



Université Lille 2
Droit et Santé

UNIVERSITE LILLE 2 DROIT ET SANTE
FACULTE DE MEDECINE HENRI WAREMBOURG

Année : 2015

THESE POUR LE DIPLOME D'ETAT
DE DOCTEUR EN MEDECINE

**« L'ordonnance médicamenteuse en France et en Europe :
les attentes de prescription des patients.
Une revue systématique de la littérature de 2005 à 2014 »**

Présentée et soutenue publiquement le Jeudi 02 Juillet 2015 à 14h00
au Pôle Recherche

Par Mirianna MOURET - BONZI

JURY

Président :

Monsieur le Professeur Raymond GLANTENET

Assesseurs :

Monsieur le Professeur Patrick LEROUGE

Monsieur le Docteur Jonathan FAVRE

Directeur de Thèse :

Monsieur le Docteur Denis DELEPLANQUE

AVERTISSEMENT

La Faculté n'entend donner aucune approbation aux opinions émises dans les thèses : celles-ci sont propres à leurs auteurs.

LISTE DES ABREVIATIONS

ALD	Affection de Longue Durée
AME	Aide Médicale d'Etat
AMM	Autorisation de Mise sur le Marché
BDSP	Banque de Données en Santé Publique
CAP	Connaissances, Attitudes, Pratiques
CISMeF	Catalogue et Index des Sites Médicaux de langue Française
CMU	Couverture Maladie Universelle
DPC	Développement Professionnel Continu
DREES	Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques
ESSEC	Ecole Supérieure des Sciences Economiques et Commerciales
FMC	Formation Médicale Continue
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
IPSOS	Institut Politique de Sondages et d'Opinions Sociales
IRDES	Institut de Recherche et Documentation en Economie de la Santé
LIR	Laboratoires Internationaux de Recherche
MesH	Medical Subject Headings
OCDE	Organisation de Coopération et de Développement Economique
SUDOC	Système Universitaire de Documentation
UE	Union Européenne
URPS	Union Régionale des Professionnels de Santé

TABLE DES MATIERES

Résumé	1
Introduction	3
Matériels et méthodes	7
I. Type d'étude	7
II. Stratégie de la recherche bibliographique	8
A. Définition de la question	8
B. Critères de sélection	9
1. Critères d'inclusion	9
2. Critères d'exclusion	9
C. Mots-clés	10
D. Bases de données et méthodes de recherche	11
1. Pubmed	11
2. BDSP	11
3. ScienceDirect	11
4. Google Scholar	12
5. IRDES	12
6. DREES	12
7. Pepite	12
8. SUDOC	13
9. Theses.fr	13
10. Bases de données de thèses européennes	13
11. Cairn.info	14
E. Causes d'exclusion des références	14
F. Inclusion finale des études	15
G. Evaluation de la qualité des études	17
H. Extraction des données	18
I. Analyse des données	19

Résultats	21
I. Connaissances	22
A. Les représentations de l'ordonnance et du médicament.....	22
B. Les antibiotiques.....	22
1. <i>Le rôle des antibiotiques</i>	23
2. <i>Reconnaître un antibiotique</i>	23
3. <i>Les indications des antibiotiques</i>	24
4. <i>La résistance aux antibiotiques</i>	24
5. <i>Les informations reçues sur les antibiotiques</i>	25
6. <i>Autres</i>	25
C. La perception des pathologies infectieuses respiratoires hautes	25
D. La prescription et la non-prescription médicamenteuse	27
II. Attitudes	28
A. Vis-à-vis du médicament, de l'ordonnance et du médecin	28
1. <i>Le médicament</i>	28
2. <i>L'ordonnance</i>	28
3. <i>Les antibiotiques</i>	29
4. <i>Le médecin</i>	29
B. Les motifs de consultation	29
C. Les attentes des patients.....	30
1. <i>Générales</i>	30
2. <i>Les attentes de prescription médicamenteuse</i>	31
3. <i>Les attentes d'antibiotiques</i>	32
4. <i>Les facteurs influençant les attentes de prescription médicamenteuse</i>	34
D. La non-prescription médicamenteuse	34
E. Les alternatives à la prescription	35
1. <i>Les alternatives non médicamenteuses</i>	35
2. <i>La prescription différée d'antibiotiques</i>	36
3. <i>Les conseils</i>	36
III. Pratiques	37
A. Les motifs des consultations.....	37
1. <i>Les affections bénignes transitoires</i>	37
2. <i>Avec prescription contre le gré du médecin généraliste</i>	38
3. <i>Sans prescription médicamenteuse</i>	38
B. La demande de prescription, la négociation et le refus de prescrire	39
C. Les prescriptions médicamenteuses.....	40
1. <i>Généralités</i>	40
2. <i>Les prescriptions contre le gré des médecins</i>	42

3.	<i>Les consultations sans prescription</i>	42
4.	<i>Evolution des prescriptions</i>	43
5.	<i>L'observance et le devenir des prescriptions</i>	43
D.	L'automédication.....	44
E.	Le déremboursement	45
F.	Les alternatives à la prescription médicamenteuse.....	45
IV.	Le niveau de satisfaction	46
A.	La satisfaction globale	46
B.	La prescription.....	46
1.	<i>Vécu positif</i>	46
2.	<i>Vécu négatif</i>	47
C.	La non-prescription.....	47
1.	<i>Vécu positif</i>	47
2.	<i>Vécu négatif</i>	48
V.	Relations entre les connaissances, les attitudes, les pratiques et le niveau de satisfaction	49
A.	Les connaissances et les attitudes	49
1.	<i>Les perceptions des médecins des attentes du patient</i>	49
2.	<i>Les connaissances et les attitudes des patients</i>	49
B.	Les connaissances et les pratiques	50
1.	<i>Les connaissances des patients et leurs pratiques</i>	50
2.	<i>Les perceptions des médecins et la prescription</i>	51
C.	Les attitudes des patients et les pratiques des médecins	51
D.	Les relations entre les pratiques des patients et les pratiques des médecins	53
E.	Les liens entre les connaissances, les attitudes, les pratiques et le niveau de satisfaction	53
F.	Les alternatives à la prescription systématique.....	55
1.	<i>L'éducation des patients</i>	55
2.	<i>La formation des médecins</i>	55
3.	<i>La modification du rapport aux médicaments</i>	56
4.	<i>L'augmentation des honoraires des médecins ou la fonctionnarisation de la médecine</i>	56
5.	<i>L'actualisation des recommandations</i>	56
	Discussion	57
I.	Résultats principaux	57
II.	Biais et limites	58
A.	Biais des études sélectionnées.....	58

1.	<i>Biais communs aux études quantitatives, qualitatives et mixtes</i>	58
2.	<i>Biais des études quantitatives</i>	59
3.	<i>Biais des études qualitatives</i>	59
B.	Limites de notre revue de littérature.....	59
III.	Discussion des résultats	61
A.	L'évolution des connaissances des patients français	61
B.	Les conséquences sur leurs attitudes : la méfiance vis-à-vis du médicament et la diminution des attentes de prescription médicamenteuse	62
C.	L'ambivalence persistante, ses conséquences sur les pratiques	63
IV.	Les autres acteurs de la surprescription	65
A.	Le médecin.....	65
1.	<i>Des perceptions encore très positives du médicament et de la prescription</i>	65
2.	<i>Une surestimation des attentes des patients</i>	66
3.	<i>La prescription : une solution de facilité ?</i>	66
4.	<i>Des attitudes et des pratiques en évolution</i>	67
B.	L'influence de l'industrie pharmaceutique	69
C.	Le système de soins français.....	70
V.	Pistes de travail et perspectives	71
A.	Poursuivre et encadrer l'information et l'éducation des patients.....	71
B.	Améliorer la formation des médecins.....	72
C.	Bien choisir ses sources d'informations	72
D.	Apporter du temps aux médecins	73
E.	Multiplier les échanges entre les professionnels	73
F.	Faire évoluer la dispensation du médicament.....	73
G.	Favoriser les alternatives non médicamenteuses	73
	Conclusion	75
	Annexes	76
	Annexe 1 : Méthodes et équations de recherche.....	76
	Annexe 2 : Adaptation de la Grille de lecture de la McMaster University ⁽²⁰⁾⁽⁸¹⁾	83
	Annexe 3 : Grille de lecture de Côté-Turgeon ⁽²¹⁾	86
	Annexe 4 : Détails des notes des articles analysés	87
	Annexe 5 : Informations générales des références sélectionnées	99
	Références bibliographiques	110

RESUME

Contexte : La France a longtemps été désignée comme championne d'Europe des dépenses médicamenteuses. En 2005, les attitudes des français vis-à-vis du médicament semblaient converger vers celles de leurs voisins européens, présageant une harmonisation des pratiques. L'objectif de ce travail est de déterminer les attentes des français et des européens en matière de prescription médicamenteuse entre 2005 et 2014 et de relier ces attentes à leurs connaissances ainsi qu'à leurs pratiques. L'objectif secondaire est d'élaborer des pistes de travail pour réduire la consommation médicamenteuse.

