



HAL
open science

Prise en charge des pathologies bénignes : les attentes des citoyens

Mohammed El Amine Bouras

► **To cite this version:**

Mohammed El Amine Bouras. Prise en charge des pathologies bénignes : les attentes des citoyens. Sciences du Vivant [q-bio]. 2013. hal-01734323

HAL Id: hal-01734323

<https://hal.univ-lorraine.fr/hal-01734323>

Submitted on 14 Mar 2018

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 et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact : ddoc-thesesexercice-contact@univ-lorraine.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>

**UNIVERSITE DE LORRAINE
2013**

**FACULTE DE MEDECINE
DE NANCY
N°**

THÈSE
Pour obtenir le grade de
DOCTEUR EN MÉDECINE
Présentée et soutenue publiquement
Dans le cadre du troisième cycle de médecine générale
Par
BOURAS Mohammed El Amine
Le 13 Décembre 2013

**Prise en charge des pathologies bénignes : les
attentes des citoyens**

Article soumis à un journal scientifique

Examineurs de la thèse :

Monsieur le Professeur J-M. BOIVIN	Président du Jury
Monsieur le Professeur P. ROSSIGNOL	Juge
Madame le Docteur E. STEYER	Juge
Monsieur le Professeur P. DI PATRIZIO	Juge et directeur

Université de Lorraine
Faculté de Médecine de Nancy
Président de l'Université de Lorraine:
Professeur Pierre MUTZENHARDT

Doyen de la faculté de Médecine:
Professeur Henry COUDANE

Vice-Doyen « Pédagogie » : **Mme la Professeure Karine ANGIOI**
Vice-Doyen Mission « Sillon lorrain » : **Mme la Professeure AnnickBARBAUD**
Vice-Doyen Mission « finances » : **Professeur Marc BRAUN**

Asseseurs

- 1 ^{er} Cycle :	Professeur Bruno CHENUÉL
- 2 ^{ème} Cycle :	Professeur Marc DEBOUVERIE
- 3 ^{ème} Cycle :	
• « <i>DES Spécialités Médicales, Chirurgicales et Biologiques</i> »	Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI
• « <i>DES Spécialité Médecine Générale</i> »	Professeur Paolo DI PATRIZIO
- Commission de Prospective Universitaire :	Professeur Pierre-Edouard BOLLAERT
- Développement Professionnel Continu :	Professeur Jean-Dominique DE KORWIN
- Filières professionnalisées :	M. Walter BLONDEL
- Formation Continue :	Professeur Hervé VESPIGNANI
- Recherche :	Professeur Didier MAINARD
- Relations Internationales :	Professeur Jacques HUBERT
- Universitarisation des études paramédicales et gestion des mono-appartenants :	M. Christophe NEMOS
- Vie Étudiante :	Docteur Stéphane ZUILY
- Vie Facultaire :	Mme la Docteure Frédérique CLAUDOT
- Étudiants :	M. Xavier LEMARIE

DOYENS HONORAIRES

Professeur Adrien DUPREZ - Professeur Jean-Bernard DUREUX - Professeur Jacques ROLAND - Professeur Patrick NETTER

=====

PROFESSEURS HONORAIRES

Jean-Marie ANDRE - Daniel ANTHOINE - Alain AUBREGE - Gérard BARROCHE - Alain BERTRAND - Pierre BEY

Marc-André BIGARD - Patrick BOISSEL - Pierre BORDIGONI - Jacques BORRELLY - Michel BOULANGE

Jean-Louis BOUTROY - Jean-Claude BURDIN - Claude BURLET - Daniel BURNEL - Claude CHARDOT - François CHERRIER Jean-Pierre CRANCE - Gérard DEBRY - Jean-Pierre DELAGOUTTE - Emile de LAVERGNE - Jean-Pierre DESCHAMPS

Jean DUHEILLE - Adrien DUPREZ - Jean-Bernard DUREUX - Gérard FIEVE - Jean FLOQUET - Robert FRISCH

Alain GAUCHER - Pierre GAUCHER - Hubert GERARD - Jean-Marie GILGENKRANTZ - Simone GILGENKRANTZ

Oliéro GUERCI - Pierre HARTEMANN - Claude HURIET - Christian JANOT - Michèle KESSLER - Jacques LACOSTE

Henri LAMBERT - Pierre LANDES - Marie-Claire LAXENAIRE - Michel LAXENAIRE - Jacques LECLERE - Pierre LEDERLIN Bernard LEGRAS - Jean-Pierre MALLIÉ - Michel MANCIAUX - Philippe MANGIN - Pierre MATHIEU - Michel MERLE

Denise MONERET-VAUTRIN - Pierre MONIN - Pierre NABET - Jean-Pierre NICOLAS - Pierre PAYSANT - Francis PENIN Gilbert PERCEBOIS - Claude PERRIN - Guy PETIET - Luc PICARD - Michel PIERSON - Jean-Marie POLU - Jacques POURTEL Jean PREVOT - Francis RAPHAEL - Antoine RASPILLER - Denis REGENT - Michel RENARD - Jacques ROLAND

René-Jean ROYER - Daniel SCHMITT - Michel SCHMITT - Michel SCHWEITZER - Claude SIMON - Danièle SOMMELET

Jean-François STOLTZ - Michel STRICKER - Gilbert THIBAUT- Augusta TREHEUX - Hubert UFFHOLTZ - Gérard VAILLANT Paul VERT - Colette VIDAILHET - Michel VIDAILHET - Michel WAYOFF - Michel WEBER

=====

PROFESSEURS ÉMÉRITES

Professeur Daniel ANTHOINE - Professeur Gérard BARROCHE Professeur Pierre BEY - Professeur Patrick BOISSEL

Professeur Michel BOULANGE - Professeur Jean-Louis BOUTROY - Professeur Jean-Pierre CRANCE

Professeur Jean-Pierre DELAGOUTTE - Professeur Jean-Marie GILGENKRANTZ - Professeure Simone GILGENKRANTZ Professeure Michèle KESSLER - Professeur Pierre MONIN - Professeur Jean-Pierre NICOLAS - Professeur Luc PICARD Professeur Michel PIERSON - Professeur Michel SCHMITT - Professeur Jean-François STOLTZ - Professeur Michel STRICKER Professeur Hubert UFFHOLTZ - Professeur Paul VERT - Professeure Colette VIDAILHET - Professeur Michel VIDAILHET Professeur Michel WAYOFF

=====

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

(Disciplines du Conseil National des Universités)

42^{ème} Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1^{ère} sous-section : (Anatomie)

Professeur Gilles GROSDIDIER - Professeur Marc BRAUN

2^{ème} sous-section : (Cytologie et histologie)

Professeur Bernard FOLIGUET - Professeur Christo CHRISTOV

3^{ème} sous-section : (Anatomie et cytologie pathologiques)

Professeur François PLENAT - Professeur Jean-Michel VIGNAUD

43^{ème} Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDECINE

1^{ère} sous-section : (Biophysique et médecine nucléaire)

Professeur Gilles KARCHER - Professeur Pierre-Yves MARIE - Professeur Pierre OLIVIER

2^{ème} sous-section : (Radiologie et imagerie médecine)

Professeur Michel CLAUDON - Professeure Valérie CROISÉ-LAURENT

Professeur Serge BRACARD - Professeur Alain BLUM - Professeur Jacques FELBLINGER - Professeur René ANXIONNAT

44^{ème} Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

1^{ère} sous-section : (Biochimie et biologie moléculaire)

Professeur Jean-Louis GUÉANT - Professeur Jean-Luc OLIVIER - Professeur Bernard NAMOUR

2^{ème} sous-section : (Physiologie)

Professeur François MARCHAL - Professeur Bruno CHENUÉL - Professeur Christian BEYAERT

3^{ème} sous-section : (Biologie Cellulaire)

Professeur Ali DALLLOUL

4^{ème} sous-section : (Nutrition)

Professeur Olivier ZIEGLER - Professeur Didier QUILLIOT - Professeure Rosa-Maria RODRIGUEZ-GUEANT

45^{ème} Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

1^{ère} sous-section : (Bactériologie - virologie ; hygiène hospitalière)

Professeur Alain LE FAOU - Professeur Alain LOZNIIEWSKI - Professeure Evelyne SCHVOERER

2^{ème} sous-section : (Parasitologie et Mycologie)

Professeure Marie MACHOUART

3^{ème} sous-section : (Maladies infectieuses ; maladies tropicales)

Professeur Thierry MAY - Professeur Christian RABAUD

46^{ème} Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

1^{ère} sous-section : (Épidémiologie, économie de la santé et prévention)

Professeur Philippe HARTEMANN - Professeur Serge BRIANÇON - Professeur Francis GUILLEMIN

Professeur Denis ZMIROU-NAVIER - Professeur François ALLA

2^{ème} sous-section : (Médecine et santé au travail)

Professeur Christophe PARIS

3^{ème} sous-section : (Médecine légale et droit de la santé)

Professeur Henry COUDANE

4^{ème} sous-section : (Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication)

Professeur François KOHLER - Professeure Eliane ALBUISSON

47^{ème} Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

1^{ère} sous-section : (Hématologie ; transfusion)

Professeur Pierre FEUGIER

2^{ème} sous-section : (Cancérologie ; radiothérapie)

Professeur François GUILLEMIN - Professeur Thierry CONROY - Professeur Didier PEIFFERT

Professeur Frédéric MARCHAL

3^{ème} sous-section : (Immunologie)

Professeur Gilbert FAURE - Professeur Marcelo DE CARVALHO-BITTENCOURT

4^{ème} sous-section : (Génétique)

Professeur Philippe JONVEAUX - Professeur Bruno LEHEUP

**48^{ème} Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE,
PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE**

1^{ère} sous-section : (Anesthésiologie - réanimation ; médecine d'urgence)

Professeur Claude MEISTELMAN - Professeur Hervé BOUAZIZ - Professeur Gérard AUDIBERT

Professeur Thomas FUCHS-BUDER - Professeure Marie-Reine LOSSER

2^{ème} sous-section : (Réanimation ; médecine d'urgence)

Professeur Alain GERARD - Professeur Pierre-Édouard BOLLAERT - Professeur Bruno LÉVY - Professeur Sébastien GIBOT

3^{ème} sous-section : (Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie)

Professeur Patrick NETTER - Professeur Pierre GILLET

4^{ème} sous-section : (Thérapeutique ; médecine d'urgence ; addictologie)

Professeur François PAILLE - Professeur Faiez ZANNAD - Professeur Patrick ROSSIGNOL

**49^{ème} Section : PATHOLOGIE NERVEUSE ET MUSCULAIRE, PATHOLOGIE MENTALE,
HANDICAP ET RÉÉDUCATION**

1^{ère} sous-section : (Neurologie)

Professeur Hervé VESPIGNANI - Professeur Xavier DUCROCQ - Professeur Marc DEBOUVERIE

Professeur Luc TAILLANDIER - Professeur Louis MAILLARD

2^{ème} sous-section : (Neurochirurgie)

Professeur Jean-Claude MARCHAL - Professeur Jean AUQUE - Professeur Olivier KLEIN

Professeur Thierry CIVIT - Professeure Sophie COLNAT-COULBOIS

3^{ème} sous-section : (Psychiatrie d'adultes ; addictologie)

Professeur Jean-Pierre KAHN - Professeur Raymund SCHWAN

4^{ème} sous-section : (Pédopsychiatrie ; addictologie)

