est dommage car j'aurais très bien su me soigner toute seule !* », « *J'ai surtout consulté car j'avais besoin d'un arrêt de travail, si j'avais les mêmes symptômes pendant des jours de repos je n'irais pas chez le médecin.* » ou encore « *Je suis allée voir le médecin car j'avais besoin d'un arrêt maladie pour mon travail. Si le cas se reproduit, je ferai pareil l'année prochaine, tout en sachant*

qu'avec une gastro il vaut mieux rester chez soi attendre que cela passe tout seul. Je n'aime pas aller contaminer d'autres patients pour obtenir un papier administratif. ».

De plus, 84,7 % des patients qui pensaient avoir besoin d'un arrêt maladie ont effectivement eu cet arrêt. L'obligation d'un certificat prescrit par un médecin pour répondre à une attente majoritairement justifiée des patients semble d'autant plus discutable.

c) L'attente d'une prescription d'antibiotique

La question des antibiotiques est un grand problème dans la médecine moderne. En effet, l'utilisation des antibiotiques expose au risque d'antibiorésistance ainsi que de contamination environnementale^{6,7,47-49}. Ces effets sont renforcés par leur utilisation abusive et le mésusage. La France est l'un des plus importants pays prescripteurs d'antibiotiques en Europe et dans le monde^{6,7,48}. En 2015, le niveau de consommation des antibiotiques en ambulatoire se situait 30 % au-dessus de la moyenne européenne, taux toujours identique en 2018^{47,50}. L'évolution de la consommation d'antibiotiques est variable d'une année sur l'autre. En France, 93 % des antibiotiques sont délivrés en ambulatoire, dont 71 % sur prescription de médecins généralistes^{6,49}. Si la première campagne de l'Assurance maladie lancée en 2002 du programme « Préservons l'efficacité des antibiotiques » a permis de réduire de 26,5 % la consommation d'antibiotique en ville en 5 ans, il est à noter une élévation secondaire progressive^{6,7}. Les derniers chiffres semblent plus rassurants : globalement entre 2008 et 2018, la consommation d'antibiotiques évaluée en dose journalière en ville était stable avec une diminution des prescriptions réalisées⁴⁹. La consommation des antibiotiques est en lien avec les épidémies hivernales : elle augmente lors des pics épidémiques⁴⁷.

Dans notre étude, seuls 27,3 % des patients pensaient avoir besoin d'un antibiotique. Cette répartition était similaire que ce soit pour les infections des voies aériennes supérieures, la bronchite aiguë ou un syndrome grippal. Pour la gastroentérite aiguë, pratiquement tous les patients pensaient ne pas en avoir besoin. Ces résultats démontrent qu'une majorité des patients avait conscience du caractère viral de l'infection et donc de l'inutilité de l'antibiotique sur celle-ci. Cependant, quasiment un tiers des patients estimaient avoir besoin d'un antibiotique avant de consulter leur médecin. Ceci se voit dans certains commentaires libres où les patients pensaient, même après la consultation, avoir encore besoin d'un antibiotique. Plusieurs patients ont signifié leur insatisfaction sur le fait de ne pas avoir eu d'antibiotique : « *Je vais avoir besoin d'antibiotique donc je suis mécontent.* », « *Il n'a pas donné les antibios et ça va durer longtemps.* » ou encore « *Il ne m'a pas donné les antibios et ça va encore traîner et je devrais revenir comme chaque fois. Je suis très fragile.* ». Un autre patient a, au contraire, montré dans son commentaire que le médecin lui avait apporté une information utile sur les indications de l'antibiothérapie : « *Je ne pensais pas qu'une angine blanche ne nécessite pas d'antibiotiques.* ». Ce patient était satisfait de la consultation. Il est donc toujours nécessaire de faire de l'éducation thérapeutique auprès des patients afin de réduire cette proportion.

Pourtant, ce taux d'attente d'un antibiotique d'un tiers des patients dans le cadre d'une infection virale obtenu dans notre étude a pu être sous-estimé. Seuls étaient inclus les patients avec infection virale donc sans prescription d'antibiotique. Une étude réalisée en Australie en 2016 a mis en évidence que plus de la moitié des médecins interrogés prescriraient des antibiotiques à leur patient si celui-ci en attendait dans le cadre d'une IVAS⁵¹. Une enquête au Royaume-Uni sur 1000 médecins généralistes montrait les mêmes résultats⁵². Quelle que soit l'infection, 55 % des

médecins se sentaient sous pression de la part du patient pour prescrire des antibiotiques, 45 % avaient prescrit des antibiotiques sachant que l'infection était virale et donc qu'ils ne seraient pas efficaces et 45 % des médecins reconnaissaient avoir prescrit les antibiotiques afin de faciliter le départ du patient de leur cabinet. Cette notion de « pression » influençant la prescription d'antibiotiques se retrouve dans d'autres études, avec des facteurs non cliniques favorisant cette prescription, comme répondre aux attentes du patients, la relation médecin-patient ou encore l'environnement concurrentiel^{53,54}. Dans une enquête au Danemark sur les infections des voies respiratoires, les patients qui attendaient un antibiotique était 8 fois plus susceptible d'en recevoir un⁵⁵.

Ces résultats peuvent être biaisés par l'intrication d'autres facteurs, mais ils sont intéressants pour comprendre que le problème de consommation des antibiotiques est multifactoriel et dépend à la fois du patient, du médecin et de leur relation.

Une publication Cochrane mise à jour pour la dernière fois en 2017 a comparé l'utilisation retardée de 48 heures des antibiotiques par rapport à l'utilisation immédiate d'antibiotiques et à l'absence de prescription initiale d'antibiotiques dans les infections des voies respiratoires, sans distinction⁵⁶. L'utilisation retardée consistait à conseiller de ne prendre l'antibiotique que suivant l'évolution de l'infection au moins 48 heures après la consultation. Cette revue a mis en évidence un taux d'utilisation moins important des antibiotiques dans le groupe « retard » par rapport au groupe « immédiat », sans entrainer de complications plus importantes et avec un niveau de satisfaction des patients équivalent. La non-prescription initiale des antibiotiques réduisait encore plus le taux d'utilisation par rapport à la prescription « retard » sans influencer significativement sur les symptômes et les complications, mais la satisfaction des patients était cependant moins importante que dans le groupe

« retard ». Ceci pourrait être une alternative intéressante afin de réduire l'utilisation des antibiotiques. Cet usage est déjà présent dans la pratique de certains médecins en France⁵⁷.

d) Le besoin de réconfort

La peur d'une maladie grave n'a été exprimée que par 5,5 % des patients. La grande majorité des patients avait notion qu'il s'agissait d'une infection bénigne. Il semblerait qu'ils n'attendaient pas d'être rassurés sur la gravité de leurs symptômes, mais une proportion importante de patients avait peur que leur infection s'aggrave (82,0 % souhaitaient un traitement pour éviter l'aggravation, traitement qui n'existe malheureusement pas).

e) L'attente d'un examen complémentaire

Parmi les attentes des patients, seulement 4,7 % des personnes pensaient avoir besoin d'un examen complémentaire. Ce faible taux montre que les patients comprennent que l'examen clinique effectué par leur médecin suffit au diagnostic et à la prise en charge.

B. Les caractéristiques de la population

Il est difficile de savoir si notre échantillon était représentatif de la population ciblée car du fait des critères sélectifs de l'inclusion, nous n'avons pas de statistiques nous permettant des comparaisons avec la population de référence. Il s'agissait d'une population adulte entre 18 et 64 ans consultant en cabinet de médecine générale pour une pathologie virale en période épidémique hivernale, en Isère et en Savoie.

L'étude comportait plus de femmes que d'hommes, mais avec des intervalles superposés. Toutes les tranches d'âge étaient représentées, avec une prédominance entre 35 et 39 ans et entre 50 et 54 ans. La tranche d'âge de 40 à 44 ans était moins présente. En comparant aux données de l'Insee de 2016, notre échantillon ne différait pas significativement sur le sexe et l'âge par rapport à la population française métropolitaine de 18 à 64 ans⁹. Il n'y a donc pas de caractéristique particulière concernant ces deux données.

Concernant les groupes socioprofessionnels, notre échantillon comprenait 82,8 % de personnes actives. Cette proportion est plus importante que celle de la population française métropolitaine de 15 à 64 ans (74,0 %), même si la tranche d'âge de 15 à 17 ans peut biaiser partiellement cet écart⁹. Il s'agit donc plutôt d'une population active qui consulte. Cette sur-représentation est concordante avec les attentes principales des patients, c'est-à-dire des traitements pour soulager les symptômes, éviter l'aggravation ou accélérer la guérison. En effet, la prédominance de ces attentes va avec un besoin de poursuite de l'activité et la nécessité d'être efficace dans son activité.

Les principaux groupes socioprofessionnels représentés étaient les « employés » et les « professions intermédiaires », et dans une moindre mesure les « ouvriers » et les « cadres et professions intellectuelles supérieures ». D'après les données de l'Insee, les fréquences de chacun de ces groupes parmi les patients actifs se rapprochent de celles de la population générale active de 15 à 64 ans en France métropolitaine : les « employés » sont les plus fréquents (32,1 % dans notre étude contre 28,5 % dans la population générale), puis les « professions intermédiaires » (respectivement 30,2 % et 24,8 %), les « ouvriers » (21,7 % dans les deux groupes) et les « cadres et professions intellectuelles supérieures » (respectivement 16,0 % et 16,2 %)⁹. En l'absence de données sur la population de 18 à 64 ans, nous n'avons

pas pu réaliser de tests statistiques. Il n'y avait quasiment pas de travailleurs indépendants de ces groupes-là. La catégorie des « agriculteurs exploitants » et celle des « artisans, commerçants, chefs d'entreprise » n'ont pas du tout été représentées. Les travailleurs indépendants apparaissent moins susceptibles de consulter pour des symptômes viraux. Il s'agit plutôt d'une patientèle salariée qui va consulter, concordant avec l'attente d'un arrêt de travail.