Méthode : Il s'agit d'une revue mixte et systématique de la littérature européenne de 2005 à 2014. La recherche est basée sur la méthodologie Cochrane et l'extraction des données sur le modèle CAP (Connaissances, Attitudes, Pratiques). Une approche interprétative a été utilisée pour l'analyse des données.

Résultats : 21 références ont été analysées dont 14 études réalisées en France. Les connaissances, attitudes et pratiques des patients français vis-à-vis de la prescription médicamenteuse se sont homogénéisées avec celles des autres européens depuis 2005. Ces résultats concernent particulièrement les antibiotiques et les pathologies bénignes courantes. Les attentes prioritaires des français sont davantage des attentes d'explications et d'écoute plutôt qu'une prescription de médicaments. Leur satisfaction vis-à-vis de la non-prescription médicamenteuse et la confiance en leur médecin sont particulièrement élevées. Parallèlement, les dépenses médicamenteuses de la France ont convergé vers la moyenne européenne. Malgré cela, certains comportements liés à des habitudes anciennes

sont encore bien ancrés dans les mentalités des patients. L'ambivalence dans les représentations et dans les attentes qui en résultent, se répercute sur les pratiques et peut représenter un frein à l'évolution de celles-ci.

Conclusion : Le comportement des patients français vis-à-vis de la prescription médicamenteuse a poursuivi son évolution au cours de la dernière décennie. Cette évolution est le résultat de l'augmentation des connaissances des patients et de l'installation d'une méfiance vis-à-vis du médicament. Les marges de progression sont encore importantes et concernent principalement l'information et l'éducation des patients. Le rôle des autres acteurs de la surprescription, notamment celui des médecins, est également à prendre en compte pour en finir avec l'ordonnance systématique.

INTRODUCTION

Historiquement, la France a longtemps été présentée comme le pays le plus consommateur de médicaments en Europe. Cette situation était la conséquence d'un important volume de médicaments consommés associé à des prix élevés ⁽¹⁾⁽²⁾.

En 2009, la France se trouvait au second rang européen aux côtés de l'Espagne et derrière le Royaume-Uni en termes de volumes consommés et restait première en termes de dépenses par habitant. Parallèlement, elle enregistrait la plus faible augmentation des dépenses médicamenteuses en Europe ⁽³⁾.

En 2011, selon une étude des Laboratoires Internationaux de Recherche (LIR) en association avec l'Ecole Supérieure des Sciences Economiques et Commerciales (ESSEC), la France se plaçait dans la moyenne européenne en ce qui concerne la consommation des 8 classes médicamenteuses les plus utilisées ⁽⁴⁾.

Ce ralentissement des ventes s'est transformé en recul des dépenses à partir de 2012 ⁽⁵⁾⁽⁶⁾. Ce recul concerne les ventes en officines, principalement les médicaments à prescription médicale obligatoire. Ces ventes ont diminué de 2,4% en 2013 alors que les ventes hospitalières ont augmenté de 1,8% ⁽⁵⁾⁽⁶⁾.

En ville, ce sont les analgésiques qui sont en tête des ventes en quantité et en valeur. Ils sont suivis par les psychotropes et les antibiotiques dans le classement par quantité ⁽⁶⁾.

Le classement des 25 médicaments à prescription médicale obligatoire les plus vendus en quantité faisait apparaître en 2013, cinq analgésiques, ainsi que divers médicaments pour les pathologies hivernales les plus courantes, et des antispasmodiques ⁽⁶⁾.

La situation de la France concernant la consommation d'antibiotiques a été également longtemps pointée du doigt. Entre 2000 et 2013, la consommation globale a cependant diminué de 10,7% ⁽⁷⁾. Cette baisse des dépenses a été principalement constatée entre 2000 et 2005, coïncidant avec le premier plan pour préserver l'efficacité des antibiotiques et la première campagne nationale de l'Assurance Maladie. Depuis 2010, cette consommation est repartie à la hausse avec une augmentation de 5,9% entre 2010 et 2013 ⁽⁴⁾⁽⁷⁾. Les pathologies respiratoires représentent 70% des prescriptions d'antibiotiques.

En 2012, la France restait largement au-dessus de la moyenne européenne en termes de consommation d'antibiotiques et se trouvait au 4^{ème} rang derrière la Grèce, la Roumanie et la Belgique ⁽⁷⁾.

Dans ce contexte de moindre évolution de consommation par rapport à ses voisins européens, la vente de médicaments en ville en France reste malgré tout le premier poste de dépenses de spécialités pharmaceutiques : 20,6 milliards d'euros en 2013 pour des dépenses pharmaceutiques totales de 26,8 milliards d'euros ⁽⁶⁾.

Dès 2000, différentes actions ont visé à réguler le médicament d'un point de vue financier avec notamment le développement des génériques, le reclassement à 35%, la baisse des prix et une clause de sauvegarde avec reversement des laboratoires ⁽⁸⁾⁽⁹⁾. Puis la responsabilité et la participation du médecin et du patient ont été progressivement sollicitées : avec les campagnes pour les antibiotiques, plusieurs vagues de remboursements de médicaments à service médical rendu insuffisant, le forfait par boîte en 2008, le contrat d'amélioration des pratiques individuelles en 2009, l'allongement de la liste des médicaments en libre accès à partir de 2010 et l'encadrement de la vente de médicaments sur Internet en

2013 ⁽⁸⁾⁽⁹⁾. En 2015, les dépenses pharmaceutiques restent une cible prioritaire des pouvoirs publics français.

Les enjeux de la consommation médicamenteuse sont multiples : industriels, sanitaires, écologiques et financiers.

Les entreprises pharmaceutiques, les professionnels de santé, les usagers et le gouvernement représentent schématiquement les acteurs principaux de cette consommation médicamenteuse ⁽⁵⁾⁽¹⁰⁾. L'industrie pharmaceutique exerce son action sur les trois autres, avec une offre de médicaments très importante en France ⁽⁵⁾.

La prescription médicamenteuse résulte donc d'une interaction complexe entre des comportements individuels et des influences extérieures ⁽¹¹⁾.

En soins primaires, le principal déterminant de la consommation médicamenteuse décrit en Europe est l'attente des patients d'une ordonnance lors d'une consultation ⁽¹¹⁾⁽¹²⁾⁽¹³⁾. Le comportement du médecin semble être fortement associé à son ressenti de cette attente ⁽¹⁴⁾. Cela conduirait fréquemment à une surprescription dans le cadre d'une surestimation des attentes des patients ⁽¹⁾ en particulier pour des infections respiratoires hautes ⁽¹⁰⁾⁽¹¹⁾⁽¹³⁾⁽¹⁵⁾.

Les grandes disparités en Europe en termes de consommation médicamenteuse pourraient donc être dues en partie à l'expression de différences culturelles chez les patients et médecins européens.

C'est dans ce contexte que l'IPSOS (Institut Politique de Sondages et d'Opinions Sociales) réalise en 2005 une enquête européenne pour la CNAM (Caisse Nationale d'Assurance Maladie) décrivant le rapport des européens à l'ordonnance et aux médicaments ⁽¹⁾. Les résultats sont évocateurs de la « spécificité française ». Alors que 90% des consultations se terminaient par une ordonnance en

France, seules 43,2% connaissaient cette issue aux Pays-Bas. De la même manière, 46% des médecins français déclaraient ressentir une pression de la part des patients contre 20% des médecins hollandais, cela les amenant à effectuer plus fréquemment une prescription contre leur gré ⁽¹⁾.

Malgré tout, une grande majorité des patients français interrogés (environ 80%) était d'accord avec l'idée selon laquelle une consultation ne devait pas systématiquement se conclure par la prescription de médicaments. Dans la même lignée, le principe des règles hygiéno-diététiques se substituant aux médicaments semblait aussi largement approuvé. Et même paradoxalement, les français se déclaraient majoritairement satisfaits en cas d'absence de prescription médicamenteuse à 53%, contre 38% en Espagne, 30% aux Pays-Bas, 73 % en Allemagne ⁽¹⁾.

Ces résultats laissaient présager une évolution positive des comportements.