Professeur Daniel SIBERTIN-BLANC - Professeur Bernard KABUTH

5^{ème} sous-section : (Médecine physique et de réadaptation)

Professeur Jean PAYSANT

**50^{ème} Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE ET CHIRURGIE
PLASTIQUE**

1^{ère} sous-section : (Rhumatologie)

Professeure Isabelle CHARY-VALCKENAERE - Professeur Damien LOEUILLE

2^{ème} sous-section : (Chirurgie orthopédique et traumatologique)

Professeur Daniel MOLE - Professeur Didier MAINARD - Professeur François SIRVEAUX - Professeur Laurent GALOIS

3^{ème} sous-section : (Dermato-vénérologie)

Professeur Jean-Luc SCHMUTZ - Professeure Annick BARBAUD

4^{ème} sous-section : (Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie)

Professeur François DAP - Professeur Gilles DAUTEL - Professeur Etienne SIMON

51^{ème} Section : PATHOLOGIE CARDIO-RESPIRATOIRE ET VASCULAIRE

1^{ère} sous-section : (Pneumologie ; addictologie)

Professeur Yves MARTINET - Professeur Jean-François CHABOT - Professeur Ari CHAOUAT

2^{ème} sous-section : (Cardiologie)

Professeur Etienne ALIOT - Professeur Yves JUILLIERE

Professeur Nicolas SADOUL - Professeur Christian de CHILLOU DE CHURET

3^{ème} sous-section : (Chirurgie thoracique et cardiovasculaire)

Professeur Jean-Pierre VILLEMOT - Professeur Thierry FOLLIGUET

4^{ème} sous-section : (Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire)

Professeur Denis WAHL - Professeur Sergueï MALIKOV

52^{ème} Section : MALADIES DES APPAREILS DIGESTIF ET URINAIRE

1^{ère} sous-section : (Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie)

Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI - Professeur Laurent PEYRIN-BIROULET

3^{ème} sous-section : (Néphrologie)

Professeure Dominique HESTIN - Professeur Luc FRIMAT

4^{ème} sous-section : (Urologie)

Professeur Jacques HUBERT - Professeur Pascal ESCHWEGE

53^{ème} Section : MÉDECINE INTERNE, GÉRIATRIE ET CHIRURGIE GÉNÉRALE

1^{ère} sous-section : (Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; médecine générale ; addictologie)

Professeur Jean-Dominique DE KORWIN - Professeur Pierre KAMINSKY - Professeur Athanase BENETOS

Professeure Gisèle KANNY - Professeure Christine PERRET-GUILLAUME

2^{ème} sous-section : (Chirurgie générale)

Professeur Laurent BRESLER - Professeur Laurent BRUNAUD - Professeur Ahmet AYAV

54^{ème} Section : DÉVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE, ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION

1^{ère} sous-section : (Pédiatrie)

Professeur Jean-Michel HASCOET - Professeur Pascal CHASTAGNER - Professeur François FEILLET

Professeur Cyril SCHWEITZER - Professeur Emmanuel RAFFO - Professeure Rachel VIEUX

2^{ème} sous-section : (Chirurgie infantile)

Professeur Pierre JOURNEAU - Professeur Jean-Louis LEMELLE

3^{ème} sous-section : (Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale)

Professeur Philippe JUDLIN - Professeur Olivier MOREL

4^{ème} sous-section : (Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale)

Professeur Georges WERYHA - Professeur Marc KLEIN - Professeur Bruno GUERCI

55^{ème} Section : PATHOLOGIE DE LA TÊTE ET DU COU

1^{ère} sous-section : (Oto-rhino-laryngologie)

Professeur Roger JANKOWSKI - Professeure Cécile PARIETTI-WINKLER

2^{ème} sous-section : (Ophtalmologie)

Professeur Jean-Luc GEORGE - Professeur Jean-Paul BERROD - Professeure Karine ANGIOI

3^{ème} sous-section : (Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie)

Professeur Jean-François CHASSAGNE - Professeure Muriel BRIX

=====

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

61^{ème} Section : GÉNIE INFORMATIQUE, AUTOMATIQUE ET TRAITEMENT DU SIGNAL

Professeur Walter BLONDEL

64^{ème} Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

Professeure Sandrine BOSCHI-MULLER

=====

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE

Professeur Jean-Marc BOIVIN

PROFESSEUR ASSOCIÉ DE MÉDECINE GÉNÉRALE

Professeur associé Paolo DI PATRIZIO

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

42^{ème} Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1^{ère} sous-section : (*Anatomie*)

Docteur Bruno GRIGNON - Docteure Manuela PEREZ

2^{ème} sous-section : (*Cytologie et histologie*)

Docteur Edouard BARRAT - Docteure Françoise TOUATI - Docteure Chantal KOHLER

3^{ème} sous-section : (*Anatomie et cytologie pathologiques*)

Docteure Aude MARCHAL - Docteur Guillaume GAUCHOTTE

43^{ème} Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDECINE

1^{ère} sous-section : (*Biophysique et médecine nucléaire*)

Docteur Jean-Claude MAYER - Docteur Jean-Marie ESCANYE

2^{ème} sous-section : (*Radiologie et imagerie médecine*)

Docteur Damien MANDRY

44^{ème} Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

1^{ère} sous-section : (*Biochimie et biologie moléculaire*)

Docteure Sophie FREMONT - Docteure Isabelle GASTIN - Docteur Marc MERTEN

Docteure Catherine MALAPLATE-ARMAND - Docteure Shyue-fang BATTAGLIA

2^{ème} sous-section : (*Physiologie*)

Docteur Mathias POUSSSEL - Docteure Silvia VARECHOVA

3^{ème} sous-section : (*Biologie Cellulaire*)

Docteure Véronique DECOT-MAILLERET

45^{ème} Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

1^{ère} sous-section : (*Bactériologie - Virologie ; hygiène hospitalière*)

Docteure Véronique VENARD - Docteure Hélène JEULIN - Docteure Corentine ALAUZET

3^{ème} sous-section : (*Maladies Infectieuses ; Maladies Tropicales*)

Docteure Sandrine HENARD

46^{ème} Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

1^{ère} sous-section : (*Epidémiologie, économie de la santé et prévention*)

Docteur Alexis HAUTEMANIÈRE - Docteure Frédérique CLAUDOT - Docteur Cédric BAUMANN

2^{ème} sous-section (*Médecine et Santé au Travail*)

Docteure Isabelle THAON

3^{ème} sous-section (*Médecine légale et droit de la santé*)

Docteur Laurent MARTRILLE

4^{ème} sous-section : (*Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication*)

Docteur Nicolas JAY

47^{ème} Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

2^{ème} sous-section : (*Cancérologie ; radiothérapie ; cancérologie (type mixte : biologique)*)

Docteure Lina BOLOTINE

4^{ème} sous-section : (*Génétique*)

Docteur Christophe PHILIPPE - Docteure Céline BONNET

48^{ème} Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE, PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE

3^{ème} sous-section : (*Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique*)

Docteure Françoise LAPICQUE - Docteur Nicolas GAMBIER - Docteur Julien SCALA-BERTOLA

50^{ème} Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE ET CHIRURGIE PLASTIQUE

1^{ère} sous-section : (*Rhumatologie*)

Docteure Anne-Christine RAT

3^{ème} sous-section : (*Dermato-vénérologie*)

Docteure Anne-Claire BURSZTEJN

4^{ème} sous-section : (*Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie*)

Docteure Laetitia GOFFINET-PLEUTRET

51^{ème} Section : PATHOLOGIE CARDIO-RESPIRATOIRE ET VASCULAIRE

3^{ème} sous-section : (*Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire*)

Docteur Fabrice VANHUYSSE

4^{ème} sous-section : (*Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire*)

Docteur Stéphane ZUILY

53^{ème} Section : MÉDECINE INTERNE, GÉRIATRIE et CHIRURGIE GÉNÉRALE

1^{ère} sous-section : (*Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; médecine générale ; addictologie*)

Docteure Laure JOLY

54^{ème} Section : DÉVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE,

ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION

5^{ème} sous-section : (*Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale*)

Docteur Jean-Louis CORDONNIER

=====

MAÎTRE DE CONFÉRENCE DES UNIVERSITÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE

Docteure Elisabeth STEYER

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES

5^{ème} Section : SCIENCES ÉCONOMIQUES

Monsieur Vincent LHUILLIER

19^{ème} Section : SOCIOLOGIE, DÉMOGRAPHIE

Madame Joëlle KIVITS

60^{ème} Section : MÉCANIQUE, GÉNIE MÉCANIQUE, GÉNIE CIVIL

Monsieur Alain DURAND

61^{ème} Section : GÉNIE INFORMATIQUE, AUTOMATIQUE ET TRAITEMENT DU SIGNAL

Monsieur Jean REBSTOCK

64^{ème} Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

Madame Marie-Claire LANHERS - Monsieur Pascal REBOUL - Monsieur Nick RAMALANJAONA

65^{ème} Section : BIOLOGIE CELLULAIRE

Monsieur Jean-Louis GELLY - Madame Ketsia HESS - Monsieur Hervé MEMBRE

Monsieur Christophe NEMOS - Madame Natalia DE ISLA - Madame Nathalie MERCIER - Madame Céline HUSELSTEIN

66^{ème} Section : PHYSIOLOGIE

Monsieur Nguyen TRAN

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS
Médecine Générale

Docteure Sophie SIEGRIST - Docteur Arnaud MASSON - Docteur Pascal BOUCHE

=====

DOCTEURS HONORIS CAUSA

Professeur Charles A. BERRY (1982)

Centre de Médecine Préventive, Houston (U.S.A)

Professeur Pierre-Marie GALETTI (1982)

Brown University, Providence (U.S.A)

Professeure Mildred T. STAHLMAN (1982)

Vanderbilt University, Nashville (U.S.A)

Professeur Théodore H. SCHIEBLER (1989)

Institut d'Anatomie de Würzburg (R.F.A)

Université de Pennsylvanie (U.S.A)

Professeur Mashaki KASHIWARA (1996)

*Research Institute for Mathematical Sciences de
Kyoto (JAPON)*

Professeure Maria DELIVORIA-PAPADOPOULOS
(1996)

Professeur Ralph GRÄSBECK (1996)

Université d'Helsinki (FINLANDE)

Professeur James STEICHEN (1997)

Université d'Indianapolis (U.S.A)

Professeur Duong Quang TRUNG (1997)

Université d'Hô Chi Minh-Ville (VIËTNAM)

Professeur Daniel G. BICHET (2001)

Université de Montréal (Canada)

Professeur Marc LEVENSTON (2005)

Institute of Technology, Atlanta (USA)

Professeur Brian BURCHELL (2007)

Université de Dundee (Royaume-Uni)

Professeur Yunfeng ZHOU (2009)

Université de Wuhan (CHINE)

Professeur David ALPERS (2011)

Université de Washington (U.S.A)

Professeur Martin EXNER (2012)

Université de Bonn (ALLEMAGNE)

*A Monsieur le Professeur Jean Marc BOIVIN,
Médecin généraliste.
Professeur de universités de Médecine générale.*

*Vous m'avez fait l'honneur d'accepter de présider ce jury.
Ce travail a pu voir le jour grâce à la confiance que vous lui avez
accordée dès le début
et je vous en suis particulièrement reconnaissant.
Je vous remercie de votre disponibilité à tout moment.*

Pour votre bienveillance, soyez assuré de ma sincère gratitude.