Pour les données concernant l'âge et le sexe, notre échantillon semble être proche de la population générale concernant la tranche d'âge retenue. Pour les données sur le groupe socioprofessionnel, notre échantillon était plutôt composé d'une population active et salariée.

Concernant les personnes à risque de l'étude, seules 2 femmes enceintes ont été incluses. L'une aurait quand même consulté si elle n'avait pas été enceinte, l'autre non. Devant la faible représentativité de cette catégorie, il est impossible de conclure. Par contre, 13 patients présentaient une maladie chronique susceptible d'engendrer des complications dans au moins une des infections virales. La grande majorité de ces patients auraient consulté s'ils n'avaient pas ce problème de santé. D'après les données d'ameli.fr sur la prévalence des affections de longue durée (ALD) en 2016, environ 10 % de la population française de 20 à 64 ans présenteraient une ALD considérée comme à risque de complication dans le cadre d'une infection virale⁵⁸. Ce taux est proche de notre proportion de patients ayant un terrain pathologique à risque de complication (10,2 %).

La présence d'une maladie chronique dans cette tranche d'âge n'influerait donc pas sur leur volonté à consulter. Ce ne serait pas l'inquiétude d'une complication favorisée par leur maladie qui amène les patients en consultation. Mais le taux que nous avons mis en évidence dans notre enquête a pu être sous-estimé : les patients

avec comorbidité(s) ont pu être plus susceptibles d'avoir eu une prescription d'antibiotique et donc d'être exclus de notre étude. Cet effet de sur-prescription a été mis en évidence dans une étude anglaise, notamment pour les IVAS, la toux aiguë et le syndrome grippal⁵⁹.

Les patients ont essentiellement consulté d'eux-mêmes, peu sur recommandation de quelqu'un, surtout de l'entourage familial, et ont très majoritairement pris rendez-vous pour le problème infectieux en cours.

Seule la moitié des patients qui affirmaient avoir de la fièvre avaient pris leur température avec un thermomètre, ce qui est peu. La surveillance des signes infectieux par des méthodes objectives est à développer auprès des patients.

La moitié des patients ont consulté avant 3 jours de symptômes ce qui peut correspondre à la nécessité d'un arrêt de travail ou l'obtention la plus précoce possible d'un traitement pour éviter l'aggravation et soulager les symptômes. La seconde moitié des patients qui ont consulté plus tardivement démontre qu'ils étaient gênés par leurs symptômes persistants contre lesquels ils souhaitaient un traitement. Ce résultat du délai avant consultation est cohérent avec des études similaires dans le cadre d'une IVAS qui retrouvaient des proportions équivalentes^{16,60}.

Plus de deux tiers des patients avaient conscience que leur maladie allait passer seule. Ceci est en accord avec le fait que les patients avaient majoritairement connaissance qu'il s'agissait d'une pathologie virale et que l'antibiothérapie n'était pas leur principale attente. Et même si l'attente d'un traitement pour accélérer la guérison était bien présente, ils savaient que l'infection finirait par passer spontanément. Il reste à encourager le dernier tiers à prendre conscience de ce caractère bénin et passager de l'infection.

Enfin, pratiquement la moitié des patients avaient l'habitude de consulter pour des symptômes similaires et plus des trois quarts consulteraient à nouveau l'année suivante s'ils étaient dans la même situation. Ce taux élevé de patients qui envisageaient de consulter à nouveau peut être expliqué par le fait que les médecins ont répondu directement aux attentes des patients et que les patients estiment que la consultation médicale est utile pour répondre à leurs attentes. Comme vu précédemment, le médecin n'est pas essentiel pour répondre à leurs principales attentes, en dehors de l'arrêt de travail ou de certains traitements disponibles uniquement sur ordonnance mais dont l'indication est limitée.

C. Les facteurs influençant la satisfaction des patients

Au cours de l'étude, il a été recherché si en l'absence d'une prescription du médecin, la satisfaction du patient dépendait de son attente vis-à-vis de cette prescription. Concernant l'absence de prescription d'un antibiotique et d'un examen complémentaire, les patients qui attendaient une telle prescription étaient moins satisfaits que ceux qui n'en attendaient pas. Les médecins n'arrivent donc pas à répondre à leur attente pas un autre moyen. Ils n'arrivent pas à faire comprendre au patient l'inutilité d'une telle prescription au moment de la consultation.

Concernant l'absence de prescription d'un arrêt de travail ou d'une prescription médicamenteuse, les patients étaient tout autant satisfaits de la consultation, qu'ils attendaient ou non une telle prescription. Ceci peut être en faveur d'une réponse à leur attente de la part de leur médecin par un autre biais que celui de la prescription qu'ils espéraient.

D. Comparaison avec la littérature

Après recherche, il n'existe pas dans la littérature d'étude sur les attentes des patients s'intéressant à l'ensemble des maladies virales hivernales. Les principales études étrangères comme françaises concernent seulement les infections des voies respiratoires, que ce soit totales ou uniquement supérieures avec ou sans la grippe incluse. Il est donc difficile de comparer l'ensemble de ces résultats avec la littérature. En effet, si les IVAS sont les plus représentées en termes de prévalence épidémiologique et de consultations en cabinet, le syndrome grippal était bien présent dans cette étude ainsi que la gastroentérite aiguë^{1,3,61}. Aussi, la plupart des études s'intéressent soit à l'ensemble de la population, sans exclure les mineurs, soit uniquement aux enfants alors que notre enquête concernait seulement les patients adultes de 18 à 64 ans, responsables légalement de leurs décisions.

Une partie des résultats est cohérente avec d'autres études. Une étude de 1998 au Royaume-Uni sur les infections des voies aériennes supérieures montrait déjà qu'un tiers des patients étaient en attente d'un antibiotique⁶². Cette même étude mettait en évidence le fait que les prescriptions étaient influencées par la relation médecin-malade et le besoin de satisfaire le patient. Des études plus récentes ont confirmé cette proportion de patients qui attendent un antibiotique, que ce soit pour une infection des voies respiratoires globales dans une enquête danoise ou pour une IVAS dans une enquête irlandaise^{34,55}. De plus, dans l'étude irlandaise, les attentes les plus fréquemment exprimées étaient celles d'un antitussif et d'un traitement pour soulager la douleur.

En France, l'évaluation des attentes des patients adultes pour des symptomatologies virales des voies aériennes repose essentiellement sur des travaux de thèse. Une enquête de 2002 sur les IVAS mettait en évidence comme principales

attentes des patients le soulagement des symptômes, l'accélération de la guérison puis éviter l'aggravation⁶⁰. Dans les résultats, aucun patient n'avait exprimé l'attente d'un antibiotique et seul un tiers des patients attendaient un arrêt maladie. Ces différences peuvent s'expliquer par le protocole de l'étude qui consistait à interroger et remplir le questionnaire au début de la consultation, le patient pouvant vouloir plus facilement masquer son attente d'un antibiotique face à son médecin consulté. Les attentes étaient déduites des questions posées, parfois non explicites. Si l'antibiotique n'a pas été la demande la plus importante de notre étude, celle de l'arrêt de travail faisait partie des plus représentées. Deux autres thèses ayant exploré les attentes des patients dans un contexte de rhinopharyngite ont des conclusions globalement équivalentes à notre étude^{15,16}. L'une des enquêtes montrait une fréquence des principales attentes légèrement différente avec en premier la prescription de médicaments remboursés, puis une guérison et enfin un soulagement des symptômes¹⁶.

Une enquête française réalisée dans le cadre de la GEA exposait comme motif principal de consultation, largement dominant, le retentissement physique des symptômes, laissant supposer l'attente d'un traitement pour soulager ces derniers²³.

Au final, la prescription d'un traitement est l'attente qui prédomine. Les conclusions de l'ensemble de ces études sont les mêmes : la relation médecin-patient et l'éducation sont essentielles à la bonne prise en charge de ces pathologies.

2. Forces et limites de l'étude

A. Forces

La principale force de cette étude est la prise en compte de l'ensemble des infections virales hivernales épidémiques. En hiver, plusieurs pics épidémiques

s'enchainent, avec les infections des voies aériennes supérieures, très fortement représentées mais moins à risque de complication, les bronchites aiguës, la grippe saisonnière et la gastroentérite aiguë, ces deux dernières étant plus mises en avant au niveau des médias. Le but de cette étude était d'évaluer les attentes des patients quelle que soit l'infection virale, afin de mieux pouvoir prendre en charge ces pics épidémiques au niveau des consultations en cabinet de médecine générale. Il n'a pas été retrouvé dans la littérature d'étude s'intéressant à l'ensemble de ces pathologies. De plus, la population de patients de 18 à 64 ans est une population peu étudiée spécifiquement.

Un autre point fort concerne les médecins qui ont permis l'inclusion des patients parmi leur patientèle. Leurs caractéristiques étaient variées avec des lieux d'exercice, des patientèles, des âges et des pratiques différents. Ceci a permis de recueillir des réponses issues de milieux hétéroclites.

Le protocole de l'étude permettait un anonymat complet du patient. Il lui était donné une feuille d'inclusion au hasard. Il pouvait répondre dès qu'il le souhaitait et seul. Aucune donnée identifiante n'a été recueillie. Le patient était libre de répondre comme il voulait, sans jugement d'une personne extérieure au moment de donner sa réponse. C'est un point fort par rapport au fait de questionner directement le patient.

La qualité des réponses était un élément important de cette enquête. Les patients répondants ont montré beaucoup d'implication et les réponses étaient soignées.

Concernant la validité externe, il n'existe pas d'études strictement équivalentes afin de comparer les résultats, mais le peu d'études se rapprochant du sujet montraient des résultats similaires en termes d'attentes thérapeutiques et d'antibiotique.