Quelle a été l'évolution des attentes des français et des européens en ce qui concerne la prescription médicamenteuse depuis l'enquête IPSOS en 2005 ?

L'objectif principal de cette revue de littérature est d'identifier et de décrire les attentes des français et des européens en ce qui concerne la prescription médicamenteuse en soins primaires entre 2005 et 2014. Ce travail qualitatif devrait permettre de relier ces attentes avec les connaissances des patients, leurs autres attitudes et leurs pratiques, et secondairement de déterminer des pistes de travail éducatives.

MATERIELS ET METHODES

I. Type d'étude

L'étude est une revue mixte et systématique de la littérature européenne.

Tranfield et al. en 2003 proposent une définition de la revue systématique :
« Les revues systématiques diffèrent des analyses documentaires traditionnelles dans la mesure où elles sont réalisées selon une méthode scientifique, transparente et pouvant être reproduite, autrement dit, selon une technique précise qui vise à minimiser la partialité au moyen de recherches documentaires exhaustives pratiquées sur des études publiées et non publiées, tout en établissant une trace des décisions, procédures et conclusions prises par le chercheur effectuant la revue »
(16)(17).

Ses caractéristiques principales sont donc d'être ⁽¹⁷⁾ :

- Systématique / Organisée ;
- Transparente / Explicite ;
- Reproductible / Actualisable ;
- Synthétique / Sommaire.

Une revue de la littérature est mixte si elle regroupe dans une même synthèse des données qualitatives et quantitatives ⁽¹⁸⁾.

II. Stratégie de la recherche bibliographique

La recherche documentaire s'est basée sur la stratégie Cochrane pour la réalisation d'une revue systématique ⁽¹⁹⁾.

Les recherches ont été effectuées du 5 septembre au 4 novembre 2014.

A. Définition de la question

Dans un premier temps la question a été définie selon les termes PICOS :

- **Patients** : adultes européens de plus de 15 ans, consultant pour une maladie bénigne, fréquente et transitoire ;
- **Intervention** (ou phénomène étudié) : attentes et/ou demandes de prescription médicamenteuse en soins primaires, entre 2005 et 2014 ;
- **Comparators** (intervention servant de témoin) : non adapté à la question posée ;
- **Outcomes** (évènement mesuré / critère de jugement / résultat) : non adapté à la question posée ;
- **Study design** (type d'étude) : enquête descriptive observationnelle (transversale, de cohorte : prospective ou rétrospective, voire étude cas-témoins), étude qualitative par entretiens de groupes ou individuels et études mixtes.

La question a pu être définie comme suit : quelle a été l'évolution des attentes des français et des européens en ce qui concerne la prescription médicamenteuse entre 2005 et 2014 ?

B. Critères de sélection

Afin de cibler au mieux la recherche, des critères d'inclusion et d'exclusion des études ont été définis :

1. Critères d'inclusion

- Date de l'étude : entre le 01/01/2005 et le 04/11/2014 ;
- Concernant des patients de l'Union Européenne (UE) de plus de 15 ans ;
- Langues : français ou anglais ;
- Concernant uniquement les soins primaires ;
- Comportant des résultats identifiant les attentes ou demandes de prescriptions médicamenteuses remboursées pour des pathologies bénignes, fréquentes et transitoires ;
- Article original, thèse ou rapport.

2. Critères d'exclusion

- Date de l'étude antérieure à 2005 ;
- Patients hors UE et/ou de moins de 15 ans ;
- Concernant des soins secondaires ou tertiaires ;
- Autres langues ;
- Concernant uniquement l'automédication ou les prescriptions de médicaments non remboursés ;
- Concernant une pathologie potentiellement grave et/ou rare et/ou chronique, ou un médicament spécifique ;
- Ne correspondant pas à un travail de recherche ou avec une méthodologie non décrite.

C. Mots-clés

Les mots clés ont été tirés des termes PICOS, et traduits en français et en anglais. Une liste de synonymes a été produite afin de rendre la recherche la plus exhaustive possible.

Les termes MeSH en anglais (Medical Subject Headings) ou vocabulaire contrôlé ont été obtenus à partir du Catalogue et Index des Sites Médicaux de langue Française (CISMeF).

	Termes français	Termes anglais
Patients	Europe européen(s) patient(s)	Europe european(s) patient(s)
Phénomène étudié	attente(s) demande(s) pression(s) exigence(s)	expectation(s) request(s) demand(s) claim(s)
	médicament(s) ordonnance(s) prescription(s) prescription(s) médicamenteuse(s) ordonnance(s) médicamenteuse(s) traitement(s) médicamenteux	Descripteur MeSH d'ordonnance médicamenteuse Descripteur MeSH de traitement médicamenteux prescription drug(s) drug prescription(s) medication(s) pharmacotherapy(ies) drug therapy(ies) prescribing

Les recherches notées avec une ou plusieurs lettres entre parenthèses, signifient que toutes les possibilités d'écritures du terme ont été recherchées soit grâce à la troncature à l'aide d'un astérisque, soit manuellement quand l'astérisque n'était pas pris en compte par la base de données.

D. Bases de données et méthodes de recherche

Une stratégie de recherche différente a été utilisée pour chaque base de données selon les recommandations de la Cochrane Library.

Les bases de données ci-dessous ont été explorées : pour chacune, les équations et méthodes de recherche sont détaillées en Annexe 1.

1. Pubmed

PubMed est l'interface gratuite des données de MedLine. Elle est développée conjointement par le National Center for Biotechnology Information (NCBI) de la National Library of Medicine (NLM) et les éditeurs de revues biomédicales. C'est le principal outil de référence dans le domaine biomédical. Il s'appuie sur un « vocabulaire contrôlé », le MeSH.

2. BDSP

La BDSP (Banque de Données en Santé Publique) met en ligne depuis 1993 des sources d'informations en santé publique françaises et étrangères. Elle est gérée par l'EHESP (Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique).

3. ScienceDirect

ScienceDirect recense plus de 2500 revues à comité de lecture et 33000 livres, en sciences de la matière, sciences de l'ingénieur, sciences de la vie, en santé et sciences humaines et sociales. Cette base de données est gérée par Elsevier, un des principaux éditeurs scientifiques internationaux.

4. Google Scholar

Google Scholar est une base de données avec la même interface que Google mais dont la recherche se fait uniquement sur des données académiques (articles issus de périodiques évalués par les pairs, thèses, livres, articles en prépublication, et rapports).

5. IRDES

L'Institut de Recherche et de Documentation en Economie de la Santé (IRDES) produit des données et des analyses en économie de la santé. Il réalise également des enquêtes sur des échantillons de la population ainsi que des études et recherches à partir d'analyses bibliographiques ou d'enquêtes internationales.

6. DREES

La DREES (Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques) est une direction de l'administration centrale des ministères sanitaires et sociaux. Elle fait également partie du service statistique public. Le but de son portail Internet est de présenter des informations sur les populations et les politiques sanitaires et sociales.

7. Pepite

Pepite (Panorama des productions universitaires) regroupe en ligne les thèses et mémoires de l'université de Lille 2, Droit et Santé.

8. SUDOC

Le SUDOC (Système Universitaire de Documentation) est un catalogue français regroupant tous types de documents des bibliothèques et centres de documentation de l'enseignement supérieur et de la recherche. Il a pour mission entre autres de recenser l'ensemble des thèses effectuées en France.

9. Theses.fr

Theses.fr est le moteur de recherche des thèses de doctorat françaises.

10. Bases de données de thèses européennes

Retrouvant un certain nombre de thèses françaises qui traitaient notre sujet, il nous est paru important d'interroger plusieurs banques de données de thèses européennes :

- **DiVA** (Digitala Vetenskapliga Arkivet) : archives centrales des universités scandinaves.
- **BASE** (Bielefeld Academic Search Engine) : géré par la Bielefeld University, une université d'Allemagne. Il s'agit d'un des moteurs de recherche les plus importants du monde pour les ressources universitaires.
- **NDLTD** (Networked Digital Library of Theses and Dissertations) : organisation internationale dédiée aux thèses et mémoires.
- **DART-Europe** : partenariat de bibliothèques universitaires qui travaillent à améliorer l'accès aux thèses européennes.

- **EThOS** (e-theses online services) : base de données regroupant les thèses de plusieurs universités du Royaume-Uni.
- **NARCIS** (National Academic Research and Collaborations Information System) : principal portail des universités hollandaises.

11. Cairn.info

Dans un second temps, la recherche a été complétée le 15 janvier 2015 avec la base de données de CAIRN pour son abondance de références en termes de recherche qualitative.

Cairn.info regroupe et publie des revues de sciences humaines et sociales francophones.