*A Monsieur le Professeur Patrick ROSSIGNOL,
Professeur de Thérapeutique.
CIC-P Nancy.*

Vous m'avez fait l'honneur d'accepter d'être membre de ce jury.

*Veillez accepter mes remerciements et soyez assuré de ma profonde
reconnaissance.*

*A Madame le Docteur Elisabeth STEYER,
Médecin Généraliste.
Maitre de conférence des université de Médecine générale.*

*Vous m'avez fait l'honneur d'accepter d'être membre de ce jury.
Veuillez accepter mes sincères remerciements et soyez assurée de ma
gratitude.*

*A Monsieur le Professeur Paolo DI PATRIZIO,
Médecin Généraliste.
Professeur associé de Médecine Générale.*

*Vous m'avez fait l'honneur d'accepter d'être membre de ce jury et
directeur de cette thèse.
Je vous remercie de l'enthousiasme avec lequel vous avez dirigé ce
travail et de la confiance que vous m'avez
témoignée, en me faisant partager votre expérience et votre rigueur.*

*Veillez accepter mes remerciements et soyez assurée de toute ma
sympathie.*

A la mémoire du Docteur Jean Luc JACQUES, qui m'a transmis son enthousiasme pour la Médecine rurale. Mars La Tour n'a pas seulement perdu un médecin passionné mais également un grand humaniste.

J'espère être à la hauteur de la confiance que vous m'aviez toujours témoignée pendant mes remplacements.

*A Françoise et Clémence pour votre soutien dans ma tenue de cabinet malgré le chagrin.
Avec ma grande sympathie.*

*Au Docteur Bruno Boyer, Président du conseil de l'ordre des Médecins de Meurthe et Moselle et à tous les médecins ordinaires pour leur aide et leur agrément quant au projet de tenue de patientèle.
Avec mon grand respect.*

*Aux Docteurs Yves DEBLAIS, Jean Claude TOPORSKI, Olivier VIVIEN, Dominique RICHTER et tous les médecins du Jarnisy pour leur aide dans mes démarches de tenue de patientèle.
Le terme « confrère » n'a jamais été aussi vrai à mes yeux.
Avec ma grande reconnaissance.*

*A mes parents, Sans vous, je n'aurais pu réaliser ces études,
je vous dois beaucoup.
Vous m'avez, malgré les grandes distances qui nous séparent, toujours
soutenu et encouragé au cours de ces années.
Vous m'avez appris la rigueur, la ténacité, le goût du travail.
La fierté dans vos yeux est le plus beau des cadeaux.*

*A mon frère Amel Eddine, qui a toujours été à mes cotés durant
toutes mes années d'études, merci pour ta patience à toute épreuve.
Avec toute mon affection.*

*A mes frères Souhil, Sabri, Skander, et à mes belles sœurs.
Merci pour votre soutien et vos encouragements.*

*A ma grand-mère, qui du haut de ses 96 ans m'a toujours exhorté à
donner le meilleur de moi même.
Avec toute mon affection.*

*A mes oncles et tantes, mes cousins et cousines ainsi que mes neveux
et nièces. Avec toute ma tendresse.*

A tous mes amis, Pour votre présence et votre écoute.

*A tous le personnel médical et paramédical que j'ai pu côtoyer
durant mes stages,
merci pour votre confiance et pour le partage vos connaissances et
expériences
mais aussi tous les moments de bonne humeur qu'on a pu passer
ensemble.*

A tous, merci

SERMENT

"Au moment d'être admis à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité. Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux. Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité. J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences. Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire. Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me sont confiés. Reçu à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs. Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément. Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés. J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité. Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré et méprisé si j'y manque".

TABLE DES MATIERES

Article soumis à une revue scientifique.....	21
I. Introduction.....	22
II. Matériel et Méthodes.....	23
III. Résultats.....	26
IV. Discussion.....	37
V. Conclusion.....	44
Références bibliographiques.....	46
Liste des abréviations.....	56

ARTICLE SOUMIS À UN JOURNAL SCIENTIFIQUE

PRISE EN CHARGE DES PATHOLOGIES BENIGNES : LES ATTENTES DES CITOYENS.

Enquête d'opinion évaluant la demande de traitement médicamenteux des Français.

Enquête qualitative évaluant les facteurs associés à l'attente de médicaments.

M BOURAS¹, P DI PATRIZIO², A GARET³, C GUYOT⁴, R FAY⁵, JM BOIVIN⁶

1 Etudiant en Médecine Générale - Faculté de médecine de Nancy - Université Henri Poincaré

2 Professeur associé de Médecine Générale - Faculté de médecine de Nancy - Université Henri Poincaré

3 Médecin Généraliste - Faculté de Médecine de Nancy - Université Henri Poincaré

4 Médecin Généraliste - Faculté de Médecine de Nancy - Université Henri Poincaré

5 Pharmacien Biostatisticien - CIC-P Inserm CHU de Nancy

6 Professeur de Médecine Générale - CIC-P Inserm CHU de Nancy

I. Introduction:

Les affections transitoires bénignes (ATB) sont une source importante de consommation de soins en France tant en consultations [1], en arrêts de travail qu'en médicaments. Selon le Haut Conseil sur l'Avenir de l'Assurance Maladie, il existerait « un modèle de prescription français » qui entretient cette consommation de soins [2]. En effet, les consultations de médecine générale françaises se terminent le plus souvent par une ordonnance médicamenteuse comparativement aux autres pays (90% en France, 72% en Allemagne et 43% aux Pays-Bas selon l'étude Ipsos) [3] et pourtant, la santé des Néerlandais est aussi bonne que celle des Français (l'espérance de vie globale à la naissance est similaire entre les deux pays, et la perception de l'état de santé est meilleure aux Pays-Bas) [4].

Ce réflexe distinctif «consultation = ordonnance = médicaments » engendre des préoccupations économiques et de santé publique. En effet, la France se place au second rang européen et quatrième mondial en termes de consommation médicamenteuse globale par habitant ce qui impacte fortement les dépenses publiques [3-10]. De même, les médicaments de confort utilisés dans les pathologies bénignes peuvent causer des effets indésirables graves [11-13] et les antibiotiques prescrits en dehors de toutes recommandations [14-21] accroissent les résistances bactériennes [22-27].

Pour pallier à cette situation, l'Etat a développé certaines politiques : le marché du générique [28-30], le déremboursement des médicaments à SMRI [31-34], les franchises ou encore les campagnes informatives (ex: « *les antibiotiques c'est pas automatique* ») [35]. Les effets sont encourageants, d'ailleurs la France affichait entre 2000 et 2011 le taux d'évolution le plus faible en matière de consommation de médicaments la situant actuellement dans la moyenne européenne pour les huit classes thérapeutiques principales [5] ce qui n'est pas encore le cas pour les antibiotiques malgré un assez net recul ces dernières années [36]. Ces résultats restent cependant

insuffisants puisque la consommation de médicaments progresse plus vite que le PIB, victime de la crise économique mondiale [5, 8, 37].

Une prise en charge plus adaptée et moins coûteuse des ATB paraît donc nécessaire. Pour cela, il conviendrait non seulement de cerner les pratiques des prescripteurs [38-45] mais également les comportements et attentes des usagers de soins en médecine générale.

Nous avons donc réalisé deux études, l'une quantitative et l'autre qualitative pour évaluer les comportements des français, leurs attentes et déterminismes en termes de prescriptions médicamenteuses dans quatre ATB: la rhinopharyngite, la bronchite aiguë, le stress au travail et la gastro-entérite aiguë (GEA).

II. MATERIEL ET METHODES:

1. Enquête quantitative :

Etude transversale par questionnaire d'opinion

1.1. Questionnaire :

Le questionnaire à choix multiples a été réalisé dans le but de connaître les attentes des Français dans quatre ATB fréquentes en médecine générale (la rhino-pharyngite, la bronchite, le stress, la gastro-entérite). Les trois premières ont été choisies car elles n'imposent pas, selon les recommandations, de consultation ni de traitement, la quatrième a été choisie car une consultation pour un arrêt de travail y est souvent nécessaire. Une seule réponse par question était acceptée.

1.2. Méthode de recueil :

Les questionnaires ont été proposés entre mars et octobre 2009 à deux populations cibles : le grand public (centre commercial, rue, jardin public,...) et les patients de médecins généralistes lorrains. Toute personne acceptant de compléter le questionnaire a été incluse. Les seuls critères d'exclusion ont été le refus ou l'incapacité d'y répondre.

Les questionnaires étaient anonymes, seuls le genre, l'âge, l'activité professionnelle et le lieu de résidence étaient recueillis.

1.3. Méthodologie d'analyse statistique :

L'analyse statistique a été réalisée par le CIC-P Inserm-CHU de Nancy à l'aide du logiciel SAS. Le seuil de significativité a été fixé à 0,05.

2. Enquête qualitative :

Etude qualitative par entretiens semi dirigés.

2.1. Méthode de recueil :

Un échantillon de 120 patients a été constitué par tirage au sort au sein des patients de six médecins généralistes lorrains exerçant dans des milieux différents (rural, urbain, et quartiers défavorisés). Nous en avons ensuite extrait un panel représentatif de 26 patients sur des critères d'âge, de genre, de niveau d'activité professionnelle et d'existence de pathologies chroniques différents précisés dans le tableau n°1. Nous les avons auditionnés entre mars et septembre 2010.

Tableau n°1 : Caractéristiques des 26 patients interrogés.

Entretien	Genre	Age	Catégorie socio professionnelle	Traitement de fond
E1	M	76	Retraité	Non
E2	F	77	Retraité	Non
E3	F	65	Retraité	Oui
E4	M	37	Ouvrier	Non
E5	M	48	Ouvrier	Oui
E6	F	36	Profession intermédiaire	Non
E7	M	50	Ouvrier	Oui
E8	M	56	Cadre	Oui
E9	F	55	Profession intermédiaire	Oui
E10	F	41	Employée	Non
E11	M	51	Ouvrier	Non
E12	F	39	Employée	Non
E13	M	48	Employé	Oui
E14	F	35	Employée	Non
E15	M	43	Employé	Non
E16	F	50	Employée	Oui
E17	F	80	Retraité	Oui
E18	F	54	Agriculteur	Non
E19	M	57	Agriculteur	Non
E20	M	36	Employé	Oui
E21	M	45	Profession intermédiaire	Oui
E22	F	40	Profession intermédiaire	Non
E23	F	43	Cadre	Non
E24	F	27	Employée	Non
E25	F	26	Employée	Non
E26	M	31	Profession intermédiaire	Non

2.2. Contenu des entretiens :

Notre guide d'entretien explorait les thèmes suivants: la relation médecin/patient, les attentes des patients lors des consultations chez leur médecin traitant, la perception des symptômes et des médicaments, et la pratique de l'automédication. Ces entretiens ont été poursuivis jusqu'à l'obtention de la saturation des données [46-61].

2.3. Méthodologie d'analyse :

Chaque entretien a été enregistré à l'aide d'un audiophone puis retranscrit intégralement.

L'analyse de ces entretiens a été réalisée de façon quadrangulaire par deux internes en médecine formées à la recherche qualitative et deux enseignants expérimentés en recherche qualitative. Nous avons isolé des verbatim, mots clés communs que nous avons regroupés en sous-groupes puis en thèmes communs.