B. Biais

Le principal biais inhérent à cette étude et son protocole est le biais de sélection.

Le biais de sélection des médecins responsables de l'inclusion : cette sélection n'a pas été faite aléatoirement mais par accessibilité des médecins, que ce soit par connaissance, par adresse mail ou par téléphone. De plus, afin de faciliter la réalisation de l'enquête, leur nombre a dû être réduit à une trentaine.

Le biais de sélection des patients : seules les 2 premières viroses de la demi-journée du médecin étaient incluses afin de ne pas surcharger les médecins, des patients ont pu être oubliés au moment de donner une feuille d'inclusion, il a pu y avoir des disparités de lieux entre les patients répondants, l'accès au site internet qui pouvait être une limite pour certains patients, l'implication des patients répondants par rapport à ceux non répondants qui ont reçu une feuille d'inclusion. Le fait d'exclure les patients qui ont reçu une prescription d'antibiotique a pu aussi participer au biais de sélection, car une partie de ces prescriptions pouvaient malgré tout concerner des patients présentant un syndrome viral.

L'auto-questionnaire peut entraîner un biais de réponse, le patient peut survoler le questionnaire, répondre rapidement ou ne pas comprendre certaines questions.

Du fait des réponses après la consultation, il peut aussi y avoir un biais de mémorisation.

L'effectif total de l'échantillon a été plus faible que ce qui était prévu initialement, et la durée a dû être prolongée. Cet hiver 2019/2020 a été très doux, les pics épidémiques habituels ont été peu présents : faible pour la grippe saisonnière et plutôt fugace pour la gastroentérite⁶³. Mais surtout l'actualité a été marquée par la pandémie de la Covid-19. Même si l'inclusion de l'étude s'est arrêtée avant l'épidémie en France,

il y avait déjà une inquiétude de la part des patients qui consultaient plus facilement aux urgences ou en appelant le 15. Beaucoup de médecins responsables de l'inclusion ont rapporté avoir du mal à trouver des patients pour donner les feuilles d'inclusion.

3. Perspectives

Nous avons pu montrer que le bénéfice médical apporté par ces consultations pour virose de patients de 18 à 64 ans était très limité. Il semble de plus que les habitudes n'ont que peu évolué malgré les années. Il y a encore un travail important à effectuer afin de faire changer les pratiques tant pour les patients que pour les médecins. Ce travail pourrait être une piste afin de développer des mesures pour réduire le taux de consultations pour pathologie virale hivernale dans cette catégorie de patients et ainsi alléger les plannings des cabinets de médecine générale déjà surchargés en période épidémique, afin de pouvoir répondre à des demandes nécessitant une véritable expertise médicale.

Nous nous sommes intéressés aux patients de 18 à 64 ans car il s'agit d'une population, en dehors de terrains particuliers, qui n'est pas à risque de complication et qui est légalement responsable de ses actes. Nous avons inclus les terrains particuliers de cette catégorie d'âge afin d'évaluer si la présence d'un tel terrain amenait les patients à plus consulter et il s'avère que ce n'est pas le cas. Dans le cadre de ces pathologies bénignes, il est évident que le patient peut réaliser de lui-même les principales recommandations de prise en charge de ces infections. Les résultats de notre étude confirment le rôle limité de la consultation médicale dans la réponse aux attentes des patients : le médecin n'a pas les moyens de répondre à l'essentiel de ses attentes médicales. Ces consultations constituent une fraction importante du travail du médecin généraliste et prennent du temps alors qu'une grande partie pourrait être

évitée. Patients comme médecins ont leur rôle à jouer dans l'évolution des pratiques. Il y a un besoin de responsabiliser le patient. Cependant, la consultation des patients à risque de complication reste indiscutable, même si les patients n'ont pas exprimé de préoccupation vis-à-vis de ce risque.

Concernant les traitements possibles, l'éducation du patient doit être au premier plan en favorisant une automédication appropriée, en explicitant les bénéfices et risques de chaque traitement médicamenteux ou non, en détaillant les médicaments recommandés et en insistant sur les mesures hygiéno-diététiques, mesures simples à mettre en place pour tout patient. L'autonomisation du patient pour la prise en charge de pathologies bénignes est essentielle. L'épisode de pandémie de la Covid-19 a eu comme avantage de faire un rappel à la population des principales recommandations afin de limiter la propagation virale. Il est aussi primordial de favoriser la formation continue des médecins généralistes afin qu'ils aient une information claire, honnête, à jour et conforme aux recommandations sur la prise en charge de ces infections virales et sur l'indication, le risque et le bénéfice de chaque traitement.

La prescription d'arrêts de travail ou de certificats similaires est le deuxième problème de ces consultations. Ils représentent une part importante des patients qui consultent pour une virose et la moitié ne consulteraient pas sans cette attente. Ceci engendre des coûts à la Sécurité sociale, uniquement sur le simple fait de consulter. Même si la prescription d'un arrêt maladie repose sur un avis médical, il pourrait être mis en place quelques jours de congés maladie dans l'année, pour pathologie bénigne, basés sur l'auto-déclaration du salarié. Cette notion peut être renforcée par la présence actuelle de 3 jours de carence (correspondant au délai moyen recommandé pour la plupart des pathologies virales hivernales) qui sont pris en charge s'ils le sont, ainsi que les indemnités complémentaires, uniquement par l'entreprise ou un

organisme de prévoyance. Un tel congé permettrait de limiter le coût de ces démarches administratives et de réduire les consultations faites uniquement dans ce but. Un principe d'auto-certification pour arrêt maladie existe déjà dans plusieurs pays européens où le certificat médical n'est exigé qu'après un certain nombre de jours d'arrêt, selon le pays et l'employeur⁶⁴. La forte proportion de patients qui pensaient avoir besoin d'un arrêt et qui ont bien eu cette prescription dénote que les patients sont tout à fait capables d'évaluer eux-mêmes ce besoin dans le cadre de pathologies virales bénignes.

Enfin, les antibiotiques restent toujours un point à travailler avec les patients. Il persiste une proportion non négligeable de patients qui s'attendent à un tel traitement pour une pathologie virale et qui continuent de l'exiger même après la consultation.

L'inclusion de cette étude s'est déroulée uniquement en Isère et en Savoie. Il pourrait être nécessaire de refaire un tel projet à l'échelle nationale afin de vérifier la réalité de ces attentes à plus grande échelle. Une étude de comparaison des attentes des patients et des attentes supposées des médecins pour l'ensemble de ces viroses épidémiques pourrait aussi apporter des résultats intéressants, comme cela avait été fait dans un travail de thèse sur la rhinopharyngite¹⁶.

THÈSE SOUTENUE PAR : Thibaud PONS

TITRE : QUELLES SONT LES ATTENTES DES PATIENTS ADULTES LORSQU'ILS CONSULTENT POUR UNE INFECTION VIRALE EN HIVER ?

CONCLUSION

L'objectif de notre étude était de connaître les attentes des patients adultes qui consultent pour une infection virale en période épidémique hivernale. Nous sommes partis de l'hypothèse que la connaissance de ces attentes permettrait une meilleure prise en charge de ces patients avec une relation médecin-patient plus adaptée. La prise en charge recommandée de l'ensemble de ces infections virales est simple : elle repose sur des traitements médicamenteux symptomatiques, principalement le paracétamol, des mesures hygiéno-diététiques et la surveillance des signes devant faire suspecter une complication. Les patients à risque de complication sont les femmes enceintes, les patients de 65 ans et plus et les patients avec comorbidité(s) importante(s). En dehors de ces cas, la consultation d'un patient adulte pour une infection hivernale semble discutable car il apparaît que le médecin ne peut pas apporter au patient plus qu'un réconfort et des conseils basiques. Et il est évident que s'intéresser à ces consultations-là pourrait permettre de les prendre en charge différemment voire de les limiter si l'aide apportée par le médecin au patient n'est pas essentielle à la satisfaction de ses attentes, afin de libérer les plannings des cabinets de médecine générale bien encombrés en période épidémique.

La principale attente des patients était celle d'une prescription thérapeutique : pour soulager les symptômes (93,8 %), pour éviter l'aggravation (82,0 %), pour accélérer la guérison (70,3 %) et enfin pour ne plus être contagieux (35,2 %). Étaient ensuite attendues les prescriptions d'un arrêt maladie (66,4 %) et d'un antibiotique

(27,3 %). La peur d'une maladie grave et l'attente d'une prescription d'un examen complémentaire étaient peu représentées (respectivement 5,5 % et 4,7 %).