E. Causes d'exclusion des références

Lors de la recherche documentaire, les causes d'exclusion des articles de toutes les banques de données ont été systématiquement recensées et regroupées par thèmes :

- Pathologies graves et/ou rares et/ou chroniques
- Médicaments trop spécifiques
- Grossesse
- Etudes réalisées avant 2005 et/ou hors Europe et/ou autres langues
- Pharmacologie et pharmacovigilance
- Industrie pharmaceutique et publicité de médicaments
- Soins secondaires, tertiaires et médecines alternatives
- Politique de santé, génériques et organisation de la médecine générale

- Qualité ou modalités de prescription / recommandations
- Professions paramédicales et soins en odontologie
- Prescriptions hors-AMM et prescriptions inappropriées
- Education et prévention
- Environnement
- Démographie
- Vieillesse de la population
- Information des patients
- Cours, congrès et études universitaires
- Automédication et observance
- Relation médecin-malade autre que la prescription médicamenteuse

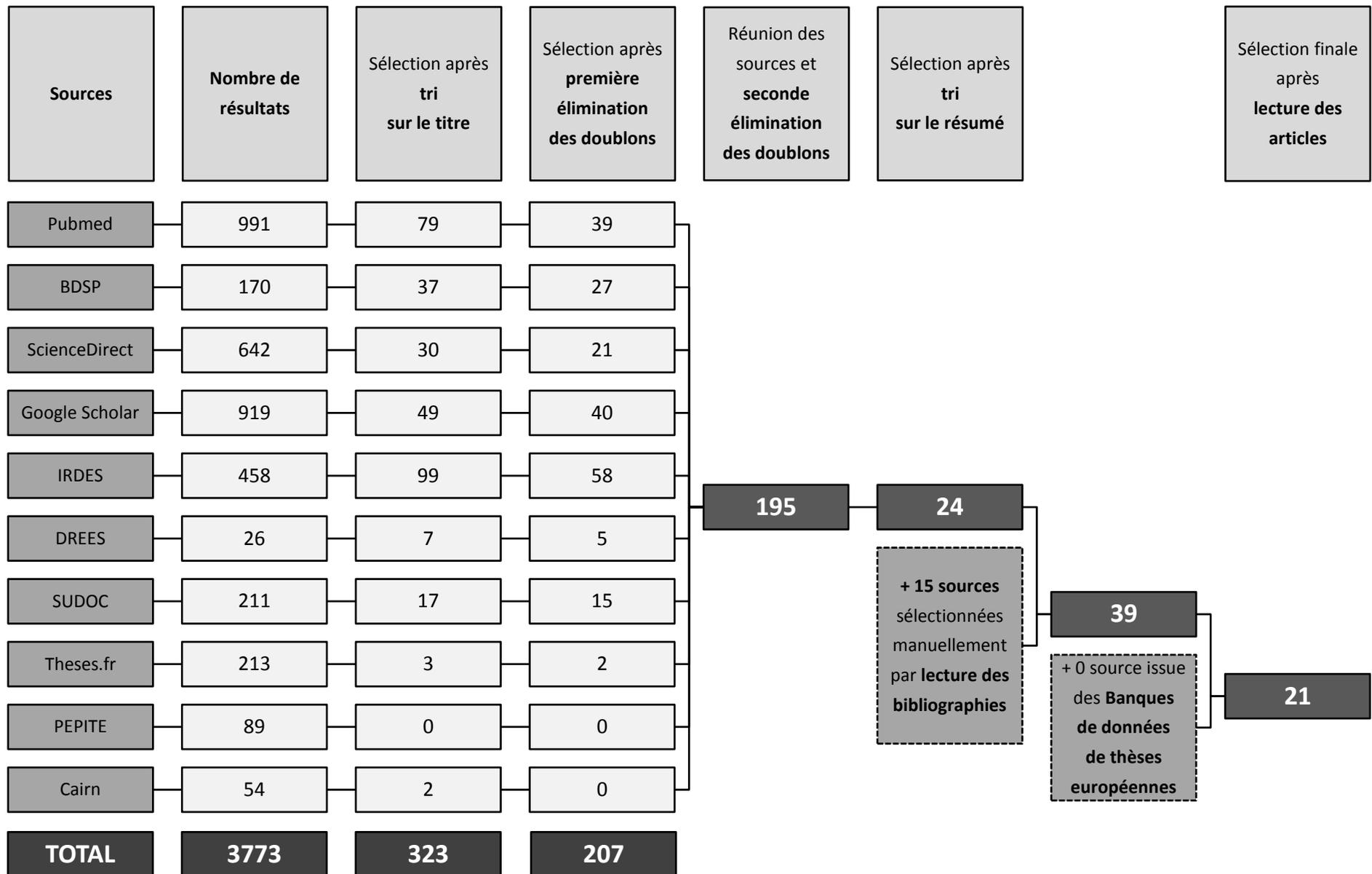
F. Inclusion finale des études

Les étapes de la recherche documentaire peuvent être résumées ainsi :

- 1^{er} tri : sur le titre ;
- Elimination des doublons au sein des résultats de chaque source ;
- Réunion des résultats de toutes les sources et élimination des doublons entre les sources ;
- 2^{ème} tri : sur le résumé ;
- Recherche manuelle par la lecture de la bibliographie des articles restants et ajout des nouvelles références obtenues ;
- 3^{ème} tri : lecture complète des articles et thèses obtenus.

L'organigramme suivant reprend les différentes étapes de la recherche et le nombre de références obtenues pour chaque source puis lors de chaque étape.

Organigramme 1 : Synthèse de la recherche documentaire



G. Evaluation de la qualité des études

La qualité des études quantitatives a été évaluée par une grille inspirée de la grille de la McMaster University (School of Rehabilitation Science) à Hamilton au Canada : « Critical Review Form - Quantitative Studies »⁽²⁰⁾. Son adaptation française est présentée en Annexe 2. Cette grille a été créée en 1998 par un groupe de recherche spécialisé dans l'« Evidence-Based Medicine ». Elle a été traduite en français et adaptée à nos besoins.

Cette grille comporte 9 domaines d'évaluation pour un total de 14 items. Une note sur 14 a donc été attribuée à la fin de l'analyse critique pour déterminer la validité et l'applicabilité des données de l'étude concernée. Le détail du barème est également décrit en Annexe 2.

La qualité des études qualitatives a été évaluée par la grille de Côté-Turgeon élaborée en 2002⁽²¹⁾ et présentée en Annexe 3. Cette grille est le produit d'une revue de littérature d'ouvrages méthodologiques anglais et français. Elle est concise et facile d'utilisation, rédigée dans un langage qualitatif le plus simple possible, présentée selon la structure introduction, méthodes, résultats, discussion et conclusion et basée sur des critères de clarté et de cohérence⁽²¹⁾.

Cette grille comporte 12 items, chaque item apportant 1 point lors de l'analyse critique, nous avons donné une note sur 12 à chaque article afin d'en évaluer globalement la qualité.

Le détail des notes de chaque article est présenté en Annexe 4.

H. Extraction des données

Les principales informations des études sélectionnées sont synthétisées dans les tableaux 1, 2 et 3 de l'Annexe 5 :

- Titre
- Pays
- Date
- Type d'étude
- Objectif(s)
- Méthodes
- Population étudiée
- Principaux biais et limites retrouvés
- Analyse critique : note sur 14 pour les études quantitatives et sur 12 pour les études qualitatives.

Puis, les principaux résultats de chaque référence ont été extraits et classés sous la forme du modèle CAP (Connaissances, Attitudes, Pratiques) ⁽²²⁾⁽²³⁾. Les enquêtes CAP sont des études mixtes, fréquemment utilisées en santé publique et en sociologie. Elles ont la particularité d'étudier les perceptions et les comportements des populations face à un phénomène précis. Ces caractéristiques pouvant être un obstacle dans le changement des comportements, ces enquêtes évaluent ainsi les besoins éducatifs d'une population.

Nous avons choisi d'extraire nos résultats selon ce modèle, qui nous semblait particulièrement adapté à notre sujet.

- Les Connaissances : représentent ce que l'on sait, ce que l'on a appris mais également les perceptions et les représentations.
- Les Attitudes : sont les manières d'être, les « tendances à ». Ce sont les données les plus difficilement mesurables.
- Les Pratiques : sont les comportements. Ce que l'on peut observer, elles représentent le concret.
- Le Niveau de satisfaction de la population étudiée complète souvent ces études.

I. Analyse des données

La méthode mixte permet de combiner dans une même synthèse des données quantitatives et qualitatives ⁽¹⁸⁾.