III. RESULTATS :

1. Enquête qualitative :

Sur 961 questionnaires collectés, 926 ont été exploités soit 96,4%. Les caractéristiques de la population étudiée sont représentées par le tableau n°2.

Tableau n°2 : caractéristiques de la population.

		N	%
Genre	hommes	300	32,4%
	femmes	626	67,6%
Age	< 25 ans	196	21,2%
	26- 39 ans	241	26,0%
	40- 59 ans	311	33,6%
	> 60 ans	178	19,2%
Population	Générale	534	57,7%
	Salle d'attente	392	42,3%
	En activité	512	55,3%
Activité professionnelle	Inactifs/ retraités	279	30,1%
	Etudiants	135	14,6%
	Compagne	351	37,9%
Lieu de résidence	Ville	452	48,8%
	Périphérie de ville	123	13,3%

Tableau N°3 : Comportements généraux dans les quatre ATB.

a) NR signifie donnée non recueillie

	Consultation	Pas de consultation	Automédication	Demande de prescription	Acceptation des conseils parmi
Rhinopharyngite	53,9%	27%	19,1%	72,4%	17,2%
Bronchite aiguë	71,4%	11,5%	17,2%	82,6%	17,4%
Stress	38,9%	54,3%	6,8%	71,5%	28,5%
GEA	60,7%	39,2%	NR	92,6%	NR

Le tableau n°3 détaille les attentes des patients en cas d'ATB. La majorité des interrogés consultaient leur médecin traitant en cas de rhinopharyngite, de bronchite et de GEA dans le but d'obtenir des médicaments. Ils étaient une minorité à accepter de simples conseils à l'issue de leurs consultations et à s'automédiquer dans les quatre cas d'ATB. Par ailleurs, seuls 11,5% des répondants ne consultaient pas pour une bronchite, un quart pour une rhinopharyngite, 38,9% pour une GEA et une majorité pour du stress (54,3%).

Dans notre enquête, il n'y avait pas de différence significative de comportement selon le genre; cependant, les femmes attendaient plus souvent des médicaments sur ordonnance (75%) que les hommes (60%), ($p < 0,05$).

Les personnes âgées de plus de 60 ans étaient plus nombreuses à attendre des soins dans chacune des situations proposées. Elles consultaient plus souvent en cas de rhinopharyngite (67,4% contre 50 à 52% pour les autres catégories d'âges, $p < 0,05$), de bronchite (77% contre 68 à 72%, $p < 0,05$) et de stress (50,5% contre 28 à 44%, $p < 0,05$) mais elles n'attendaient pas plus de médicaments que les autres catégories

d'âge au contraire, plus la catégorie d'âge est élevée, plus les personnes acceptaient uniquement des conseils ($p < 0,05$).

Les personnes sans activité (retraités et sans emploi) étaient plus nombreuses à attendre des soins dans chacune des quatre situations proposées (39%) que les étudiants (24%) et les personnes en activité (23%), ($p < 0,05$). Elles consultaient surtout plus souvent en cas de rhinopharyngite (66,5% contre 48,1% pour les actifs et 50,3% pour les étudiants, $p < 0,05$), de bronchite (78,9% contre 68,4% et 67,4%, $p < 0,05$) et de stress (51,6% contre 34,7% et 28,1%, $p < 0,05$). Elles étaient aussi plus nombreuses à attendre une prescription médicamenteuse (75% contre 69% pour les étudiants et 68% pour les actifs, $p < 0,05$), et elles recouraient moins fréquemment à l'automédication (27% s'automéduquaient selon le cas, contre 32% pour les étudiants et 36% pour les actifs, $p < 0,05$). Par contre, les personnes sans activité étaient plus nombreuses à accepter de recevoir uniquement des conseils en fin de consultation (34% accepteraient des conseils sans médicaments selon le cas, contre 19% pour les étudiants et 26% pour les actifs, $p < 0,05$).

Les individus issus des salles d'attente médicale étaient plus nombreux à attendre des soins pour chacun des quatre motifs (32%) par rapport aux personnes issues du grand public (25%), ($p < 0,05$). Ils consultaient surtout plus souvent en cas de rhinopharyngite (62,3% contre 47,8%, $p < 0,05$), de bronchite (76,2% contre 67,8%, $p < 0,05$) et de stress/fatigue (47,2% contre 32,8%, $p < 0,05$). Ils attendaient également plus souvent des médicaments de leur médecin pour un ou plusieurs motifs du questionnaire (76% contre 66%, $p < 0,05$) et étaient plus nombreux à ne pas s'automédiquer (72% contre 64%, $p < 0,05$).

2. Enquête qualitative :

L'observation analytique des entretiens a permis de dégager quatre grands thèmes abordés par le patient qui sont :

La relation médecin/patient.

Les attentes médicales générales des patients.

Les représentations des médicaments.

La pratique de l'automédication.

2.1. Relation médecin/patient et son impact:

La quasi totalité des patients, mais surtout les plus âgés, vouaient une **confiance** absolue aux médecins traitants.

E23: « Ce qui est important pour moi c'est d'aller chez un médecin qui vous connaisse, qu'il n'y ait pas besoin de répéter. Le médecin vous connaît, il connaît votre état de santé.»

Cette toute confiance concernait aussi les prescriptions.

E8: « J'ai pour habitude d'écouter mon médecin, je prends ce qu'il me donne. »

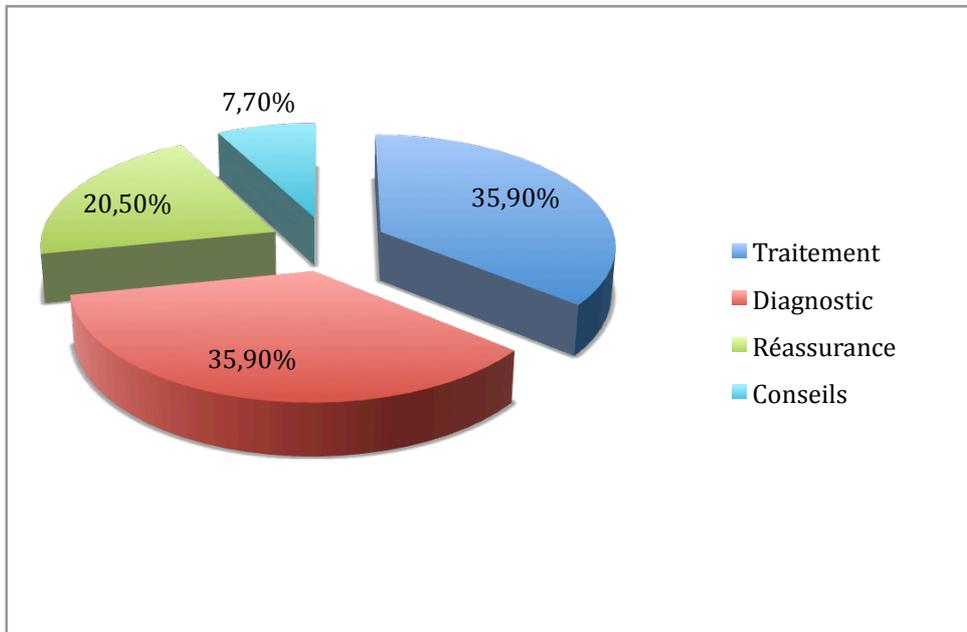
E18: « Si le médecin le prescrit je lui fais confiance [...] Je ne me suis jamais posé la question, si le médecin le prescrit, je pense qu'il pense que c'est ce qu'il faut ! ».

L'**écoute** était un critère important dans la relation médecin/patient surtout pour les femmes et les personnes entre 40 et 59 ans.

E6: « J'attends qu'il m'écoute ... »

2.2. Attentes médicales générales des patients:

Figure n°1 : Attentes médicales des patients.



Le médicament était la préoccupation majeure de la plus grande partie des patients et plus particulièrement ceux de plus de 40 ans.

E21 : «Qu'il trouve le bon remède. [...] Qu'il trouve le bon médicament [...] pour soulager et guérir. »

Cependant l'attente des médicaments n'était pas la seule, ainsi :

Le diagnostic, était cité chez 1/3 des patients surtout ceux de moins de 60 ans.

E14: « [...] ou la gorge quand c'est une angine [...] de regarder si c'est bactérien ou viral. »

La réassurance était quant à elle peu citée.

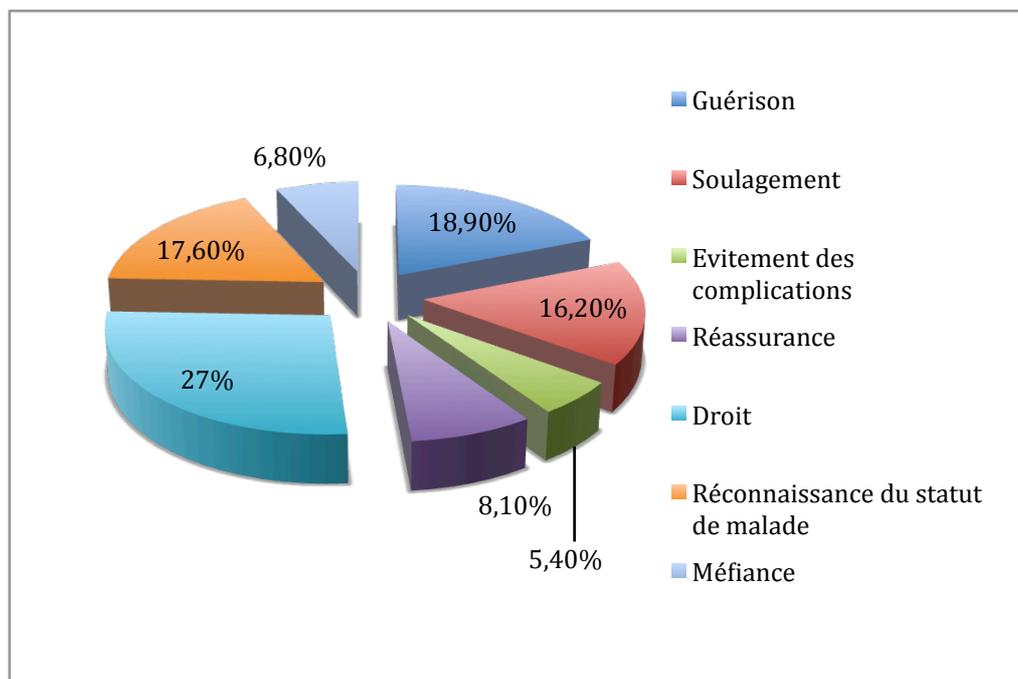
E4: « Qu'il m'explique le cas de la maladie. Il me dit ce n'est pas dangereux je suis content... »

Une très faible minorité des patients, surtout les femmes et les employés, attendait seulement du médecin des **conseils** dans le cas général des ATB. Ils étaient un peu plus nombreux à accepter une alternative non médicamenteuse quand leur médecin le jugeait nécessaire et après explication de sa part. Ceci était plus marqué chez les personnes de 40-59 ans et ceux qui avaient un traitement chronique.

E15 : « Ah non, je n'ai pas l'impression de ne pas être soigné si je n'ai pas de médicaments. [...]Je fais confiance à mon médecin traitant. »

2.3 Représentations des médicaments :

Figure n°2 : Les représentations des médicaments.