Ces résultats montrent qu'il y a encore beaucoup de travail à faire avec les patients et que l'éducation thérapeutique doit être au premier plan dans la prise en charge de ces pathologies hivernales car, hors complication et hors obligation administrative, tout patient peut les prendre en charge simplement, sans avis médical initial. 81,3 % des patients consulteraient à nouveau l'année suivante s'ils présentaient des symptômes infectieux semblables. Cette proportion est importante et confirme qu'il existe encore une marge de progression pour autonomiser les patients.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER

Grenoble, le : 12/09/20



LE DOYEN

Pr. Patrice MORAND

Pour le Président
et par délégation
—
Le Doyen de Médecine
Pr. Patrice MORAND

12 IX 2020

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE

Pr. Olivier EPAULARD



Professeur O. EPAULARD
Maladies Infectieuses et Tropicales
Pôle Urgences Médecine Aiguë
N° RPPS 10003123717
CHU de GRENOBLE

BIBLIOGRAPHIE

1. Société Française de Médecine Générale. Observatoire de la Médecine Générale [Internet]. 2012 [cité 20 mars 2020]. Disponible sur: <http://omg.sfm.org/>
2. Letrilliart L, Supper I, Schuers M, Darmon D, Boulet P, Favre M, et al. ECOGEN : étude des Éléments de la COnsultation en médecine GÉNÉrale. *exercer*. 2014;25(114):148-57.
3. Collège des universitaires de Maladies Infectieuses et Tropicales. E. Pilly. 27e édition 2020. Paris: Alinéa Plus; 2019. 720 p.
4. Labarthe G. Les consultations et visites des médecins généralistes : Un essai de typologie. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques : Études et Résultats. juin 2004;315:1-12.
5. Carron M, Van Gysel D, Fuzibet J-G, Albertini M, Hofliger P, Letrilliart L, et al. ECOGEN RESPI : étude des résultats de consultation associés à un motif respiratoire en médecine générale. *exercer*. 2015;26(118):61-7.
6. Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé. L'évolution des consommations d'antibiotiques en France entre 2000 et 2015 [Internet]. France: ANSM; janv 2017 [cité 21 mars 2020]. 44 p. Disponible sur: https://ansm.sante.fr/var/ansm_site/storage/original/application/188a6b5cf9cde90848ae9e3419bc3d3f.pdf
7. World Health Organization. Are antibiotics still "automatic" in France? *Bulletin of the World Health Organization*. 2011;89:8-9.
8. Direction générale de la santé. Calendrier des vaccinations et recommandations vaccinales 2019 [Internet]. France: Ministère des Solidarités et de la Santé; mars 2019 [cité 11 mars 2020]. 73 p. Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/calendrier_vaccinal_mars_2019.pdf
9. Institut national de la statistique et des études économiques. Recensement 2016 : résultats sur un territoire, bases de données et fichiers détail [Internet]. Insee. 2019 [cité 15 avr 2020]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/information/4172214>
10. Hsiung L, Supper I, Guérin M-H, Pillot A, Ecochard R, Letrilliart L. Les procédures de soins en consultation de médecine générale : analyse des données de l'étude nationale ECOGEN. *exercer*. 2014;25(114):162-9.
11. 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. *Santé Publique*. 2015;27(3):353-62.
12. Mauffrey V. Rhinopharyngite en médecine générale : pourquoi encore tant de prescriptions médicamenteuses ? Étude qualitative explorant les motifs de cette surprescription et les remèdes proposés par les médecins [Thèse d'exercice]. [Nancy, France]: Université de Lorraine; 2012.

13. Flouret-Guyot C, Garet A. Prescription médicamenteuse en médecine générale : les attentes des français en cas de pathologies bénignes : Enquête d'opinion évaluant la demande de traitement médicamenteux des français – Enquête qualitative évaluant les facteurs associés à l'attente de médicaments [Thèse d'exercice]. [Nancy, France]: Université Henri Poincaré; 2011.
14. Piguet V, Cedraschi C, Desmeules J, Allaz A-F, Kondo-Oestreicher M, Dayer P. Prescription médicamenteuse : les attentes des patients. *Revue Médicale Suisse*. avr 2000;4(2296):1-8.
15. Roth J. La rhinopharyngite aiguë chez l'adulte et le recours à la consultation médicale : Étude qualitative par entretiens semi-dirigés auprès de patients consultants et non consultants en médecine générale [Thèse d'exercice]. [Strasbourg, France]: Université de Strasbourg; 2015.
16. Le Gars J. La consultation pour rhinopharyngite de l'adulte : représentations et attentes de médecins et de patients [Thèse d'exercice]. [Rennes, France]: Université de Rennes 1; 2012.
17. Osadtchy-Urvoas Z. La non-prescription en consultation de médecine générale : pourquoi et comment : étude qualitative à partir de 3 focus group [Thèse d'exercice]. [Rennes, France]: Université de Rennes 1; 2016.
18. Bedoin D, Charles R. La prise en charge des affections transitoires bénignes en médecine générale : avec ou sans médicaments ? *Pratiques et Organisation des Soins*. 2012;43(2):111-9.
19. Association française de l'industrie pharmaceutique pour une automédication responsable. Automédication : marché mature ou marché d'avenir ? [Internet]. France: Afipa; 2019 [cité 2 avr 2020]. 32 p. Disponible sur: <https://www.afipa.org/wp-content/uploads/2019/07/Etude-AFIPA-HARRIS.pdf>
20. Pontin J, Robert J. États des lieux de l'automédication en France et dans certains États membres de l'Union européenne, cas du libre accès : devrait-il être mis sous surveillance ? [Thèse d'exercice]. [Grenoble, France]: Université Grenoble Alpes; 2016.
21. Charton L, Chambe J, Weber J-C. Comment les Français soignent-ils un rhume ? Une enquête auprès de trois bassins de population. In: *L'automédication en question : Un bricolage socialement et territorialement situé* [Internet]. Nantes; 2016 [cité 4 avr 2020]. p. 38-47. Disponible sur: https://automed.hypotheses.org/files/2016/06/Actes_Colloque-AeQ2016_Nantes-1.pdf
22. Vicat Pignorel C. Automédication et effets indésirables : étude transversale descriptive auprès de 666 personnes consultant dans le quart Nord-Ouest de l'île de la Réunion entre septembre 2013 et mai 2014 [Thèse d'exercice]. [Bordeaux, France]: Université Victor Segalen Bordeaux II; 2014.
23. Bruley des Varannes S, Ducrotté P, Bueno L, Chassany O, Coffin B, Dapoigny M, et al. Profil symptomatique et modalités de prise en charge des gastro-entérites aiguës de l'adulte en médecine générale. *La Presse Médicale*. févr 2009;38(2):177-84.

24. VIDAL : Base de données médicamenteuse pour les prescripteurs libéraux [Internet]. VIDAL. [cité 14 mars 2020]. Disponible sur: <https://www.vidal.fr/>
25. Société de Pathologie Infectieuse de Langue Française. Recommandations de bonne pratique : Antibiothérapie par voie générale en pratique courante dans les infections respiratoires hautes de l'adulte et l'enfant [Internet]. France: SPILF; nov 2011 [cité 20 mars 2020]. 18 p. Disponible sur: <https://www.infectiologie.com/UserFiles/File/medias/Recos/2011-infections-respir-hautes-recommandations.pdf>
26. Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé. Antibiothérapie par voie générale en pratique courante au cours des infections respiratoires basses de l'adulte et de l'enfant : recommandations [Internet]. France: Afssaps; oct 2005 [cité 20 mars 2020]. 25 p. Disponible sur: https://www.infectiologie.com/UserFiles/File/medias/_documents/consensus/2005-infVRB-argu-afssaps.pdf
27. Gonzales R, Bartlett JG, Besser RE, Cooper RJ, Hickner JM, Hoffman JR, et al. Principles of appropriate antibiotic use for treatment of acute respiratory tract infections in adults. *Annals of Internal Medicine*. 20 mars 2001;134(6):479-529.
28. Prescrire Rédaction. Rhume [Internet]. Premiers Choix Prescrire, actualisation novembre 2019; févr 2020 [cité 4 avr 2020]. 7 p. Disponible sur: <https://www.prescrire.org/>
29. Prescrire Rédaction. Otite moyenne aiguë [Internet]. Premiers Choix Prescrire, actualisation mars 2019; juin 2019 [cité 4 avr 2020]. 7 p. Disponible sur: <https://www.prescrire.org/>
30. Prescrire Rédaction. Sinusite aiguë infectieuse [Internet]. Premiers Choix Prescrire, actualisation février 2019; avr 2019 [cité 4 avr 2020]. 8 p. Disponible sur: <https://www.prescrire.org/>
31. Prescrire Rédaction. Angine aiguë [Internet]. Premiers Choix Prescrire, actualisation octobre 2019; janv 2020 [cité 4 avr 2020]. 7 p. Disponible sur: <https://www.prescrire.org/>
32. Prescrire Rédaction. Bronchite aiguë chez un adulte [Internet]. Premiers Choix Prescrire, actualisation mai 2019; juill 2019 [cité 4 avr 2020]. 6 p. Disponible sur: <https://www.prescrire.org/>
33. Prescrire Rédaction. Grippe saisonnière [Internet]. Premiers Choix Prescrire, actualisation août 2019; oct 2019 [cité 4 avr 2020]. 8 p. Disponible sur: <https://www.prescrire.org/>
34. O'Connor R, O'Doherty J, O'Regan A, O'Neill A, McMahon C, Dunne CP. Medical management of acute upper respiratory infections in an urban primary care out-of-hours facility: cross-sectional study of patient presentations and expectations. *BMJ Open*. 15 févr 2019;9(2):e025396.
35. Prescrire Rédaction. Bilan 2020 des médicaments à écarter : pneumologie – ORL. *La Revue Prescrire*. déc 2019;39(434):940-1.