Dans ce travail, nous utiliserons une approche interprétative pour les deux types de données.

Cette approche est fréquemment utilisée pour la synthèse de données quantitatives mais malgré cela, il existe peu de documentations sur la conduite à tenir pour la réalisation de cette méthode. En 2006, Petticrew et Roberts décrivent 3 étapes ⁽¹⁸⁾⁽²⁴⁾ :

- Classer les études de manière cohérente selon la question initiale.
- Analyser chaque étude et faire une description narrative de ses résultats et de ses caractéristiques.
- Faire une synthèse des résultats en tenant compte des facteurs pouvant altérer leur généralisation.

Ce type d'approche pour les données quantitatives permet une interprétation « holistique » et une certaine flexibilité.

Pour les données qualitatives selon Pope et Mays, il s'agit de dégager les concepts de chacune des études, de les analyser de manière interprétative et d'en faire ressortir des concepts dits « de second ordre » ⁽¹⁸⁾⁽²⁵⁾. Ces concepts sont alors associés de manière à apporter une explication du phénomène étudié ⁽²⁵⁾.

Ce type d'approche permet de respecter les caractéristiques de la méthode qualitative dans une synthèse.

Pour les deux types d'études, les thèmes ou concepts regroupant les données étaient les connaissances, les attitudes, les pratiques et le niveau de satisfaction des patients.

Nous avons effectué deux synthèses parallèles que nous avons ensuite combinées. Il s'agit d'une synthèse convergente par analyse thématique.

RESULTATS

21 références ont été retenues pour l'extraction et l'analyse des résultats : 11 sont des études quantitatives, 8 des études qualitatives et 2 des études mixtes (Annexe 5).

Parmi les études quantitatives, 5 sont des thèses d'exercice et ont été réalisées en France. Les 6 autres sont des articles de revue dont 2 ont été réalisés en Espagne et 1 dans chacun des pays suivants : Belgique, Pays-Bas, Grèce et Allemagne. Il n'a pas été trouvé d'études quantitatives pour les autres pays de l'Union Européenne.

La totalité des études qualitatives a été réalisée en France, 7 sont des thèses d'exercice en médecine générale et 1 est un article de revue. Il n'a pas été trouvé d'études qualitatives sur ce sujet dans les autres pays européens.

Concernant les études mixtes, l'une est une thèse française et l'autre un article de revue à partir d'une étude réalisée au Royaume-Uni.

I. Connaissances

A. Les représentations de l'ordonnance et du médicament

La perception du médicament a été étudiée dans deux thèses françaises, en 2008 ⁽²⁶⁾ et 2011 ⁽²⁷⁾.

Dans ces études, l'image du médicament était globalement positive, allant parfois jusqu'à la croyance aux médicaments « miracles ». Il pouvait être perçu par les patients comme le moyen d'éviter les complications et le seul accès à la guérison. Il est apparu comme faisant partie du quotidien, très peu de personnes lui trouvaient des aspects négatifs, jusqu'à en occulter les effets secondaires.

La thèse du Dr Devier-Audoual datant de 2008, a étudié les représentations des patients français concernant l'ordonnance. Elle apparaissait comme l'accès aux médicaments et à la guérison, et plaçait les patients au centre du soin. L'ordonnance était présentée comme la conclusion d'une relation de confiance avec le médecin, et le rôle propre de celui-ci ⁽²⁶⁾.

Les représentations de l'ordonnance et du médicament en général n'ont pas été étudiées dans les autres références. Les représentations concernant les antibiotiques sont décrites ci-dessous.

B. Les antibiotiques

Des enquêtes relativement similaires ont été menées entre 2007 et 2013 en France, Allemagne, Pays-Bas, Grèce et Royaume-Uni ⁽²⁸⁾⁽²⁹⁾⁽³⁰⁾⁽³¹⁾⁽³²⁾ pour évaluer les connaissances de la population en ce qui concerne les antibiotiques. Une seule étude pour chaque pays énoncé a été retrouvée.

1. Le rôle des antibiotiques

L'action des antibiotiques sur les bactéries était relativement bien connue pour les populations étudiées (France ⁽²⁸⁾, Allemagne ⁽²⁹⁾ et Pays-Bas ⁽³⁰⁾), puisque plus de 75% des répondants connaissaient leur rôle bactéricide.

Ce bon résultat était contrasté par l'ignorance de leur inactivité sur les virus pour presque la moitié des patients hollandais interrogés ⁽³⁰⁾, 38% de ceux de l'étude réalisée au Royaume-Uni ⁽³²⁾ et 1/4 des patients de l'étude allemande ⁽²⁹⁾. Les français semblaient les mieux informés sur le sujet. En effet dans la thèse du Dr Collomb-Gery, seuls 16% des patients pensaient que les antibiotiques étaient actifs sur les virus ⁽²⁸⁾. Cependant l'échantillon relativement faible de cette étude par rapport aux autres études européennes nuance la comparaison et ne permet pas d'en tirer des conclusions.

2. Reconnaître un antibiotique

Lorsqu'il s'agissait de reconnaître les antibiotiques dans une liste de médicaments, les patients de l'étude grecque n'ont été que 30,4% à ne pas faire d'erreur ⁽³¹⁾.

Les patients de l'étude française n'étaient eux que 43% à connaître le nom d'un antibiotique ⁽²⁸⁾.

De manière générale, la famille la plus citée était celle des bêta-lactamines et notamment la pénicilline.

3. Les indications des antibiotiques

Parallèlement au fait qu'un nombre important de personnes ne connaît pas l'inactivité des antibiotiques sur les virus, il existe encore beaucoup de confusion quant aux indications des antibiotiques. 1/4 des patients de l'étude grecque ⁽³¹⁾ et de l'étude française ⁽²⁸⁾ et 1/3 des patients de l'étude anglaise ⁽³²⁾ pensaient que la grippe nécessitait des antibiotiques. Pour 20% des patients hollandais, les antibiotiques aidaient toujours à se sentir mieux en cas de rhume et pour 68% d'entre eux, en cas de bronchite ⁽³⁰⁾. En ce qui concerne l'étude allemande, 30,8% des personnes interrogées pensaient que les antibiotiques contribuaient à se rétablir plus vite en cas de grippe ou de rhume ⁽²⁹⁾.

Selon les patients interrogés dans l'enquête menée au Royaume-Uni, l'efficacité des antibiotiques variait également selon les symptômes présentés ⁽³²⁾. 40% des patients pensaient que les antibiotiques raccourcissaient la durée d'une toux avec expectorations verdâtres, 19% pour un écoulement nasal vert et 18% pour une toux avec expectorations jaunes. 24% pensaient que les antibiotiques étaient efficaces sur la plupart des toux et des rhumes ⁽³²⁾.

4. La résistance aux antibiotiques

Cette notion est très bien connue de la plupart des européens, puisque dans les études grecque, hollandaise, allemande et française, 90% des personnes interrogées étaient au courant de ce phénomène.

5. Les informations reçues sur les antibiotiques

En Grèce, 90% des patients signalaient avoir obtenu des informations sur l'utilisation judicieuse des antibiotiques de la part des médecins ⁽³¹⁾.

Dans l'étude réalisée aux Pays-Bas, 31,3% avaient reçu des informations sur les antibiotiques au cours des 12 derniers mois, majoritairement de la part d'un médecin ⁽³⁰⁾.

Pour 87% des patients de l'étude française, le médecin était la première source d'information ⁽²⁸⁾.

6. Autres

78% des patients de l'étude grecque pensaient que les antibiotiques étaient trop utilisés ⁽³¹⁾.

La nocivité des antibiotiques n'était connue que par 56% des personnes de l'étude française ⁽²⁸⁾. Pour 28% des personnes, leur utilisation était sans risques ni conséquences ⁽²⁸⁾.

C. La perception des pathologies infectieuses respiratoires hautes

Les connaissances et représentations de la population française, en ce qui concerne les infections respiratoires hautes ont été étudiées dans deux thèses, par une méthode mixte en 2011 ⁽²⁷⁾ et de manière qualitative en 2012 ⁽³³⁾.

Dans l'étude mixte, les patients signalaient mal tolérer les symptômes des pathologies bénignes tels que la toux, l'écoulement nasal, la fièvre et le mal de gorge. Ils étaient même parfois jugés « insupportables », particulièrement en raison

de leur impact sur la vie quotidienne ⁽²⁷⁾. Il n'a pas été trouvé d'autres articles européens évoquant les perceptions des infections respiratoires hautes. Cependant, nous verrons plus loin dans le chapitre « Pratiques », que dans une étude réalisée au Royaume-Uni, une majorité de patients qui consultaient pour ce type d'infection le faisaient car celle-ci impactait sur leur vie quotidienne et parce que les symptômes étaient sévères ⁽³²⁾.