La plupart des patients interrogés considéraient les médicaments comme une nécessité au quotidien et les associaient à une image plutôt positive de **guérison**, de **soulagement** ou d'**évitement des complications**...

E22 : « Ce n'est pas la peine d'attendre des plombes que ça passe si on peut avoir des médicaments qui agissent vite et nous remettent d'aplomb ! Il ne faut pas s'en priver ! »

Cette représentation positive des traitements pharmacologiques était favorisée dans le cas des trois pathologies infectieuses par les symptômes souvent gênants qui les accompagnaient et qui impactaient le quotidien de ces patients (s'arrêter de travailler, problème de garde d'enfant malade, perte de performance au travail ou à la maison)

E24: « C'est déjà bien d'avoir du sirop car quand on tousse toute la journée je pense que ça nous fatigue et ça nous saoule. Et ça saoule autour de soi et tout ça accumulé fait que l'on s'énerve, on ne guérit pas forcément plus vite. »

E20: « C'est assez anxiogène d'avoir mal à tel endroit. [...] Dès lors qu'il s'agit de la gorge, du nez et de tout ce qui est ORL, des oreilles, oui je suis assez sensible. »

Une très faible proportion des personnes interrogées affichait une certaine **méfiance** vis à vis du médicament plutôt synonyme d'inconvénients.

E1: « Je ne suis pas pour les médicaments en général, je me méfie beaucoup de toutes ces molécules efficaces [...] mais qui vous empoisonnent par ailleurs, je n'aime pas ça. »

Les femmes avaient tendance à rechercher à travers le médicament un effet somatique comme la guérison et le soulagement alors que les hommes y associaient plutôt un effet psychique de réassurance.

E11: « Dès qu'il me donne quelque chose, je suis tout de suite soulagé. »

La guérison était surtout attendue par les patients de moins de 60 ans, par ceux qui avaient un traitement au long cours et par les actifs. Pour les personnes de 40-59 ans, le médicament est un outil de prévention des complications et de la contagion.

E10: « Qu'il me guérisse [le médicament], le plus vite possible. »

E22: « Pour ne pas que ça se propage dans la famille. »

Ainsi on note une certaine confusion de la part de beaucoup de patients, entre le traitement symptomatique et le traitement curatif. Par exemple, ont été cités comme traitement symptomatique, le spray décongestionnant nasal, le sirop antitussif, les inhalations, les pastilles, ... Ces traitements sont perçus par un grand nombre comme « une aide à la guérison », un espoir d'échapper aux complications, et même jugés comme indispensables pour quelques uns.

Certains de nos patients reconnaissaient que l'évolution de ces tableaux bénins était très souvent spontanément favorable avec des symptômes qui ne durent que quelques jours, ils motivaient cependant leur besoin de médicaments par la gêne occasionnée.

E13: « J'ai vu dans une émission à la télé que pour soigner un rhume il faut six jours, le corps se soigne tout seul, le médecin lui, met cinq jours, alors à une journée près ! »

E22: « Mais avec la toux, le nez, ... avec une bonne hygiène de vie, en restant à la maison au chaud, bien habillé, se laver les mains... je pense que ça se serait passé mais au bout de combien de temps ? »

Le médicament apparaissait chez 1/3 des patients comme un droit, plus particulièrement lors de la consultation. Cette tendance était plus marquée pour la tranche 25-39 ans qui mettait en avant l'aspect financier sous le signe d'une transaction ou pour légitimer l'adhésion obligatoire à la sécurité sociale et/ou à une mutuelle.

E26: « Ça m'embêterait quand même de payer quelque vingtaine d'euros et de ressortir sans papier ! »

E13: « Si un patient vient et que [le médecin] dit : « vous n'avez rien, au revoir, c'est vingt-deux euros », il va dire : « oh mais ça va pas ou quoi ! »

E24: « Si je vais le voir [...] je vais attendre qu'il me donne quelque chose [...] c'est son job de donner des médicaments [...] c'est une approche que l'on a tous, je pense ! »

Le médicament permettait la reconnaissance du statut de malade pour soi même et/ou vis-à-vis de l'entourage (famille, patron,...) chez 1/5 des interrogés, surtout les hommes.

E8: « Si je viens pour quelque chose de bien précis, une bronchite ou un truc comme ça, il faut que ça se soigne, ça ne va pas se soigner en se regardant ! Il faut bien des médicaments. »

E5: « Moi si j'y vais, c'est que je sais que je suis malade, je ne suis pas hypochondriaque».

2.4. Pratique de l'automédication:

L'automédication revêtait deux formes : La majorité des patients déclaraient réutiliser dans un premier temps des médicaments anciennement prescrits pour les mêmes symptômes avec une tendance assez nette chez les femmes, chez les personnes de 40-59 ans et celles exerçant une profession intermédiaire.

E10: «Je prends ce que j'ai à la maison [...] un sirop, souvent je prends de l'Effergal® puis vraiment si ça ne passe pas, je consulte. »

La pratique de l'automédication en officine restait mitigée avec un recours ponctuel plus conséquent pour les femmes, pour les patients de 25-39 ans et pour ceux qui n'avaient pas de traitement de fond.

E6: « Ça ne m'arrive pas souvent, mais ça m'arrive [d'aller en pharmacie]. [...]Par exemple du Spasfon® pour les maux de ventre, les comprimés pour la gorge. »

E5: « L'automédication, je suis contre parce que je ne suis pas sûr que tous les gens soient aptes à s'automédicamentent, je ne pense pas. Je pense que s'il y a des gens qui ont fait des études pour, il faut que ça serve à quelque chose ! »

Les patients chroniques déclaraient le plus souvent ne pas avoir recours à l'automédication à cause du risque d'interactions médicamenteuses et des dangers encourus.

Une minorité de personnes relataient aussi une méfiance générale vis-à-vis des produits en vente libre et non remboursés.

E14: « C'est vrai que je n'ai pas confiance en tout ce qui est sans ordonnance, les pastilles ou tout ça. »

Quelques personnes tentaient de l'expliquer par :

- Une efficacité moindre par rapport aux médicaments sur ordonnance (et même pour certains pour des médicaments dont la DCI est la même !).

E26: « Les médicaments qui fonctionnent mieux sont sur ordonnance, étant un peu plus forts et plus puissants que ceux que pourrait proposer le pharmacien. »

- Une méconnaissance du produit pour accorder leur confiance.

- Un coût supérieur aux médicaments inscrits sur ordonnance.

- Un packaging minimaliste que pour les médicaments sur ordonnance.

IV. Discussion :

Dans notre étude nous voulions comprendre les raisons non scientifiques de surconsommation médicamenteuse dans le cas des ATB. Plusieurs études se sont intéressées à cette singularité française et ont cherché des facteurs explicatifs, en particulier ceux influençant les prescriptions des médecins (industrie pharmaceutique, formation initiale et continue, pression exercée par les patients, ...) [38-45]. Mais nous ne savions que peu de chose du deuxième acteur principal, à savoir les patients.

L'enquête quantitative cherchait à identifier les comportements des français face aux ATB et leurs attentes au moment de consulter. Les questionnaires étaient simples et portaient sur des pathologies connues du grand public afin de garantir un important échantillonnage et chacune des quatre questions posées ne pouvait recevoir qu'une seule réponse pour connaître le choix principal des répondants. L'échantillon de cette enquête, bien que conséquent (n=926), n'est pas représentatif de la population française comparativement aux données de l'INSEE puisqu'il est composé de passants sollicités dans les lieux publics et de patients interpellés dans les salles d'attente de médecins généralistes en Lorraine. Cette composition bipartite nous a cependant permis de démontrer que les patients des cabinets médicaux attendent de leurs médecins plus de médicaments que de conseils et pratiquent moins l'automédication.

L'objectif de l'enquête qualitative était de comprendre les facteurs associés aux attitudes des citoyens devant les ATB. On retrouve dans cette partie également un biais de représentation de la population française. Ainsi, notre échantillon n'incluait pas de personnes de moins de 25 ans ni d'inactifs. Il en ressort tout de même des résultats équivalents en termes de symboliques des médicaments pour les français récemment démontrés dans la littérature [3,62, 80].

Selon les données de la première enquête, les français attendent des médicaments pour les ATB. Dans l'étude Ipsos [3], 24% des Français interrogés estiment nécessaire une prescription pour un rhume, ils sont 39% dans notre enquête. Plus généralement,

le LEEM publie en 2011 une étude où 1/4 des Français disent consulter dès qu'ils se sentent malades et 31% ont un réflexe immédiat de consultation (médecin ou pharmacien) [62]. Notre enquête retrouve des chiffres nettement supérieurs avec plus de la moitié (56%) des répondants qui déclarent consulter leur médecin dans l'une des quatre situations et même 62% en ce qui concerne les pathologies infectieuses. Cette différence s'explique par les expériences négatives des pathologies infectieuses sources de symptômes souvent mal vécus alors que l'étude du LEEM se base sur des situations générales. Toujours dans l'étude du LEEM [62], 6 Français sur 10 «attendent de voir l'évolution de leur état » ou « se soignent avec ce qu'ils ont à la maison », alors que dans notre enquête, s'ils sont bien 54% à déclarer ne pas consulter en cas de stress/fatigue, seuls 27% ne consultent pas en cas de symptômes de rhinopharyngite et 11,5% en cas de symptômes de bronchite.

Selon plusieurs études, les médecins généralistes répondent trop souvent à la plainte du patient par des prescriptions médicamenteuses [63, 64]. Cette tendance à la surprescription résulterait outre les facteurs influençant abordés dans différentes études (pression des laboratoires, formation initiale et continue, pression exercée par les patients...) [38-45] d'un mauvais décodage des attentes. Notre étude démontre que les patients attendent du médecin, non seulement un traitement pharmacologique mais aussi un diagnostic, une réassurance ou des conseils [65-67]. Une meilleure analyse de la doléance des patients permettrait donc d'y apporter une réponse adéquate mais nécessite de consacrer plus de temps à ces consultations. Cependant, la rémunération des généralistes français se faisant essentiellement à l'acte [68,69], les consultations rapides dans les pathologies bénignes compensent les consultations chronophages que sont celles des personnes âgées poly morbides, des patients psychiatriques et des nouveaux patients [70]. Une rémunération plus juste de ces consultations permettrait de consacrer plus de temps aux consultations d'ATB et de promouvoir l'écoute et les explications en substitution des prescriptions médicamenteuses [71-79].

Le médicament est très largement plébiscité dans de la deuxième enquête. Comme dans l'étude du LEEM [62], la majorité des personnes interrogées n'y voient que des avantages : la guérison, le soulagement rapide et être rassuré. Le médicament, toujours dans cet échantillon, est considéré comme un signe de prise en compte de la plainte par le praticien [80], une preuve tangible d'un état de maladie [80] une contrepartie à la rémunération de la consultation ou tout simplement un droit pour les 25-39 ans. En effet, une étude récente [64] montre que les Français placent « l'accès aux médicaments comme un critère principal d'un niveau de vie acceptable ».

La guérison est l'élément principal recherché, surtout chez les plus de 40 ans et ceux qui ont un traitement de fond. Ceci témoigne d'une confusion entre les traitements symptomatiques dits « de confort », utilisés dans la rhinopharyngite [15, 17, 18, 19] la bronchite [15, 19, 20, 21] ou l'anxiété et les traitements curatifs utilisés pour d'autres pathologies (non évoquées pendant les interviews).