36. Prescrire Rédaction. Bilan 2020 des médicaments à écarter : gastro-entérologie. La Revue Prescrire. déc 2019;39(434):938.
37. Prescrire Rédaction. Diarrhée aiguë bénigne chez un adulte [Internet]. Premiers Choix Prescrire, actualisation décembre 2018; févr 2019 [cité 4 avr 2020]. 6 p. Disponible sur: <https://www.prescrire.org/>
38. Prescrire Rédaction. "Antispasmodiques" dans les douleurs abdominales. La Revue Prescrire. mars 2020;40(437):195-202.
39. Haut Conseil de la santé publique. Avis relatif à la prescription d'antiviraux en cas de grippe saisonnière [Internet]. France: HCSP; 2018 mars [cité 2 avr 2020]. 30 p. Disponible sur: https://www.hcsp.fr/Explore.cgi/Telecharger?NomFichier=hcspa20180316_prescridantiviretgrippesaisonn.pdf
40. Prescrire Rédaction. Les antiviraux dans la grippe. La Revue Prescrire. oct 2005;25(265):678-91.
41. L'Assurance maladie. Synthèse réglementaire sur les arrêts de travail pour maladie [Internet]. France: L'Assurance maladie; mars 2016 [cité 3 avr 2020]. 12 p. Disponible sur: https://www.ameli.fr/sites/default/files/Documents/4901/document/synthese-arrets-maladie_assurance-maladie.pdf
42. Direction de l'animation de la recherche, des études et des statistiques. Les absences au travail des salariés pour raisons de santé : un rôle important des conditions de travail [Internet]. France: Ministère du travail, de l'emploi, de la formation professionnelle et du dialogue social; févr 2013 [cité 20 mars 2020]. 10 p. Disponible sur: <https://dares.travail-emploi.gouv.fr/IMG/pdf/2013-009.pdf>
43. L'Assurance maladie. Infections [Internet]. ameli.fr. 2019 [cité 3 avr 2020]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/medecin/exercice-liberal/memos/arrets-travail-referentiels-duree/infections>
44. L'Assurance maladie. Arrêt de travail pour maladie : vos indemnités journalières [Internet]. ameli.fr. 2019 [cité 3 avr 2020]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/assure/remboursements/indemnitees-journalieres/arret-maladie>
45. Pollak C. L'effet du délai de carence sur le recours aux arrêts maladie des salariés du secteur privé. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques : Dossiers Solidarité et Santé. janv 2015;58:1-30.
46. Direction de l'information légale et administrative. L'employeur peut-il exiger un arrêt de travail pour une journée d'absence ? [Internet]. Service-public.fr. 2019 [cité 3 avr 2020]. Disponible sur: <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F12734>
47. Institut de veille sanitaire, Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé. Consommation d'antibiotiques et résistance aux antibiotiques en France : nécessité d'une mobilisation déterminée et durable [Internet]. Bilan de données de surveillance. France: InVS; nov 2015 [cité 21 mars 2020]. 16 p. Disponible sur:

https://www.anism.sante.fr/content/download/82737/1045315/version/1/file/Bilan-surveillance_antibio_invs-anism-2.pdf

48. European Centre for Disease Prevention and Control, European Food Safety Authority and European Medicines Agency. ECDC/EFSA/EMA second joint report on the integrated analysis of the consumption of antimicrobial agents and occurrence of antimicrobial resistance in bacteria from humans and food-producing animals: Joint Interagency Antimicrobial Consumption and Resistance Analysis (JIACRA) Report. *EFSA Journal*. 28 juin 2017;15(7):4872.
49. Maugat S, Berger-Carbonne A. Antibiotiques et résistance bactérienne : une menace mondiale, des conséquences individuelles [Internet]. France: Santé publique France; nov 2019 [cité 21 mars 2020]. 24 p. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/content/download/208187/2410189>
50. Santé publique France. Consommation d'antibiotiques et antibiorésistance en France en 2018 [Internet]. Santé publique France. 2019 [cité 21 mars 2020]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/les-actualites/2019/consommation-d-antibiotiques-et-antibioresistance-en-france-en-2018>
51. Fletcher-Lartey S, Yee M, Gaarslev C, Khan R. Why do general practitioners prescribe antibiotics for upper respiratory tract infections to meet patient expectations: a mixed methods study. *BMJ Open*. 24 oct 2016;6(10):e012244.
52. Cole A. GPs feel pressurised to prescribe unnecessary antibiotics, survey finds. *BMJ*. 20 août 2014;349(7972):g5238.
53. Patel A, Pfoh ER, Misra Hebert AD, Chaitoff A, Shapiro A, Gupta N, et al. Attitudes of High Versus Low Antibiotic Prescribers in the Management of Upper Respiratory Tract Infections: a Mixed Methods Study [Internet]. *Journal of General Internal Medicine*; 19 oct 2019 [cité 8 avr 2020]. 7 p. Disponible sur: <https://doi.org/10.1007/s11606-019-05433-5>
54. Kim NS, Jang SN, Jang SM. Factors influencing antibiotics prescribing of primary health physicians in acute upper respiratory infections. *Journal of Preventive Medicine and Public Health*. févr 2005;38(1):1-8.
55. Lauridsen GB, Sørensen MS, Hansen MP, Rathe JØ, Jarbøl DE. Consultation expectations among patients with respiratory tract infection symptoms. *Danish Medical Journal*. juin 2017;64(6):A5385.
56. Spurling GK, Del Mar CB, Dooley L, Foxlee R, Farley R. Delayed antibiotic prescriptions for respiratory infections. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*. 7 sept 2017;2017(9):CD004417.
57. Bourdel M. La prescription différée d'antibiotiques : son recours dans les infections respiratoires hautes en médecine générale : Étude observationnelle prospective en Rhône-Alpes [Thèse d'exercice]. [Lyon, France]: Université Claude Bernard; 2015.
58. L'Assurance maladie. Prévalence des ALD en 2016 [Internet]. *ameli.fr*. 2018 [cité 15 avr 2020]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/l-assurance->

maladie/statistiques-et-publications/donnees-statistiques/affection-de-longue-duree-ald/prevalence/prevalence-des-ald-en-2016.php

59. Pouwels KB, Dolk FCK, Smith DRM, Robotham JV, Smieszek T. Actual versus 'ideal' antibiotic prescribing for common conditions in English primary care. *Journal of Antimicrobial Chemotherapy*. févr 2018;73(Suppl 2):19-26.
60. Guyot A-S. Pour quelles raisons les patients atteints d'infection aiguë des voies respiratoires consultent-ils ? Étude portant sur 102 patients de plus de 6 ans consultant en médecine générale [Thèse d'exercice]. [Nancy, France]: Université Henri Poincaré; 2004.
61. Réseau Sentinelles. Bilan annuel 2018 [Internet]. France: Institut Pierre Louis d'épidémiologie et de santé publique; juill 2019 [cité 29 févr 2020]. 131 p. Disponible sur: <https://www.sentiweb.fr/document/4633>
62. Butler CC, Rollnick S, Pill R, Maggs-Rapport F, Stott N. Understanding the culture of prescribing: qualitative study of general practitioners' and patients' perceptions of antibiotics for sore throats. *BMJ*. 5 sept 1998;317(7159):637-42.
63. Réseau Sentinelles. Bulletin hebdomadaire de la semaine 2020-10 [Internet]. France: Institut Pierre Louis d'épidémiologie et de santé publique; mars 2020 [cité 9 avr 2020]. 5 p. Disponible sur: <https://www.sentiweb.fr/document.php?doc=4843>
64. Mutual Information System on Social Protection. Tableaux comparatifs [Internet]. MISSOC. 2019 [cité 20 avr 2020]. Disponible sur: <https://www.missoc.org/base-dinformation/base-de-donnees-des-tableaux-comparatifs-missoc/?lang=fr>

ANNEXES

Annexe 1 : Structure du questionnaire utilisé tel que figurant sur le site internet

Quelles sont les attentes des patients adultes lorsqu'ils consultent pour une infection virale en hiver ?

Etude dans le cadre d'une thèse menée par le Doctorant PONS Thibaud, sous la direction du Dr JURY Frédéric.

L'ensemble des informations pratiques et légales de cette étude est disponible : [ici](#)

Numéro d'identification :

Veuillez inscrire le numéro à 5 chiffres qui figure sur la feuille que votre médecin vous a remise

Vos informations personnelles

Age :

 ans

Sexe :

- Homme
 Femme

Quel est votre travail ?

Etes-vous sous tutelle ou curatelle ?

- Oui
 Non

Etes-vous enceinte ?

[Question apparaissant si la réponse était 'Femme' à la question 'Sexe :']

- Oui
 Non

Auriez-vous également consulté si vous n'étiez pas enceinte ?

[Question apparaissant si la réponse était 'Oui' à la question 'Etes-vous enceinte ?']

- Oui
- Non

Avez-vous un suivi régulier pour une (ou des) maladie(s) chronique(s) ?

- Oui
- Non

Laquelle (ou lesquelles) ?

[Question apparaissant si la réponse était 'Oui' à la question 'Avez-vous un suivi régulier pour une (ou des) maladie(s) chronique(s) ?']

Auriez-vous également consulté si vous n'aviez pas cette (ou ces) maladie(s) chronique(s) ?

[Question apparaissant si la réponse était 'Oui' à la question 'Avez-vous un suivi régulier pour une (ou des) maladie(s) chronique(s) ?']

- Oui
- Non

Concernant les symptômes qui vous ont amené(e) à consulter ?

Quels étaient les symptômes infectieux qui vous ont amené(e) à consulter ?

- Fièvre
- Toux
- Nez qui coule / Nez bouché
- Maux de gorge
- Extinction de voix
- Douleurs d'oreille
- Maux de ventre
- Vomissements
- Diarrhées

Avez-vous pris votre température à l'aide d'un thermomètre ?

- Oui
- Non

Depuis combien de jours environ souffriez-vous de ces symptômes avant votre consultation ?

jour(s)

Aviez-vous pris un (ou des) traitement(s) pour vos symptômes avant votre consultation ?

- Aucun
- Oui

Quel(s) médicament(s) aviez-vous pris ?

[Question apparaissant si la réponse était 'Oui' à la question 'Aviez-vous pris un (ou des) traitement(s) pour vos symptômes avant votre consultation ?']

Indiquez uniquement les noms des médicaments, sans les dosages

Avant la consultation, pensiez-vous que votre maladie pouvait passer toute seule ?

- Oui
- Non

Avez-vous l'habitude de consulter quand vous présentez des symptômes similaires à ceux-ci ?

- Oui
- Non

Aviez-vous pris rendez-vous sur recommandation de quelqu'un ?

- Oui
- Non

Quelle est la personne qui vous a recommandé de consulter ?

[Question apparaissant si la réponse était 'Oui' à la question 'Avez-vous pris rendez-vous sur recommandation de quelqu'un ?']

Quel était le motif principal de la prise de rendez-vous ?

- Pour les symptômes infectieux
- Pour un autre motif et au cours de la consultation vous avez abordé vos symptômes infectieux

Vos attentes vis-à-vis de votre médecin concernant vos symptômes infectieux

Avant votre consultation :

Pensez-vous que votre maladie puisse être grave ?