Les connaissances des parents français d'enfants atteints de rhinopharyngite sont encore assez fragiles dans l'étude qualitative du Dr Leroux-Bolteau ⁽³³⁾. Ils n'ont mentionné à aucun moment le caractère viral de l'infection. Seuls certains parents décrivaient la triade de symptômes obstruction nasale / toux / fièvre, la plupart n'évoquaient que quelques symptômes. Ils n'étaient que quelques parents à reconnaître la désobstruction rhinopharyngée comme traitement nécessaire et suffisant. Malgré cela, les antibiotiques n'étaient pas forcément évoqués dans un premier temps. Pour la plupart, le traitement efficace comprenait un sirop antitussif, un mucolytique et un spray nasal ⁽³³⁾.

Que ce soit les parents d'enfants atteints de rhinopharyngite ou les adultes atteints d'une infection respiratoire haute, le caractère bénin de la pathologie est relativement acquis dans les études françaises. Le caractère spontanément résolutif de ces infections est moins décrit. Dans l'étude grecque, environ 60% des parents en étaient conscients ⁽³¹⁾.

D. La prescription et la non-prescription médicamenteuse

Le thème spécifique de la non-prescription médicamenteuse a été abordé dans deux thèses qualitatives françaises en 2012 et 2013 ⁽³⁴⁾⁽³⁵⁾.

La première avait mis en évidence l'importance de la prescription médicamenteuse au cours de la consultation ⁽³⁴⁾. Elle était citée systématiquement lorsqu'il a été demandé aux patients de décrire une consultation habituelle. Par contre, les situations de non-prescription restaient relativement rares dans la mémoire des patients et ne représentaient que quelques cas pour des motifs spécifiques de consultations (les certificats médicaux, les demandes de consultations spécialisées et les consultations de soutien). Un motif de consultation était directement associé à une prescription médicamenteuse.

La thèse réalisée en 2013 avait cependant mis en évidence une certaine facilité de la non-prescription ressentie par les médecins interrogés ⁽³⁵⁾.

De manière générale, les médecins ressentaient une évolution positive des mentalités des patients vis-à-vis de la non-prescription médicamenteuse.

II. Attitudes

A. Vis-à-vis du médicament, de l'ordonnance et du médecin

1. Le médicament

En France, les expériences positives des patients et des médecins avec les médicaments ⁽³⁶⁾ ont engendré des attentes importantes vis-à-vis de ceux-ci. Dans la thèse du Dr Mauraizin, ils étaient plus de 40% à s'attendre à ce qu'un médicament existe pour tous les problèmes de santé ⁽³⁷⁾. Cette attitude était prédominante chez les plus de 65 ans, stigmata de plusieurs générations de croyance aux « médicaments miracles ».

On remarque malgré tout l'émergence d'une méfiance de la part des patients vis-à-vis des médicaments. Cette méfiance est en partie due aux affaires médiatisées de ces dernières années et à la conscience des effets parfois néfastes des médicaments ⁽²⁷⁾⁽³⁵⁾.

En Espagne, on observe une attitude de prudence et de scepticisme à l'égard du médicament déjà bien ancrée ⁽³⁸⁾.

2. L'ordonnance

En France, l'habitude des patients de sortir de chez le médecin avec une ordonnance est ressortie dans plusieurs études ⁽²⁷⁾⁽³⁵⁾⁽³⁹⁾. Auparavant, le médecin était jugé sur la longueur de son ordonnance. De nos jours, elle conclut encore presque toujours la consultation, c'est ce que le patient est venu chercher et pour certains ce qu'ils paient à la fin de la consultation.

3. Les antibiotiques

Que ce soit en France ou en Allemagne, les patients étaient une grande majorité à déclarer n'utiliser les antibiotiques « que si c'est absolument nécessaire »⁽²⁸⁾⁽²⁹⁾⁽³³⁾.

Dans une thèse française, ils étaient même 12% contre leur utilisation⁽²⁸⁾.

4. Le médecin

La confiance en son médecin semblait plus marquée en France⁽²⁷⁾⁽²⁸⁾ que dans les autres pays européens, notamment l'Espagne⁽³⁸⁾. Les patients étaient relativement d'accord sur le fait que seul le médecin décide de la nécessité ou non de la mise en place d'un traitement.

B. Les motifs de consultation

Les motifs, qui selon les patients seraient les plus à même de les faire consulter dans un contexte d'infection des voies respiratoires de leur enfant, sont décrits dans un article grec⁽³¹⁾ et une étude française⁽³³⁾.

Pour les parents grecs, l'écoulement nasal accompagné d'autres symptômes motiverait une consultation chez 95,4% des parents interrogés⁽³¹⁾.

En France, la toux était le motif de consultation le plus fréquent (à 72%), suivie de la symptomatologie nasale accompagnée d'autres symptômes (40%) et de la présence de fièvre (28 %) ⁽³³⁾.

C. Les attentes des patients

1. Générales

Les attentes prioritaires d'une consultation ont été décrites dans un article allemand, un espagnol, un anglais et dans cinq études françaises.

En France, si l'attente d'une prescription médicamenteuse faisait partie des attentes systématiquement évoquées par les patients, elle n'était pas l'attente principale ⁽²⁷⁾⁽³⁵⁾⁽³⁷⁾⁽⁴⁰⁾. Les attentes concernant les explications, l'écoute, les conseils, la réassurance et le diagnostic étaient autant d'attentes au moins aussi importantes pour les patients.

Pour les allemands consultant pour un rhume, « être examiné, recevoir des conseils ou un certificat » ou recevoir un traitement symptomatique étaient les attentes principales pour près de la moitié des personnes interrogées ⁽²⁹⁾. La place de l'attente de prescription était dans cette étude assez similaire à la France : importante mais non prioritaire.

Dans une étude réalisée en Espagne, l'attente de prescription médicamenteuse était classée particulièrement loin derrière d'autres attentes signalées comme prioritaires ⁽⁴¹⁾. Les attentes d'écoute, de diagnostic, d'explications et de réassurance, de conseils, d'un temps accordé suffisant, d'une lettre pour un spécialiste, d'un examen clinique et de soutien étaient prédominantes. Pour 22,5% des personnes interrogées, l'attente de prescription médicamenteuse était même l'attente la moins importante ⁽⁴¹⁾.

A l'inverse, au Royaume-Uni, les attentes de prescriptions médicamenteuses en cas d'infections des voies respiratoires prédominaient dans l'article de McNulty et al., que ce soit pour un traitement antibiotique pour la moitié des patients ou un traitement symptomatique pour le quart ⁽³²⁾. Venaient ensuite la volonté d'éliminer une complication, le souhait d'obtenir des informations, un certificat d'arrêt de travail et une lettre pour un spécialiste.

2. Les attentes de prescription médicamenteuse

On observe une certaine ambivalence des français à l'égard de leur attente de prescription médicamenteuse. Selon la thèse du Dr Maquet, plus de la moitié des patients attendaient une prescription de médicaments lorsqu'ils se rendaient chez leur médecin traitant pour un problème précis ⁽⁴⁰⁾. Mais si cette question était posée de manière plus générale comme dans la thèse du Dr Mauraizin : « Selon vous toutes les consultations doivent se terminer par une prescription de traitement médicamenteux ? », la tendance s'inversait puisque 88% des patients ont répondu « Non » ⁽³⁷⁾.

Deux autres thèses françaises ont fait ressortir ce besoin prédominant d'une prescription médicamenteuse ⁽²⁷⁾⁽³⁵⁾. La prescription permettait aux patients d'être rassurés et de combler leur attente de guérison.

Cette ambivalence peut être le reflet d'une évolution progressive des mentalités des patients notée par les médecins. Ceux-ci ont l'impression que les patients étaient plus ouverts et attendaient moins une prescription systématique ⁽³⁵⁾⁽⁴²⁾.

En ce qui concerne les affections bénignes transitoires, les français étaient particulièrement en attente de prescriptions. Dans le travail du Dr Flouret-Guyot, 70% des personnes interrogées attendaient un traitement pour au moins un des cas

suivants : bronchite, rhinopharyngite et gastro-entérite, et plus d'un quart pour chacun de ces cas ⁽²⁷⁾.

Les médicaments particulièrement attendus par les parents d'enfants atteints de rhinopharyngite étaient le sirop antitussif, le spray nasal, la kinésithérapie respiratoire et un fluidifiant bronchique ⁽³³⁾.