Le médecin bénéficie d'une confiance absolue de la quasi-totalité des personnes interrogées et cette confiance est renforcée par la prescription médicamenteuse et ses représentations positives. Ainsi ce schéma de pensée « consultation = ordonnance = médicaments » [3] semble inébranlable. Dans notre première enquête les Français sont encore très réticents à l'idée des conseils médicaux exclusifs lors d'une consultation pour une rhinopharyngite, une bronchite ou en cas de stress/fatigue. De même, dans l'enquête qualitative, seule une minorité (11,5%) affirme être prête à accepter des conseils si c'est leur médecin qui les propose (alors que spontanément, leur choix se porterait sur un traitement médicamenteux). Ces résultats ne vont pas dans le sens de la littérature existante. Dans l'étude Ipsos, 80% des personnes interrogées déclarent avoir confiance en « un médecin qui sait remplacer certains médicaments par des conseils utiles ». Mais cette étude ne se base que sur des affirmations très générales [3, 81].

La « toute confiance » au médecin, pourrait cependant modifier ce constat. Si les Français font confiance à leur médecin pour ses prescriptions, pourquoi ne lui feraient-ils pas confiance pour ses conseils ? Deux études anglaises [63,67] démontrent une satisfaction des patients en cas de non prescription médicamenteuse si le médecin ne la juge pas nécessaire et après des explications de sa part.

Dans la partie qualitative de notre étude, peu de personnes reconnaissent une évolution spontanément favorable en cas de rhinopharyngite, bronchite ou même anxiété, alors que les recommandations vont dans le sens de l'abstention thérapeutique s'il n'y a pas de signe de gravité ou de surinfection [14-21]. De plus, la plupart des patients ne connaissent pas d'alternative thérapeutique non pharmacologique, comme le montre le rapport récent de l'HAS [82]. Ce dernier souligne surtout que ces alternatives sont peu reconnues par manque d'information et donc d'adhésion aussi bien pour le public français que pour les médecins. Il existe également « une confusion entre la prescription de thérapeutiques non médicamenteuses et la décision de non prescription » pour le patient. Il semble donc plus facile pour les Français de prendre des médicaments que de changer leurs habitudes de vie. Toutefois, notre étude montre que les hommes déclarent, un peu plus souvent que les femmes, être prêts à remplacer les médicaments par des conseils d'hygiène de vie [83]. En effet, la vision positive du médicament est somatique pour les femmes et plutôt psychique pour les hommes ce qui rend la substitution plus facile. Pour permettre à un maximum de personnes d'adhérer aux thérapeutiques non pharmacologiques, ne faudrait-il pas que les pouvoirs publics sensibilisent la population sur leurs bénéfices grâce à des campagnes d'information [82]? Cette méthode a su montrer récemment des résultats probants avec la campagne grand public sur les antibiotiques mais a aussi prouvé que les médecins, s'ils n'étaient pas épaulés par une bonne médiatisation, ne pouvaient pas faire grand-chose [36,84].

L'automédication n'est pas très développée en France par rapport au reste de l'Europe [85-87]. Dans l'étude du LEEM, on retrouve que 28% des interrogés déclarent acheter

souvent ou très souvent des médicaments sans ordonnance, surtout pour les pathologies bénignes [62]. Notre enquête quantitative montre que seulement 1/6 des personnes interrogées déclarent s'automédiquer. L'enquête qualitative confirme aussi le faible attrait des Français pour l'automédication, accordant plus de confiance aux médicaments prescrits par le médecin qui est leur première source d'information sur les thérapeutiques qu'à ceux en vente libre en officine. La majorité des patients s'automédiquent essentiellement à l'aide de l'armoire à pharmacie familiale et cette tendance est également retrouvée dans la littérature [62, 85,86]. L'autre explication réside chez une partie des personnes interrogées dans le fait que les médicaments sans ordonnance sont moins efficaces, moins dosés (lorsqu'il s'agit de la même molécule), plus chers et présentés sous un plus petit format [86]. Cet amalgame est peut-être renforcé par les pouvoirs publics qui pratiquent des campagnes de déremboursement de médicaments jugés insuffisamment efficaces (SMRI) [33-36].

En France, « l'immense majorité des produits de PMF est remboursable (80% en unités) alors que de nombreux pays assimilent totalement ou largement PMF et médicaments non remboursables» [86]. Ceci explique probablement en partie la faible pratique de l'automédication, mais également le recours plus fréquent à la consultation médicale en France, pour un problème bénin et en même temps pour le réapprovisionnement de l'armoire à pharmacie.

Toutefois, l'automédication s'avère utile en particulier pour les 25-39 ans, en raison d'un manque de temps chez ces actifs qui ont besoin de masquer des symptômes gênants dans leur vie active [85] mais également pour les femmes, probablement parce qu'elles achètent des médicaments aussi pour d'autres membres de la famille [86]. Par ailleurs, les personnes ayant une pathologie chronique et les sujets âgés sont plus réticents à l'automédication et plus sensibles au conseil médical en remplacement du médicament par peur des interactions médicamenteuses et des effets secondaires. Cette attitude est rassurante, compte tenu du taux d'hospitalisation à la

suite d'effets iatrogènes qui est quatre fois plus élevé pour les patients âgés que les jeunes adultes [88-98].

Tout comme pour l'automédication, les divergences des systèmes de soin entre la France et d'autres pays peuvent expliquer les différences de consommation médicamenteuse. Si la France est l'une des premières consommatrices de médicaments, c'est, comme nous venons de le voir, probablement parce que les Français sont demandeurs de traitements médicamenteux. Mais les chiffres élevés de consommation médicamenteuse sont sûrement expliqués par le fait que les Français privilégient les médicaments les plus récents (et donc plus chers), et qu'ils consomment peu de génériques [8,100]. D'autre part, la place du médecin généraliste est différente dans de nombreux pays. En France, le médecin généraliste a pour rôle principal la prise en charge thérapeutique de ses patients, pour des pathologies bénignes mais aussi pour le renouvellement des traitements habituels, alors qu'en Grande-Bretagne ou aux Pays-Bas, il est plus polyvalent (implication dans des programmes d'éducation à la santé, dans la prévention, ...) [99] avec une rémunération en conséquence, sous forme de primes par exemple [81]. Les professionnels paramédicaux jouent un rôle plus important dans les soins primaires dans d'autres pays (Pays-Bas, Grande-Bretagne, Finlande, Suède, ...) [99]. Dans son analyse sociologique sur la pratique de la prescription en médecine générale en France et aux Pays-Bas, Sophia Rosman explique que « ce double système d'accès contrôlé au médecin et de délégation de tâches contribue à limiter les prescriptions » aux Pays-Bas pour des résultats équivalents en termes de sentiment de bonne santé [81].

Les politiques de remboursement des médicaments divergent également selon les pays. La réforme de 2004 en Allemagne a « redéfini les contours du panier de médicaments pris en charge par l'Assurance Maladie, excluant de nombreux produits » [100]. En Angleterre, « les patients participent aux dépenses de médicaments par une participation au paiement forfaitaire par médicament prescrit », ce qui place l'Angleterre parmi les pays où l'automédication est la plus pratiquée [100]. En France,

la franchise de 0,5 € par boîte de médicaments, mise en place le 1er janvier 2008, avait notamment pour objectif d'inciter les citoyens à réguler leur consommation de médicaments. Néanmoins, l'enquête menée par l'IRDES en 2010 démontre que très peu de Français déclarent avoir modifié leur consommation de soins du fait de ces franchises [101]. Toujours en France et depuis avril 2009, les médecins généralistes peuvent, dans le cadre du programme d'évolution des pratiques, s'engager sur des objectifs de prescription de génériques pour sept classes médicamenteuses et percevoir une prime annuelle en complément de leur rémunération à l'acte. Cette orientation a été accentuée, dans la convention médicale de début 2012, alors que la convention pharmaceutique incite, depuis mai 2012, à la délivrance de génériques (tiers-payant conditionné par l'acceptation de la substitution). On reste cependant très loin des nos voisins européens qui sont davantage guidés et surveillés dans leurs prescriptions. En Allemagne un volume de prescription supérieur à 15% d'un volume cible doit être justifié, et en Angleterre, chaque médecin est responsable de son budget de prescriptions [100].

Le schéma « consultation = ordonnance = médicaments » n'est pas si rigide dans l'esprit des Français puisque la littérature et une partie des patients inclus dans notre travail déclarent être prêts à remplacer les traitements médicamenteux conventionnels par des règles hygiéno-diététiques. Pour sensibiliser un plus grand nombre de personnes à ces mesures, il faudrait une promotion à l'échelle publique par des campagnes d'information et sur le plan individuel en consultation en accordant plus de temps aux conseils et aux explications.

Le développement de l'automédication est également une piste de réduction du coût des affections transitoires qui passe en partie le remboursement de beaucoup de médicaments dits de confort mais surtout par la clarification du statut de ces médicaments dédiés en grande majorité aux pathologies bénignes et une meilleure accessibilité. D'après une étude récente, 60% des Français interrogés ont recours aux

médicaments sans ordonnance, en raison de l'autonomie conférée, et pour le « gain de temps » obtenu pour 54% des personnes interrogées [102].

Mais, n'oublions pas le rôle du médecin dans la consommation de médicaments. Certains Français accusent les médecins de trop prescrire [62]. De nombreuses études se sont penchées sur les facteurs influençant les prescriptions des médecins [40-47]. Nous voulons surtout souligner ici le fait que le patient influence le médecin dans ses prescriptions. En effet, lorsque le médecin perçoit une attente de traitement médicamenteux, il prescrit plus [64-67]. Ceci aboutit souvent à des prescriptions inutiles comme le démontre cette étude anglaise dans laquelle « 20% des prescriptions ne sont pas appropriées (médicalement) » [65]. De plus, cette attente est quelques fois mal cernée par les médecins, et surestimée [65, 66]. Notre étude a permis de mieux percevoir les attentes des patients lorsqu'ils consultent leur médecin, et s'il est vrai qu'ils attendent en majorité des traitements, c'est loin d'être leur seule attente [3]. Une meilleure communication médecin/patient permettrait probablement d'éviter des prescriptions non souhaitées.

V. Conclusion :

Cette étude a permis de mieux comprendre les attentes des citoyens quant à la prise en charge des affections transitoires bénignes. Nous avons ainsi pu confirmer qu'ils attendaient en majorité des médicaments lorsqu'ils consultaient leur médecin traitant pour de multiples raisons: croyance en un pouvoir de guérison de ces traitements, confirmation du statut de malade, besoin de soulager des symptômes gênants et également pour certains un droit d'obtenir une ordonnance en contrepartie de la rémunération de la consultation. Mais cette ordonnance, véritable symbole de la consultation, n'est plus une obligation pour une partie de la population, qui ne serait pas opposée à l'utilisation de thérapeutiques non pharmacologiques si elles étaient « prescrites » par leur médecin. Pour l'instant, cette alternative est peu connue et

gagnerait en promotion mais exige d'y accorder le temps nécessaire en consultation. Le médecin est le principal interlocuteur des français en ce qui concerne leur santé car ils lui font entièrement confiance et l'automédication reste peu développée par rapport au reste de l'Europe. Les français ont moins confiance dans ces médicaments en libre accès et surtout choisissent préférentiellement de consulter afin d'obtenir le remboursement de ces médicaments.