- Oui
- Non

Pensez-vous que votre médecin puisse vous donner quelque chose :

	Oui	Non
Pour éviter que vos symptômes s'aggravent ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pour accélérer la guérison ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pour que vous ne soyez plus contagieux ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pour soulager vos symptômes ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Pensez-vous avoir besoin d'examens complémentaires (prise de sang, radiographie, échographie ou autre) ?

- Oui
- Non

Pensez-vous avoir besoin d'un antibiotique ?

- Oui
- Non

Pensez-vous que votre état justifiait un arrêt de travail ou un certificat équivalent ?

- Oui
- Non

Auriez-vous également consulté si vous aviez pensé que votre état ne justifiait pas un arrêt de travail ou un certificat équivalent ?

[Question apparaissant si la réponse était 'Oui' à la question 'Pensez-vous que votre état justifiait un arrêt de travail ou un certificat équivalent ?']

- Oui
- Non

Concernant les conclusions de votre médecin à la suite de la consultation

Quel est le diagnostic retenu par votre médecin ?

Votre médecin vous a-t-il prescrit un (ou des) traitement(s) médicamenteux ?

- Oui
- Non

Lequel (ou lesquels) ?

[Question apparaissant si la réponse était 'Oui' à la question 'Votre médecin vous a-t-il prescrit un (ou des) traitement(s) médicamenteux ?']

Indiquez uniquement les noms des médicaments, sans les dosages

Votre médecin vous a-t-il prescrit :

	Oui	Non
Un justificatif d'absence (comme un arrêt de travail ou équivalent) ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Un (ou des) examen(s) complémentaire(s) ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Quel(s) examen(s) complémentaire(s) ?

[Question apparaissant si la réponse était 'Oui' à la question 'Votre médecin vous a-t-il prescrit : (Un (ou des) examen(s) complémentaire(s) ?)]

- Une prise de sang
- Un examen de radiologie : radiographie, échographie, etc...

Concernant votre ressenti après la consultation

Etes-vous satisfait de la prise en charge de votre problème infectieux par votre médecin ?

- Oui
- Non

Si vous présentez l'année prochaine des symptômes similaires, pensez-vous consulter à nouveau ?

- Oui
- Non

Avez-vous un commentaire, une remarque à faire ?

Merci pour votre participation.

Vos réponses ont bien été enregistrées.

Vous pouvez fermer cette fenêtre.

Annexe 2 : Liste des médecins participants (par lieu et ordre alphabétique)

Isère 38 : Crolles

Dr Sophie BOUTELANT-BRUGIÈRE

Dr Peggie HUMANN

Dr Cécile MONCENIS-CHONCHON

Dr Anne REMY

Isère 38 : La Côte-Saint-André

Dr Jean-Louis CHAPURLAT

Dr Sophie GALLIX

Dr Aurélie GARNIER

Dr Fabienne MATTA-CADON

Dr Laura REPITON-DUMOLLARD

Isère 38 : Le Touvet

Dr Catherine BRONNER-MASSET

Dr Thierry LAMBLIN

Dr Caroline MANFREDI

Dr Pierre ROMANET

Isère 38 : Saint-Nazaire-les-Eymes

Dr Hélène BEAUMONT

Dr Catherine CADOT-ENGELBRECHT

Savoie 73 : Le Bourget-du-Lac

Dr Sophie MOUREAU

Savoie 73 : Hauts-de-Chambéry

Dr Alice BERTRAND

Dr Guillaume BOUCHET

Dr Isabelle COUX

Dr Magali DROUMENQ

Dr Sabine MAURISSET

Dr Leila OURACI

Dr Marie TERRIER

Savoie 73 : La Motte-Servolex

Dr Stéphanie BAILLET-GEOFFROY

Dr Emmanuel CUSSAC

Dr Annelise GAILLET-CHALAL

Dr Pascal PATRON

Savoie 73 : Viviers-du-Lac

Dr Pascale LOUVEAU

Dr Vincent MAURICE

Dr Gaëlle PAILLOT

Annexe 3 : Exemple de fiche d'inclusion remise au patient en fin de consultation

Etude sur les attentes des patients lorsqu'ils consultent pour une infection virale en hiver

A la suite de votre consultation, votre médecin vous a remis cette feuille car il a diagnostiqué chez vous une infection virale.
Nous vous proposons de participer à un rapide questionnaire concernant cette consultation.

Le questionnaire est présent sur le site internet :
these-hiver.fr



Votre numéro d'identification est le : **00000**

Votre participation à cette étude n'est pas obligatoire et votre décision n'entraînera aucune conséquence sur votre prise en charge. Vous êtes libre de ne pas répondre à une partie ou la totalité des questions. L'ensemble des informations est recueilli de façon anonyme et confidentielle. Toutes les informations légales sont disponibles sur le site internet.

Annexe 4 : Avis du Comité de protection des personnes Est IV

COMITÉ DE PROTECTION DES PERSONNES "EST IV"

1, place de l'Hôpital
67091 STRASBOURG Cedex
☎ : 03.88.11.60.03
Fax : 03.88.11.63.48
E-mail : cpp.est4@chru-strasbourg.fr

Séance CPP du 11 juin 2019

Le Président

AVIS

Réf CPP	19/45 --- SI 19.05.08.52401	Catégorie	3
Titre de la recherche	Quelles sont les attentes des patients adultes lorsqu'ils consultent pour une infection virale en hiver ?		
Identification	IDRCB 2019-A01281-56		
Promoteur	[Données à caractère personnel]		
Investigateur	[Données à caractère personnel]		

Le Comité a été saisi le 8 mai 2019 par Monsieur PONS Thibaud, [Données à caractère personnel]

[Données à caractère personnel] d'une demande d'avis pour le projet de recherche référencé ci-dessus.

Au vu des documents présentés, il a procédé à l'expertise de cette étude.

Etaient présents en séance du 11 juin 2019 mais n'ont pris part au vote que les membres titulaires et les membres suppléants en situation de représentant			
	Catégories	Titulaires	Suppléants
1er collège	Personnes qualifiées en matière de recherche biomédicale, en biostatistique ou en épidémiologie	Prof. Philippe Hénon Dr Philippe Lutun Prof. Laurent Monassier Prof. Erik-André Sauleau	Dr François Lefebvre Prof. Laurent Mauvieux Dr Dominique Astruc
	Médecins généralistes	Dr Guy Haberer	Dr Fabien Rougerie
	Pharmaciens	Dr Anne-Cécile Gérout	Prof. G. Ubeaud Sequier
	Infirmières	//	//
2e collège	Personnes qualifiées en matière d'éthique	M. Jean Degert	//
	Personnes qualifiées dans le domaine social	Mme Fabienne Barth Foltz	//
	Personnes autorisées à faire usage du titre de psychologue	Mme Nadine Fialon	Mme Valérie Ritzenthaler
	Personnes qualifiées en matière juridique	Mme Christine Gugelmann	Mme Catherine Burger
	Représentants des usagers	M. Francis Louis Bouché	Mme Annie Nock

Après avoir analysé le protocole, le rapport BENEFICE/RISQUE du projet, les conditions d'information et de protection des participants, la présence des documents administratifs obligatoires et nécessaires à l'expertise, le Comité donne un

AVIS FAVORABLE

LISTE DES DOCUMENTS PRESENTES SUR LESQUELS L'AVIS DU COMITE EST RENDU :

Lettre de saisine du 8 mai 2019	Bordereau d'enregistrement du 8/5/2019
Résumé	Lettre d'information
Lettre d'invitation à participer	Attestation de compliance au décret 2018-434 du 4 juin 2018
Questionnaire	

Professeur Erik-André SAULEAU
Président du CPP Est IV



Annexe 5 : Engagement de conformité à une méthodologie de référence CNIL



Engagement de conformité à une méthodologie de référence CNIL pour un traitement mis en œuvre dans le cadre d'une thèse de médecine générale (document à communiquer obligatoirement au DPO avec le dossier à instruire)

1. Informations sur le déclarant

Responsable de traitement **Université Grenoble Alpes (UGA)**
Délégué à la protection des données (DPO) **DPO@univ-grenoble-alpes.fr**
Unité responsable de la mise en œuvre **UFR de médecine**
Département de médecine générale (DMG)
Pôle santé, domaine de la Merci, place du Commandant Nal, 38700 La Tronche
doyen.medecine@univ-grenoble-alpes.fr
Réfèrent métier au DMG **Dr Yoann Gaboreau**
yoann.gaboreau@univ-grenoble-alpes.fr

2. Information sur le traitement mis en œuvre pour la thèse

Finalité (titre court) : **Quelles sont les attentes des patients adultes lorsqu'ils consultent pour une infection virale en hiver ?**

Investigateur.trice principal.e (thésard.e) : **Pons Thibaud**

Le traitement entre-t-il dans le cadre d'une méthodologie de référence ? (1 choix)

MR-003 *Recherches impliquant la personne humaine dans le domaine de la santé ne nécessitant pas le recueil du consentement¹ de la personne concernée*

MR-004 *Recherches n'impliquant pas la personne humaine, études et évaluations dans le domaine de la santé*

Le traitement n'entre pas dans le cadre d'une méthodologie de référence

3. Transferts de données hors UE

NON

OUI (consulter [la liste des pays offrant un niveau de protection adéquat](#) et justifier auprès du DPO)

4. Engagement du responsable de mise en œuvre (directeur.trice de thèse)

Identité et qualité **Dr Jury Frédéric**

Contact mail **[Données à caractère personnel]**

Date **25 / 06 / 2019**

Signature

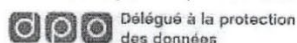
Dr Frédéric JURY
Médecine Générale

[Données à caractère personnel]

Avertissement

Les données personnelles dans ce formulaire sont nécessaires à la validité de ce document et sont susceptibles d'être communiquées au responsable du traitement – ou son représentant – et à la CNIL en cas de vérification. Conformément au Règlement général sur la protection des données (RGPD), vous pouvez exercer vos droits pour les données qui vous concernent auprès du Délégué à la protection des données de l'UGA DPO@univ-grenoble-alpes.fr

¹ Attention : l'information préalable reste obligatoire



Délégué à la protection
des données

avril 2019

Fiche d'information aux patients

Madame, Monsieur,

Dans le cadre de ma thèse en Médecine Générale, je cherche à interroger à la suite de leur consultation des patients âgés de 18 à 64 ans qui présentent une infection virale, en période hivernale.