De manière comparable, dans l'étude réalisée au Royaume-Uni, les 3/4 des patients qui ont consulté pour une pathologie de voies respiratoires attendaient une prescription médicamenteuse ⁽³²⁾.

3. Les attentes d'antibiotiques

Les attentes de prescriptions d'antibiotiques pour des pathologies des voies respiratoires bénignes restaient encore élevées en Europe. Ces attentes concernaient majoritairement des pathologies virales pour lesquelles les antibiotiques n'ont aucune efficacité, telles que la grippe, la rhinopharyngite ou la plupart des angines et bronchites. Il n'a pas été retenu de différences notables entre les pays étudiés. Les attentes de prescription variaient selon les représentations des patients et en fonction des symptômes présentés.

Dans chaque pays, il a été retrouvé une forte attente d'antibiotiques pour au moins une affection bénigne transitoire ou un type de symptôme non spécifique.

Dans les études allemande ⁽²⁹⁾ et hollandaise ⁽³⁰⁾, environ 35% des patients déclaraient savoir quand ils avaient besoin d'antibiotiques avant même de consulter le médecin.

Dans l'article de Faber et al., près de la moitié des allemands attendaient des antibiotiques quand ils consultaient pour la grippe et plus de 10% pour le rhume ⁽²⁹⁾.

Près de 3/4 des parents grecs ont choisi un traitement antibiotique lorsqu'on leur a laissé le choix pour leur enfant atteint d'une infection respiratoire haute ⁽³¹⁾. Ces attentes étaient réparties selon la pathologie ou les symptômes présentés : 45% pour une otite, 10% pour un rhume, 28% pour de la fièvre, et 15% pour une toux ⁽³¹⁾.

Une bronchite aiguë nécessitait systématiquement des antibiotiques pour 57,6% des patients de l'étude hollandaise ⁽³⁰⁾. Les attentes d'antibiotiques pour un rhume étaient quant à elles quasiment inexistantes. L'attente de prescription d'antibiotiques variait selon les symptômes : 6,5% pour une toux grasse transparente, 7% pour une odynophagie, 26% pour une toux avec fièvre, 28,2% pour une toux avec expectorations purulentes et 46,2% pour une toux qui durait plus de deux semaines ⁽³⁰⁾.

Au Royaume-Uni, de toutes les personnes interrogées dans l'article publié par Mc Nulty et al., 32% attendaient un antibiotique s'ils consultaient pour une grippe, 17% pour un mal de gorge, 13% pour une toux, 4% pour un rhume ⁽³²⁾. Ceux qui ont effectivement consulté étaient 53% à attendre la prescription d'un antibiotique.

En France, la variation des attentes selon les symptômes a été décrite également pour la rhinopharyngite de l'enfant ⁽³³⁾. C'est l'otalgie qui prédominait dans 45,4% des cas, puis venaient la fièvre et la toux tandis que les symptômes du rhume amenaient rarement les parents à attendre des antibiotiques.

4. Les facteurs influençant les attentes de prescription médicamenteuse

Comme nous l'avons décrit ci-dessus, les attentes de prescriptions médicamenteuses des patients dépendaient en partie des symptômes et de la pathologie présentés.

Dans l'étude espagnole, la confiance dans l'efficacité du médicament a également influencé les attentes des patients ⁽³⁸⁾.

Au Royaume-Uni, 63% des personnes interrogées ont répondu que les effets secondaires des antibiotiques n'étaient pas ou peu un problème quant à leurs attentes de traitements ⁽³²⁾.

En France, il a été noté que des discussions avec d'autres patients pouvaient influencer une attente de prescription, de même que les informations rapportées par les médias ⁽³⁴⁾.

Le faible niveau d'éducation était largement cité dans les études européennes comme facteur prédisposant à l'attente de prescription médicamenteuse. Les études n'étaient pas concordantes quant à l'influence du sexe et de l'âge sur cette attente.

D. La non-prescription médicamenteuse

Plusieurs travaux français ont étudié le rapport des français à la non-prescription médicamenteuse ⁽²⁶⁾⁽³³⁾⁽³⁴⁾. Les patients ne s'attendaient pas forcément à

une prescription particulière mais son absence semblait poser malgré tout problème à certains.

La non-prescription se heurtait à l'habitude de sortir d'une consultation avec une ordonnance médicamenteuse, aux représentations des patients et à l'expérience qu'ils avaient acquise au cours d'autres maladies.

Ils trouvaient la non-prescription inquiétante, elle semblait représenter le doute du médecin et donc l'incertitude de la guérison. Pour certains elle pouvait être le signe que le médecin ne prenait pas au sérieux leur état de malade.

Les patients français étaient tout de même partagés au sujet de la consultation sans prescription médicamenteuse. Certains se sont déclarés favorables à cette pratique et d'autres étaient d'accord sous certaines conditions : des explications et un climat de confiance avec leur médecin.

E. Les alternatives à la prescription

1. Les alternatives non médicamenteuses

Les résultats de plusieurs thèses montraient que l'attitude des français était plutôt en faveur des alternatives non médicamenteuses sous réserve d'un accès aux informations souhaitées.

Dans une thèse française réalisée en 2013, les patients étaient majoritairement favorables à ces alternatives quand leur médecin les jugeait nécessaires et après explications de sa part ⁽³⁵⁾.

Ceci était confirmé par la thèse du Dr Mauraizin dans laquelle 87% des patients pensaient qu'un traitement non médicamenteux pouvait-être aussi efficace qu'un médicament ⁽³⁷⁾.

Dans le travail du Dr Devier-Audoual, les français avaient un avis partagé quant au fait de remplacer la prescription écrite par une autre forme de prescription ⁽²⁶⁾. Certains patients étaient d'accord s'ils avaient accès facilement aux informations, d'autres n'étaient pas d'accord car ils considéraient que cela diminuait le rôle du malade dans le système de soins, et que sans l'ordonnance, il n'y avait pas de « matérialisation de l'accès possible à la guérison » ⁽²⁶⁾.

2. La prescription différée d'antibiotiques

Dans la thèse du Dr Collomb-Gery, une grande majorité des patients (88 %) acceptaient de retarder la prise d'un antibiotique sur conseil de leur médecin ⁽²⁸⁾. Parallèlement, ils signalaient dans le travail du Dr Leroux-Bolteau leur agacement dans la possibilité de reconsulter quelques jours plus tard si besoin ⁽³³⁾.

Pour les hollandais, l'adhésion à la prescription différée est largement moins acquise puisque dans l'article de Cals et al., seuls 39,7% des patients trouvaient la prescription différée acceptable ⁽³⁰⁾.

3. Les conseils

Les patients français étaient partagés en ce qui concerne le rôle des conseils dans leur prise en charge et notamment quand ceux-ci venaient remplacer la prescription médicamenteuse. Le travail qualitatif de la thèse des Drs Hennion-Gasrel et Diblanc-Stamm a évoqué cette divergence d'opinions ⁽³⁵⁾. Certains avaient une vision positive des conseils fournis par leur médecin, ils préféraient un conseil personnalisé plutôt qu'une prescription systématique. D'autres favorisaient les

médicaments aux conseils. Ils en avaient une vision négative et le médecin était alors perçu comme moralisateur ⁽³⁵⁾.

Ce débat reflétait tout de même une évolution des mentalités des patients vis-à-vis des conseils puisque les médecins interrogés ont trouvé que leurs patients adhéraient plutôt facilement aux conseils qui leur avaient été prodigués.

III. Pratiques

A. Les motifs des consultations

1. Les affections bénignes transitoires

Plusieurs articles européens se sont accordés sur le fait que la majorité des consultations en soins primaires étaient motivées par des affections bénignes spontanément résolutive ⁽³²⁾⁽⁴⁰⁾⁽⁴¹⁾.

Dans la thèse du Dr Maquet réalisée en 2009, plus de 2/3 des consultations effectives étaient pour des pathologies mineures et bénignes ⁽⁴⁰⁾.

Les pratiques des patients français concernant les affections transitoires ont été étudiées par le Dr Flouret-Guyot dans une thèse en 2011 ⁽²⁷⁾. Plus de la moitié des patients de cette étude allaient régulièrement consulter leur médecin traitant en cas de rhinopharyngite, près de 3/4 en cas de bronchite, près de 2/3 pour une gastro-entérite et plus d'1/3 pour du stress ou de la fatigue ⁽²⁷⁾.

Dans une étude espagnole, des problèmes probablement spontanément résolutifs étaient la cause de plus de la moitié des consultations ⁽⁴¹⁾.