Références bibliographiques :

- [1] Société française de médecine générale (SFMG). Observatoire de la médecine générale, classement des 50 résultats de consultation les plus fréquents par patient pour tous les patients pour l'année 2009. Paris : SFMG ; 2009.
- [2] Actualisation de la note sur le médicament, adoptée le 29 juin 2006 par le Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie. Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie, 25 septembre 2008.
- [3] Le rapport des Français et des Européens à l'ordonnance et aux médicaments. Ipsos Santé, janvier 2005.
- [4] Base de données de l'OCDE sur la santé 2013, consultable sur www.oecd.org/sante/ecosante.
- [5] FENINA A, LE GARREC MA, KOUBI M. Comptes nationaux de la santé 2010. n°160, Septembre 2011.
- [6] « Rapport à la Commission des comptes de la Sécurité sociale - Résultats 2009, prévisions 2010 », juin 2010, fiche 10-3.
- [7] « Les chiffres clés 2011 de la Sécurité sociale », le portail du service publique de Sécurité sociale, édition 2012.
- [8] « Comparaisons européennes sur 8 classes de médicaments », CNAM, Points de repère, n° 12, décembre 2007.
- [9] « Le marché du médicament dans 5 pays européens en 2004 », DREES, Études et Résultats, n° 502, juillet 2006.
- [10] L'économie des médicaments. Consommation : répartition et financement, LEEM, juin 2013.
- [11] Affections du quotidien : retenir les traitements utiles, avec ou sans médicament. Prescrire, 2011;31(334):561-640.

- [12] OLIVIER P, DUGUE A, MONTASTRUC J. Effets indésirables cardiovasculaires et neurologiques centraux des sympathomimétiques utilisés comme décongestionnants de la sphère ORL: analyse de la banque nationale de pharmacovigilance. *Thérapie*. 2003 ; 58(4) : 361-6.
- [13] Prescrire Rédaction. Médicaments de la toux et du rhume : des effets indésirables trop graves face à des troubles bénins. *Revue prescrire* 2009 ; 29 (312) : 751-753.
- [14] CASSIR N, DI MARCO J-N, POUJOL A, LAGIER J-C. Prescriptions inappropriées d'antibiotiques chez l'enfant en médecine de ville: raisons et conséquences. *Archives de pédiatrie*. 2012.
- [15] ROLA S. La prescription des antibiotiques dans les pathologies respiratoires hautes et basses présumées virales de l'adulte. Thèse d'exercice. Université Paris-Est Créteil Val de Marne; 2007.
- [16] DAVID-OUAKNINE F, KINOO J, ECHARD Y, HACQUARD B, DECAZES J-M. Impact de recommandations sur la pertinence des prescriptions d'antibiotiques. *Médecine et maladies infectieuses* 2003; 33(4):192-201.
- [17] WUTZKE S-E, ARTIST M-A, KEHOE LA, FLETCHER M, MACKSON J-M, WEEKES L-M. Evaluation of a national programme to reduce inappropriate use of antibiotics for upper respiratory tract infections: effects on consumer awareness, beliefs, attitudes and behaviour in Australia. *Health Promot Int*. mars 2007;22(1):53-64.
- [18] MOUSQUES J. Variabilité des pratiques médicales en médecine générale : la prescription d'antibiotiques dans la rhinopharyngite. *Bulletin d'information en économie de santé n°70, CREDES* 2003.
- [19] ATTALLI C, AMADE-ESCOT C, GHADI V et al. Infections respiratoires présumées virales : comment prescrire moins d'antibiotiques ? Résultats de l'étude PAAIR. *La revue du praticien médecine générale* 2003 ; 17 : 155-60.

- [20] GONZALES R, ANDERER T, Mc CULLOCH C-E, MASELLI J-H, BLOOM F-J Jr, GRAF T-R, et al. A cluster randomized trial of decision support strategies for reducing antibiotic use in acute bronchitis. JAMA Intern Med. 25 févr 2013;173(4):267-273.
- [21] ALBERT R-H. Diagnosis and treatment of acute bronchitis. Am Fam Physician. 1 déc 2010;82(11):1345-1350
- [22] TREMOLIERES F. Quel avenir pour l'antibiothérapie?: Les résistances augmentent, l'innovation est en panne! Revue Francophone des Laboratoires; 2011(429):10-2.
- [23] BERGOGNE-BEREZIN E. Impact de l'antibiothérapie sur l'évolution des résistances bactériennes: applications sur les stratégies thérapeutiques. 5e Journées Nationales d'Infectiologie (Strasbourg-10 et 11 Juin 2004). Antibiotiques. 2004;6(4):273-9.
- [24] PULCINI C, NAQVI A, GARDELLA F, DELLAMONICA P, SOTTO A. Résistance bactérienne et prescription antibiotique: perceptions, attitudes et connaissances d'un échantillon de médecins généralistes. Médecine et Maladies Infectieuses. 2010;40(12):703-9.
- [25] RODRIGUEZ-ROJAS A, RODRIGUEZ-BELTRAN J, COUCE A, BLAZQUEZ J. Antibiotics and antibiotic resistance: A bitter fight against evolution. Int. J. Med. Microbiol. 18 mars 2013.
- [26] MICHEL-BRIAND Y. Aspects de la résistance bactérienne aux antibiotiques. L'Harmattan; 2012.
- [27] CARLE S. La résistance aux antibiotiques: un enjeu de santé publique important. Pharmactuel .42. Disponible sur: <http://www.pharmactuel.com/sommaires/2009s2-1.pdf>.
- [28] LANCY PJ. « Médicament et régulation en France ». Revue française des affaires sociales 3/2007 (n° 3-4), p. 25-51.
- [29] NOUGUEZ E. « La définition des médicaments génériques entre enjeux thérapeutiques et économiques » L'exemple du marché français des inhibiteurs de la pompe à protons. Revue française des affaires sociales, 2007/3 n° 3-4, p. 99-121.
- [30] LE JEUNNE P-C. Les médicaments génériques. Revue Francophone des Laboratoires, 2013, vol. 2013, no 449, p. 7-11.

- [31] Haute Autorité de Santé, 2005, « Recommandation de la HAS sur le bien fondé de la prise en charge des médicaments à service médical rendu insuffisant (2e phase).
- [32] Mutualité Française, 2007, «Les études de la mutualité française sur le médicament. Impact économique de la modification des conditions de remboursement des SMRi en 2006 ».
- [33] BERGMANN J-F. Médicaments utiles et inutiles : notion de service médical rendu. EMC - Médecine. 2004;1(1):51-58.
- [34] BERA J-L, VIGNON G. Pourquoi prescrit-on des médicaments à service médical rendu insuffisant ? Enquête d'opinion auprès de 254 médecins généralistes marnais. Thèse : med : Université de Reims, 2006.
- [35] SCHLEMMER B. Les campagnes de réduction de la consommation des antibiotiques et le Plan antibiotiques. Rev. Prat.,Septembre 2012 , n° 7,p. 72-3.
- [36] ANSM. Évolution des consommations d'antibiotiques en France entre 2000 et 2012 - Juin 2013.
- [37] DUVAL G. La France d'après: rebondir après la crise. Les Petits Matins, 2013.
- [38] FAURE H, MAHY S, SOUDRY A, DUONG M, CHAVANET P, PIROTH L. Déterminants de la prescription ou de la non-prescription d'antibiotiques en médecine générale. Médecine et maladies infectieuses. 2009;39(9):714-21.
- [39] PECASTAING J-B. Etude de l'influence des facteurs non cliniques sur la décision de prescriptions d'antibiotiques en Médecine générale.110p. Thèse Médecine, Bordeaux, 2006, N°76.
- [40] SCHWARTZ R. K, SOUMERAI S. B, AVORN J. Physician Motivations for nonscientific drug prescribing. Social Science and Medicine, 1989, 28, 6, 577-582.
- [41] DELGA C, MEGNIN Y, OUSTRIC S et al. Pression de prescription: étude pilote en médecine générale. Therapies , 2003, vol. 58, no 6, p. 513-517.
- [42] GALLOIS P, VALLEE JP, et LE NOC Y. Prescription médicamenteuse: un acte sous influences. Médecine, 2007, vol. 3, no 10, p. 456-461.

- [43] AMAR E, PEREIRA C. Les prescriptions des médecins généralistes et leurs déterminants. DREES, Etudes et Résultats, 2005, 440.
- [44] SIMONET ML. La prescription thérapeutique : un acte sous influence. Médecine et Hygiène, 1998, 56, 2073-2077.
- [45] VEGA A. Les surprescriptions de médicaments en France: le vrai méchant loup de l'industrie pharmaceutique. Décembre 2011. Publié sur le site du [Formindep](#) le jeudi 8 décembre 2011.
- [46] BORGÈS DA SILVA G. La recherche qualitative : un autre principe d'action et de communication. Revue Médicale de l'Assurance Maladie, avril-juin 2001, 32, 2, p. 117-121.
- [47] POPE C., MAYS N. Qualitative research: reaching the parts other methods cannot reach. An introduction to qualitative methods in health and health services research. BMJ, 1 July 1995, 311, 6996, p. 42-45.
- [48] DANO F, HAMON V, et LLOSA S. La qualité des études qualitatives: principes et pratiques. Décisions Marketing, 2004, p. 11-25.
- [49] FRISCH F. Les études qualitatives. Editions d'organisation, 1999.
- [50] RICE P-L et EZZY D. Qualitative research methods: A health focus. Melbourne:Oxford University Press, 1999.
- [51] BLANCHET A, GOTMAN A. L'enquête et ses méthodes : l'entretien. 2eme éd. Paris; 2009.
- [52] HUBERMAN A-M, MILES M-B. Analyse des données qualitatives. De Boeck Supérieur ; 2003.626p.
- [53] COTE L, TURGEON J. Comment lire de façon critique les articles de recherche qualitative en médecine. Pédagogie médicale. 2002 mai ; 3(2) :81-90.
- [54] LETRILLAT L, BOURGEOIS I, VEGA A, CITTEE J, LUTSMAN M. Un glossaire d'initiation à la recherche qualitative. Première partie : d' « acteur » à « interdépendance ». Exercer. 2009 ; 87:74-9.