Il s'agit d'un travail de recherche en médecine générale réalisée par une équipe de médecins généralistes comprenant le Directeur de thèse le Dr JURY Frédéric et le doctorant PONS Thibaud, ayant pour but l'élaboration d'une thèse d'exercice.

Cette lettre d'information vous détaille en quoi consiste cette étude.

Vous pouvez prendre le temps de lire cette fiche, comprendre les informations présentes et réfléchir à votre participation. Vous pourrez demander au responsable de l'étude de vous expliquer ce que vous n'avez pas compris, les coordonnées sont disponibles en fin de document.

Intitulé de l'étude : Quelles sont les attentes des patients adultes lorsqu'ils consultent pour une infection virale en hiver ?

But de l'étude : Connaitre les raisons qui incitent les patients adultes à consulter lorsqu'ils présentent une infection virale en période d'épidémie hivernale.

Etude sous la direction du Dr JURY Frédéric

Doctorant : PONS Thibaud

Critères d'inclusion et d'exclusion des participants :

Les critères d'inclusion sont tous les patients adultes âgés de 18 à 64 ans, présentant une infection virale hivernale : rhinopharyngite / otite moyenne aiguë virale / sinusite virale / angine virale / bronchite aiguë / laryngite / trachéite / grippe saisonnière / gastro-entérite aiguë.

Les critères d'exclusion sont la prescription d'antibiotique à l'issue de la consultation, les patients âgés de 65 ans et plus, les mineurs et les majeurs protégés.

Engagement du participant :

Il s'engage à participer à la suite de la consultation avec son médecin à un rapide questionnaire disponible sur le site internet these-hiver.fr, concernant principalement les symptômes et les attentes potentielles de la consultation. Ce questionnaire est disponible sur un site internet sécurisé.

L'ensemble des informations est recueilli de façon anonyme et confidentielle

Les données seront saisies dans un tableur sans identification possible.

Le participant déclare sur l'honneur être majeur et ne pas faire l'objet de mesure de protection.

Engagement de l'investigateur principal :

En tant qu'investigateur principal, il s'engage à mener cette étude selon les dispositions éthiques et déontologiques, à protéger l'intégrité physique, psychologique et sociale des personnes tout au long de l'étude et à assurer de la confidentialité des informations recueillies.

Bénéfices et risques pour le participant :

Les bénéfices attendus sont d'améliorer la prise en charge des patients et l'accès aux soins primaires par une meilleure compréhension des attentes des patients consultant pour une virose en période hivernale, afin de proposer des campagnes

d'information à destination des médecins et des patients, ainsi que de proposer des moyens permettant de faciliter la prise en charge de ces attentes.

L'étude ne présente aucun risque pour le participant, elle ne modifie pas et n'influence pas sa prise en charge et les décisions du médecin consulté. Aucun jugement ne sera apporté, quelles que soient les réponses du participant, celles-ci sont recueillies uniquement dans un but informatif.

Liberté du participant :

La participation à cette étude n'est pas obligatoire et la décision n'entraînera aucune conséquence sur la prise en charge.

Il est libre de s'opposer à sa participation totale ou partielle, il peut refuser de répondre à certaines questions.

Si le participant accepte de répondre au questionnaire, cela signifie qu'il ne s'oppose pas à sa participation à l'étude.

Il peut s'il le désire rectifier des informations à posteriori ou alors retirer sa participation en contactant le responsable de l'étude.

Information du participant :

Le participant a la possibilité d'obtenir des informations supplémentaires concernant cette étude auprès de l'investigateur principal.

Frais :

La collaboration du participant à cette étude n'entraînera pas de participation financière de sa part. Conformément à la loi, tous les frais liés à l'étude seront pris en charge par le promoteur de l'étude.

Confidentialité des informations :

Toutes les informations concernant les participants seront recueillies de façon anonyme et confidentielle. Seul l'investigateur de l'étude a accès à ces données.

La publication des résultats de l'étude ne comportera aucun résultat individuel nominatif.

Le numéro d'identification est attribué de façon aléatoire à chaque participant. Il est essentiel pour valider le questionnaire mais ne permet pas de retrouver l'identité personnelle. Ce numéro est comparé à une base de données pour éviter les doublons. Seul le participant connaît son numéro d'identification.

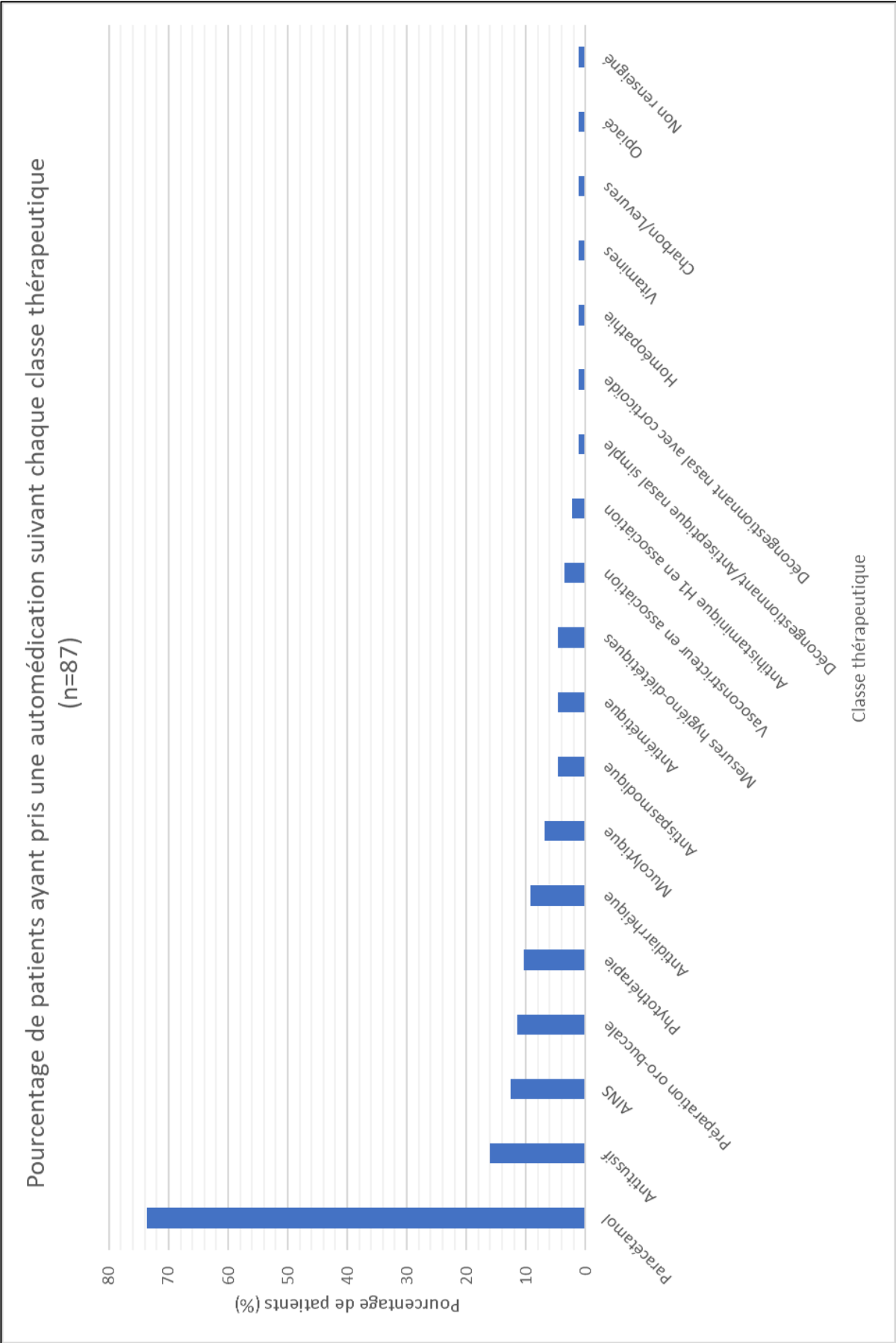
Législation :

Conformément aux articles L1121-1 et suivants du Code de la Santé Publique, le Comité de Protection des Personnes Est IV a étudié ce projet de recherche et a émis un avis favorable à sa réalisation le 11/06/2019.

Le Délégué à la Protection des Données (DPO) de l'Université Grenoble Alpes a été consulté sur la conformité du traitement de vos données personnelles selon les dispositions du Règlement Général sur la Protection des Données (RGPD) et de la loi « informatique et libertés ».

Les données enregistrées à l'occasion de cette étude feront l'objet d'un traitement informatisé par l'investigateur principal. S'agissant de données indirectement identifiantes, vous bénéficiez à tout moment, du droit d'accès et de rectification des données vous concernant auprès du responsable de l'étude, le Dr JURY Frédéric, adresse mail : contact@these-hiver.fr.