- [55] LETRILLAT L, BOURGEOIS I, VEGA A, CITTEE J, LUTSMAN M. Un glossaire d'initiation à la recherche qualitative. Deuxième partie : de « Maladie » à « Verbatim ». *Exercer* 2009;88:106-12.
- [56] ABRIAL S, LOUVEL S. Analyser les entretiens. *Enquêtes qualitatives, enquêtes quantitatives*. Presse Universitaire de Grenoble. Grenoble ; 2011. P.232.
- [57] AUBIN-AUGER I, MERCIER A, BAUMANN L et al. Introduction à la recherche qualitative. *Exercer*, 2008, vol. 84, no 19, p. 142-5.
- [58] BRITTEN N. Qualitative research: qualitative interviews in medical research. *BMJ* 1995; 311 :251-253.
- [59] PASQUIER E. Comment préparer et réaliser un entretien semi-dirigé dans un travail de recherche en médecine générale. *Mémoire de médecine générale, LYON*, 2004.
- [60] FRISCH F. *Les études qualitatives*. Editions d'organisation; 1999.
- [61] RICE PL, Ezzy D. *Qualitative research methods: A health focus*. Oxford University Press Melbourne; 1999.
- [62] Observatoire sociétal du médicament. *LEEM*, mai 2011.
- [63] BRITTEN N, JENKINS L, BARBER N et al. Developing a measure for the appropriateness of prescribing in general practice. *Qual Saf Health Care*, 2003, 12, 246-250.
- [64] BRITTEN N, UKOUMUNNE O. The influence of patients' hopes of receiving a prescription on doctors' perceptions and the decision to prescribe: a questionnaire survey. *BMJ*, 1997, 315, 1506-1510.
- [65] COCKBURN J. et PITT S.« Prescribing Behavior in Clinical Practice: Patients' Expectations and Doctors' Perceptions of Patients' Expectations - A Questionnaire Study ». *British Medical Journal*, 1997, 315 : 520-523. [DOI:10.1136/bmj.315.7107.520](https://doi.org/10.1136/bmj.315.7107.520).
- [66] DOUMENC M, JEAN-GIRARD C, SOUHAMI B. et al. Que perçoit le médecin de l'attente de son patient ? *La Rev du Prat Med Gen*,1994; 8(260) : 41-8.
- [67] BRITTEN N. Patient demand for prescriptions: a view from the over side. *Family Practice*, 1994, 11, 62-66.

- [68] SAMSON A-L. Faut-il remettre en cause le paiement à l'acte des médecins?. *Regards croisés sur l'économie*, 2009, no 1, p. 144-158.
- [69] ROCHAIX L. Les modes de rémunération des médecins. *Revue d'économie financière*, 2004, vol. 76, no 3, p. 223-239.
- [70] KANDEL O, DUHOT D, VERY G, LEMASSON J-F et BOISNAULT P. (2004). Existe-t-il une typologie des actes effectués en médecine générale?. *La Revue du praticien. Médecine générale*, (656-57), 781-784.
- [71] STARFIELD B. et al. The influence of patient-practitioner agreement on outcome of care. *American Journal of Public Health*, 1981; 2(71) : 127-31.
- [72] MAKOUL G, ARNSTON P, SCHOFIELS T. Health Promotion in Primary Care : Physician-Patient Communication and Decision Making about Prescription Medications. *Social Science and Medicine*. 1995, 41, 9 : 1241-54.
- [73] MOUMJID-FERDJAOUI N et CARRERE M-O. La relation médecin-patient, l'information et la participation des patients à la décision médicale: les enseignements de la littérature internationale. *Revue Française des Affaires Sociales*, 2000, vol. 2, p. 73-88.
- [74] STEWART M.A. et al. The impact of patient centered care on outcomes. *Journal of the Royal College of General Practitioners*, 2000; (29) : 77-82.
- [75] CAPE J. Consultation length, patient-estimated consultation length, and satisfaction with the consultation. *British Journal of General Practice*, 2002; 52 (485) : 1004 -6.
- [76] SAMPSON R, O'ROURKE J, HENDRY R, et al. Sharing control of appointment length with patients in general practice: a qualitative study. *Br J Gen Pract*. 2013.
- [77] GALLOIS P, VALLEE J-P et LE NOC Y.
La consultation du généraliste en 2010. Pour une médecine centrée sur le patient. *Médecine*, 2010, vol. 6, no 5, p. 221-227.
- [78] FOURNIER C et KERZANET S. Communication médecin-malade et éducation du patient, des notions à rapprocher: apports croisés de la littérature. *Santé publique*, 2007, vol. 19, no 5, p. 413-425.

- [79] JADAD AR. Promoting partnerships : Challenge for the internet age. BMJ 1999 ; 319 : 761-4.
- [80] COLLIN J. « Observance et fonctions symboliques du médicament ». Gérontologie et société, 2002/4 n° 103, p. 141-159. DOI : 10.3917/gs.103.0141.
- [81] AMALRICK F et LOOCK J. Caractériser le « modèle français de prescription ». Etude pour le LEEM, IMS Health, septembre 2008.
- [82] Développement de la prescription de thérapeutiques non médicamenteuses validées - Rapport d'orientation. HAS, avril 2011.
- [83] L'opinion des français sur les thérapies non médicamenteuses. Sondage via voice pour Groupe pasteur Mutualité, juin 2011.
- [84] VIENS G, LEVESQUE K, CHAHWAKILIAN P et al. Evolution comparée de la consommation de médicaments dans 5 pays européens entre 2000 et 2004 : analyse de 7 classes pharmaco-thérapeutiques. ESSEC, Centre de Recherche, février 2007.
- [85] BRIAND A, CHAMBARETAUD S. La consommation de médicaments non prescrits. DREES, Etudes et résultats, 2001,105.
- [86] COULOMB A, BAUMELOU A. Situation de l'automédication en France et perspectives d'évolution : marché, comportements, position des acteurs. Ministère de la santé et de la protection sociale. Janvier 2007.
- [87] Avis sur le médicament, adopté par le Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie. Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie, 29 Juin 2006.
- [88] SABZWARI SR, QIDWAI W, BHANJI S. Polypharmacy in elderly: a cautious trail to tread. J Pak Med Assoc. mai 2013;63(5):624-627.
- [89] YEE JL, HASSON NK, SCHREIBER DH. Drug-related emergency department visits in an elderly veteran population. Ann Pharmacother 2005 ; 39 : 1990-5.
- [90] HUSTEY FM, WALLIS N, MILLER J. Inappropriate prescribing in an older ED population. Am J Emerg Med 2007 ; 25 : 804-7.
- [91] HAJJAR ER, HANLON JT, ARTZ MB et al. Adverse drug reaction risk factors in older outpatients. Am J Geriatr Pharmacother 2003 ; 1 (2) : 82-9. 9.

- [92] DOUCET J, QUENEAU P. Effets indésirables des médicaments chez les sujets âgés. Bull. Acad. Natle Méd. 2005, 189, n°8: 169 P.
- [93] QUENEAU, J. DOUCET, F. PAILLE. Complications de la polymédication, en particulier chez les personnes âgées. Bulletin et Mémoires de l'Académie Royale de Médecine de Belgique, 2006, 161, 6: 408-424. 3-1709.
- [94] GONTHIER R, BLANC P, STIERLAM F et al. Faut-il traiter toutes les maladies de la personne âgée ? Thérapie 2004.
- [95] TRAMIER A. Médicaments de confort chez les personnes âgées: efficacité et innocuité [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Montpellier I. UFR des sciences pharmaceutiques et biologiques; 1992.
- [96] UNGUREANU G, ALEXA ID, STOICA O. Iatrogeny and the elderly. Rev Med Chir Soc Med Nat Iasi. déc 2007;111(4):803-810.
- [97] CLERC P, LEBRETON J, MOUSQUES J, HEBBERECHT G, DE POUVOURVILLE G. Les enjeux du traitement médicamenteux des patients atteints de polypathologies. Résultats de l'étude expérimentale Polychrome, n°150- Juillet-Aout 2010.
- [98] DENNEBOOM W, DAUTZENBERG M. G, GROL R, DE SMET PA. "Analysis of Polypharmacy in Older Patients in Primary Care using a Multidisciplinary Expert Panel". Br J Gen Pract, 2006, 56:504-10.
- [99] BOURGEUIL Y, MAREK A, MOUSQUES J. La participation des infirmières aux soins primaires dans six pays européens et au Canada. DREES, Etude et résultats, 2005, 406.
- [100] NGUYEN-KIM L, OR Z, PARIS V, SERMET C. Les politiques de prise en charge des médicaments en Allemagne, Angleterre et France. Questions d'économie de la santé, IRDES, 2005, 99.
- [101] KAMBIA-CHOPINA B, PERRONNINA M. IRDES. Les franchises ont-elles modifié les comportements d'achats de médicaments ? Questions d'économie de la santé. N°158, Octobre 2010.

[102] Master Marketing de la Santé - Université Pierre et Marie Curie. Etude réalisée auprès d'un échantillon de 511 individus âgés d'au moins 18 ans entre janvier 2011 et février 2011.

LISTE DES ABREVIATIONS UTILISEES

ATB : Affections transitoires bénignes

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CIC-P : Centre d'Investigation Clinique Pluri thématique

DCI : Dénomination Commune Internationale

HAS : Haute Autorité de Santé

INSEE : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques

INSERM : Institut Nationale de la Santé et de la Recherche Médicale

IRDES : Institut de Recherche et Documentation en Economie de la Santé

LEEM : Les Entreprises du Médicament

PIB ; Produit Intérieur Brut

PMF : Prescription Médicale facultative

SAS : Statistical Analysis System

SMRI : Service Médicale Rendu Insuffisant

RESUME DE LA THESE

La consommation médicamenteuse française est parmi la plus élevée d'Europe et l'ordonnance est la conclusion la plus fréquente des consultations de médecine générale. **Objectif:** Evaluer les attentes des citoyens devant certaines affections transitoires bénignes en termes de prescriptions médicamenteuses et/ou de conseils, puis rechercher les facteurs associés à l'attente du traitement. **Enquête d'opinion** par questionnaires à choix multiples à propos de quatre situations (rhinopharyngite, bronchite, stress/fatigue et gastro-entérite) soumis à 961 citoyens sélectionnés au hasard. **Enquête qualitative** sous forme d'entretiens semi-dirigés concernant les relations médecin/patient et patient/médicaments auprès de 26 patients tirés au sort parmi six cabinets de Médecine générale en Lorraine. **Résultats:** La majorité des 926 personnes qui ont répondu à notre questionnaire consultait en cas de rhinopharyngite (53,9%), de bronchite (71,4%) et de GEA (60,7%) afin d'obtenir des médicaments (79,7%). Ils étaient une minorité à accepter de simples conseils à l'issue de la consultation (21%) et à s'automédiquer(14,3%). Par ailleurs, seuls 11,5% des répondants ne consultaient pas pour une bronchite, un quart pour une rhinopharyngite, 38,9% pour une GEA et une majorité pour un stress (54,3%). De nos entretiens ressortait une très grande confiance des patients au médecin traitant et ses prescriptions. Le médicament avait majoritairement une représentation très positive: pouvoir de guérison, soulagement, sécurité ou confirmation du statut de malade. C'était également un droit pour certains et une monnaie d'échange contre le paiement de la consultation. Seule une minorité acceptait son remplacement par des conseils si le médecin les jugeaient utiles et suffisants. L'automédication restait rare, par méfiance et en raison du remboursement de nombreux médicaments en cas de prescription. **Conclusion:** Les Français sont majoritairement en attente de médicaments y trouvant de nombreux avantages et estimant y « avoir droit ». Toutefois, certains ne sont pas opposés à l'utilisation de thérapeutiques non médicamenteuses « prescrites » par leur médecin.

TITRE EN ANGLAIS

MANAGEMENT OF BENIGN DISEASES: THE EXPECTATIONS OF CITIZENS.

Opinion survey evaluating the demand of medicinal treatment for French citizens.

Qualitative survey evaluating the factors associated with the expected effects of medications.

THESE: MEDECINE GENERALE - ANNEE 2013

Mots clés : Prescription médicamenteuse. Médecine générale. Attentes des patients. Relation médecin/patient. Thérapeutique non médicamenteuse.

UNIVERSITE DE LORRAINE

Faculté de Médecine de Nancy

9, avenue de la Forêt de Haye 54505 VANDOEUVRE LES NANCY Cedex