Annexe 7 : Figure complète du pourcentage de patients ayant pris une automédication suivant chaque classe thérapeutique et détail des traitements



Détail des traitements pris en automédication :

- Les AINS étaient essentiellement représentés par l'ibuprofène. L'acide acétylsalicylique était aussi présent de façon moindre.
- L'antitussif principal était l'oxomémazine. Plus minoritairement étaient pris le dextrométhorphan, l'hélicidine, l'association codéine/gaïacol et l'association codéine/erysimum.
- Les mucolytiques pris étaient l'acétylcystéine et la carbocistéine.
- Les préparations oro-buccales comprennent les préparations sous forme de collutoire, pastille ou comprimé à visée antibactérienne, antiseptique, anesthésique et/ou antalgique.
- La catégorie « Décongestionnant/Antiseptique nasal simple » comprend l'usage de solutions pour pulvérisation nasale à base d'eau de mer.
- Les vasoconstricteurs peuvent être pris par voie nasale ou générale.
- Le seul antispasmodique présent était le phloroglucinol.
- Les antidiarrhéiques pris étaient principalement le diosmectite, parfois le loperamide.
- Les antiémétiques étaient uniquement constitués de la métopimazine, surtout dans sa forme non listée.
- Les mesures hygiéno-diététiques incluent l'utilisation de sérum physiologique pour le lavage nasal.

Annexe 8 : Détail des attentes des patients par diagnostic

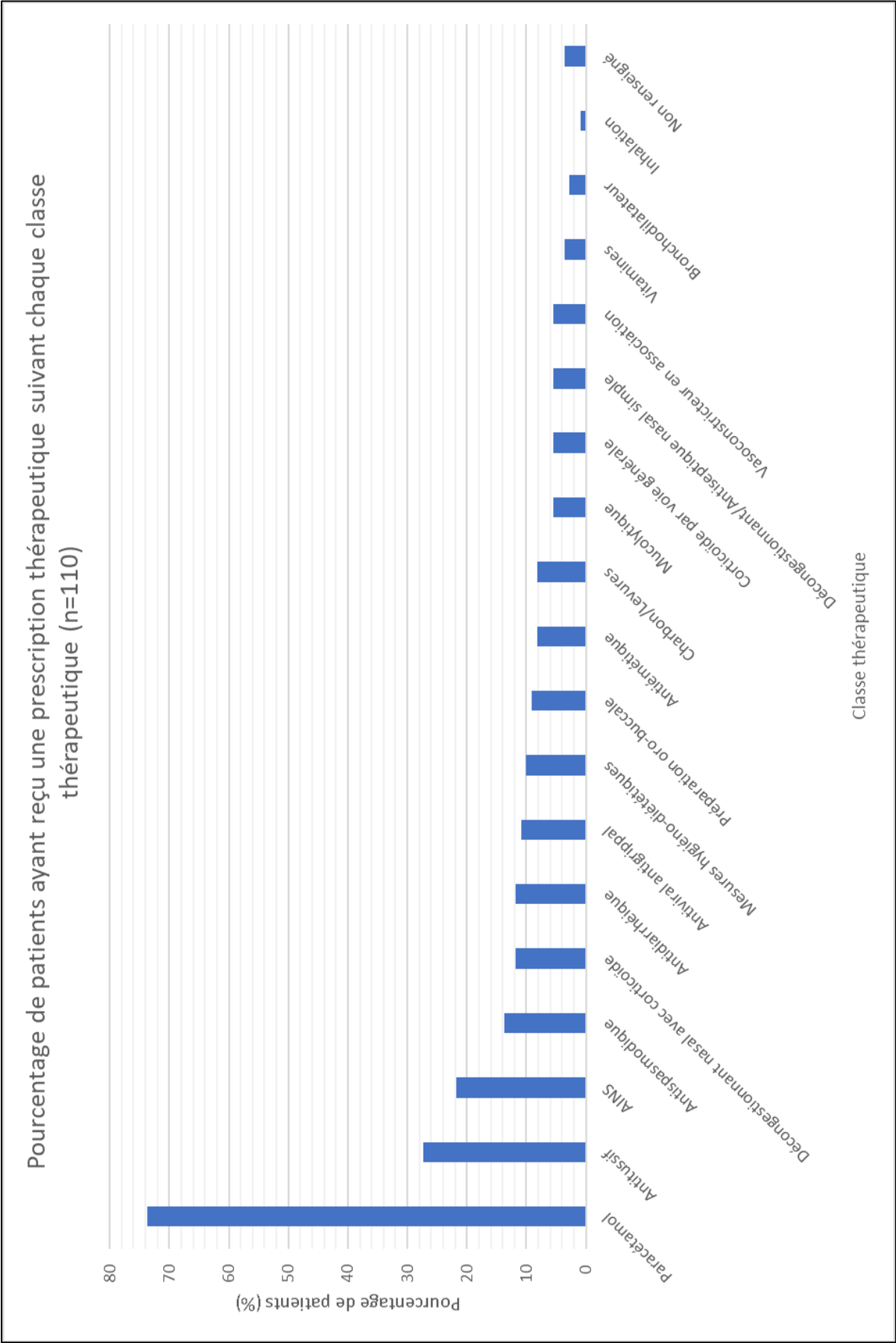
Attente dans le cadre d'une IVAS		Effectif (n=46)	Fréquence (%)
Être rassuré sur une potentielle maladie grave	Oui	3	6,5
	Non	43	93,5
Avoir un traitement pour éviter l'aggravation	Oui	38	82,6
	Non	8	17,4
Avoir un traitement pour accélérer la guérison	Oui	35	76,1
	Non	11	23,9
Avoir un traitement pour ne plus être contagieux	Oui	17	37,0
	Non	29	63,0
Avoir un traitement pour soulager les symptômes	Oui	42	91,3
	Non	4	8,7
Avoir un examen complémentaire	Oui	1	2,2
	Non	45	97,8
Avoir un antibiotique	Oui	15	32,6
	Non	31	67,4
Avoir un arrêt de travail ou équivalent	Oui	16	34,8
	Non	30	65,2

Attente dans le cadre d'une bronchite aiguë		Effectif (n=9)	Fréquence (%)
Être rassuré sur une potentielle maladie grave	Oui	0	0,0
	Non	9	100,0
Avoir un traitement pour éviter l'aggravation	Oui	9	100,0
	Non	0	0,0
Avoir un traitement pour accélérer la guérison	Oui	5	55,6
	Non	4	44,4
Avoir un traitement pour ne plus être contagieux	Oui	5	55,6
	Non	4	44,4
Avoir un traitement pour soulager les symptômes	Oui	9	100,0
	Non	0	0,0
Avoir un examen complémentaire	Oui	0	0,0
	Non	9	100,0
Avoir un antibiotique	Oui	2	22,2
	Non	7	77,8
Avoir un arrêt de travail ou équivalent	Oui	6	66,7
	Non	3	33,3

Attente dans le cadre d'un syndrome grippal		Effectif (n=44)	Fréquence (%)
Être rassuré sur une potentielle maladie grave	Oui	4	9,1
	Non	40	90,9
Avoir un traitement pour éviter l'aggravation	Oui	38	86,4
	Non	6	13,6
Avoir un traitement pour accélérer la guérison	Oui	31	70,5
	Non	13	29,5
Avoir un traitement pour ne plus être contagieux	Oui	16	36,4
	Non	28	63,6
Avoir un traitement pour soulager les symptômes	Oui	43	97,7
	Non	1	2,3
Avoir un examen complémentaire	Oui	5	11,4
	Non	39	88,6
Avoir un antibiotique	Oui	16	36,4
	Non	28	63,6
Avoir un arrêt de travail ou équivalent	Oui	36	81,8
	Non	8	18,2

Attente dans le cadre d'une GEA		Effectif (n=27)	Fréquence (%)
Être rassuré sur une potentielle maladie grave	Oui	0	0,0
	Non	27	100,0
Avoir un traitement pour éviter l'aggravation	Oui	18	66,7
	Non	9	33,3
Avoir un traitement pour accélérer la guérison	Oui	17	63,0
	Non	10	37,0
Avoir un traitement pour ne plus être contagieux	Oui	7	25,9
	Non	20	74,1
Avoir un traitement pour soulager les symptômes	Oui	24	88,9
	Non	3	11,1
Avoir un examen complémentaire	Oui	0	0,0
	Non	27	100,0
Avoir un antibiotique	Oui	2	7,4
	Non	25	92,6
Avoir un arrêt de travail ou équivalent	Oui	27	100,0
	Non	0	0,0

Annexe 9 : Figure complète du pourcentage de patients ayant reçu une prescription thérapeutique suivant chaque classe thérapeutique et détail des traitements



Détail des traitements prescrits en consultation :

- Les AINS étaient essentiellement représentés par l'ibuprofène. L'acide tiaprofénique était aussi prescrit de façon moindre.
- L'antitussif principal était le dextrométhorphan. Étaient aussi présents la pholcodine, la codéine camsilate, l'hélicidine, l'oxomémazine.
- Les mucolytiques prescrits étaient l'acétylcystéine et la carbocistéine.
- Les préparations oro-buccales comprennent les préparations sous forme de collutoire, pastille ou comprimé à visée antibactérienne, antiseptique, anesthésique et/ou antalgique.
- Le principal décongestionnant nasal avec corticoïde était le tixocortol pivalate. Ont aussi été prescrites la fluticasone et la mométasone.
- La catégorie « Décongestionnant/Antiseptique nasal simple » comprend l'usage de solutions pour pulvérisation nasale à base d'eau de mer ou d'antiseptique type ritioméтан magnésium.
- Les vasoconstricteurs peuvent être pris par voie nasale ou générale.
- Le seul antispasmodique prescrit était le phloroglucinol.
- Les antidiarrhéiques étaient quasi-exclusivement le racécadotril, parfois le lopéramide ou la diosmectite.
- Les antiémétiques étaient uniquement constitués de la métopimazine, dans sa forme listée.
- L'antiviral antigrippal prescrit était uniquement l'oseltamivir.
- Les mesures hygiéno-diététiques incluent l'utilisation de sérum physiologique et le lavage nasal à l'aide d'une corne.