Au Royaume-Uni, dans l'article de McNulty et al., 1/5^{ème} des personnes ont consulté lorsqu'elles ont eu une infection respiratoire haute ⁽³²⁾. La moitié de ces personnes l'avait fait parce que les symptômes étaient sévères, l'autre moitié parce que les symptômes ne s'étaient pas améliorés. Parmi les patients qui ont consulté, environ 10% ont signalé qu'ils contactaient habituellement leur médecin traitant lorsqu'ils présentaient ce type d'infection ⁽³²⁾.

2. Avec prescription contre le gré du médecin généraliste

Une thèse réalisée en 2009 a étudié les prescriptions contre le gré des médecins généralistes français ⁽⁴³⁾. Les motifs des consultations ayant conduit à ce type de prescription ont été par ordre de fréquence : les troubles du sommeil, l'asthénie, les douleurs, les troubles de l'humeur ou psychiatriques, les symptômes infectieux apyrétiques, les traumatismes et l'hyperthermie ⁽⁴³⁾.

3. Sans prescription médicamenteuse

Dans cette thèse du Dr Cauchois, les consultations sans prescription médicamenteuse ont été également analysées ⁽⁴³⁾. Les motifs de ces consultations étaient par ordre de fréquence : l'asthénie, les troubles du sommeil, les troubles de l'humeur ou psychiatriques, les symptômes infectieux apyrétiques, les traumatismes, les douleurs et l'hyperthermie ⁽⁴³⁾.

On remarque qu'un même type de symptômes peut amener un médecin à une prescription contre son gré ou à une consultation sans prescription médicamenteuse.

Dans une autre thèse française réalisée en 2007, les plaintes des patients traités sans médicaments ont été classées par ordre de fréquence : les troubles psycho-socio-comportementaux, les pathologies de l'appareil locomoteur, les douleurs non caractéristiques, le surpoids et autres problèmes métaboliques, l'asthénie et les pathologies fonctionnelles digestives ⁽³⁷⁾.

B. La demande de prescription, la négociation et le refus de prescrire

La demande formulée d'une prescription médicamenteuse au cours d'une consultation apparaît comme une pratique encore fréquente dans certains pays d'Europe.

Dans l'article grec sur les infections respiratoires hautes de l'enfant, 85% des parents ont déclaré qu'ils demandaient au médecin si les antibiotiques étaient nécessaires ou non, 25% demandaient à leur médecin de leur prescrire des antibiotiques et près de 20% avaient déjà insisté ⁽³¹⁾.

Dans l'article réalisé au Royaume-Uni en 2011, 1/4 des patients ont demandé des antibiotiques à leur médecin pour une infection respiratoire haute dans l'année écoulée ⁽³²⁾.

Dans un travail qualitatif français réalisé par le Dr Leroux-Bolteau en 2012, la négociation d'un traitement médicamenteux a été abordée par les patients dans le cadre de la prise en charge de leur enfant atteint d'une rhinopharyngite ⁽³³⁾. La plupart des parents ont évoqué la simple idée non formulée d'une prescription médicamenteuse, voire la suggestion. Pour d'autres parents, les demandes étaient directes, explicites, certains insistant face au refus du médecin, parfois même jusqu'au conflit pour obtenir ce qu'ils étaient venus chercher ⁽³³⁾.

En France selon une thèse effectuée en 2013, plus de 80% des médecins d'Ile-de-France interrogés ont déclaré recevoir des demandes de médicaments venant des patients ou parfois de leurs proches ⁽⁴⁴⁾.

La difficulté des médecins à refuser ces demandes apparaît nettement dans deux thèses françaises ⁽³⁷⁾⁽⁴³⁾ et un article anglais ⁽³²⁾.

Dans la thèse du Dr Mauraizin, 1/4 des demandes de prescriptions inappropriées se terminaient par une prescription si le patient insistait et 1/4 obtenaient un refus ⁽³⁷⁾. Une autre réponse à ces demandes était l'orientation vers une médecine complémentaire.

Concernant les patients anglais, seules 3,5% des demandes d'antibiotiques pour une infection respiratoire haute ont été refusées dans l'étude concernée ⁽³²⁾.

Des médecins généralistes ont été interrogés au cours d'un travail de thèse qualitative sur le type de population particulièrement demandeuse de prescription médicamenteuse et aucun profil particulier n'était ressorti de cette étude ⁽³⁵⁾. Quelques médecins ont cité les personnes âgées, les bénéficiaires de la CMU (Couverture Maladie Universelle), et certaines personnes avec un faible niveau culturel comme plus demandeuses de médicaments ⁽³⁵⁾.

C. Les prescriptions médicamenteuses

1. Généralités

En France, la prescription systématique à la fin d'une consultation semble une habitude encore bien ancrée. Au cours de l'étude du Dr Maquet, plus de la moitié des patients ont déclaré avoir reçu une prescription de médicaments à chaque fois qu'ils

ont consulté leur médecin ⁽⁴⁰⁾. Au cours de la consultation analysée lors de ce travail, 77% ont reçu une ordonnance médicamenteuse alors que seulement 50% des prescriptions étaient estimées comme strictement nécessaires ⁽⁴⁰⁾.

Les autres études européennes n'ont pas étudié la fréquence de la prescription médicamenteuse.

Plusieurs études européennes ont souligné la spécificité de la consultation pédiatrique, notamment pour la rhinopharyngite de l'enfant ⁽³¹⁾⁽³³⁾⁽³⁵⁾. Les inquiétudes des parents et parfois celles des médecins ont été clairement décrites et associées à une forte prescription de traitements symptomatiques et d'antibiotiques chez les enfants.

L'identification de l'origine de la prescription médicamenteuse, c'est-à-dire venant du médecin, du patient ou d'une discussion entre les deux, est un facteur important à connaître dans l'analyse des déterminants de cette prescription. Une thèse française a cherché à identifier les origines des prescriptions. Dans ce travail, 57.1% des médecins ont déclaré être les seuls à l'origine de la prescription, 36.7 % prescrivaient après discussion avec le patient et 6.1% ne prescrivaient que sur demande exclusive du patient ⁽⁴⁴⁾.

Au Royaume-Uni, un article a étudié les origines de la prescription d'antibiotiques pour les infections respiratoires hautes : 74% des patients se sont vus prescrire des antibiotiques après une discussion et 23% sans aucune discussion au sujet de leur maladie ⁽³²⁾.

L'analyse de ces deux références ne permet pas de définir la part de responsabilité du patient dans la prescription, cette participation ne peut être réelle que lorsque le médecin l'invite à prendre part à la décision.

2. Les prescriptions contre le gré des médecins

Les prescriptions contre le gré du médecin sont en partie responsables de la surprescription. Une seule étude française a spécifiquement étudié ces situations de prescription. Les raisons de ces prescriptions évoquées par les médecins ont été par ordre de fréquence : pour faire plaisir au patient ou par crainte de le décevoir, lorsqu'un évènement avait fragilisé le patient, la pression du patient, les patients polyopathologiques et le manque de temps ⁽⁴³⁾.

3. Les consultations sans prescription

Les consultations sans prescription médicamenteuse ont été particulièrement étudiées dans plusieurs thèses françaises ⁽³⁵⁾⁽³⁷⁾⁽⁴²⁾⁽⁴³⁾.

Pour les médecins interrogés, il s'agissait de situations épisodiques, et pour les patients elles étaient même exceptionnelles.

Elles ont été décrites comme le résultat d'une évolution dans la relation médecin-patient et nécessitaient un investissement en termes de temps et de recherche d'une relation de confiance centrée sur le patient.

L'acceptation d'un changement de compétences a été cité comme primordiale pour que le patient adhère à la non-prescription, alors que ne pas prescrire pouvait être interprété comme une impuissance, une inaction de la part du médecin.

La majorité des patients ont déclaré respecter les recommandations du médecin en cas de non-prescription médicamenteuse.

4. Evolution des prescriptions

Les français ont remarqué une évolution des prescriptions en fonction des générations de médecins, les jeunes médecins prescrivant selon eux moins de médicaments ⁽³⁵⁾.

Les médecins français, eux, ont remarqué un changement positif des mentalités des patients en ce qui concerne la prescription médicamenteuse, ce changement selon eux se répercutait sur leurs prescriptions ⁽³⁵⁾.

5. L'observance et le devenir des prescriptions

Les résultats pour l'observance concernant les antibiotiques pour des infections respiratoires hautes en Europe étaient comparables pour les pays étudiés : la Grèce ⁽³¹⁾, la France ⁽²⁸⁾⁽⁴⁰⁾ et le Royaume-Uni ⁽³²⁾.

En moyenne, 1/4 des patients ne suivaient pas l'ordonnance telle que délivrée. Certains diminuaient le nombre de prises par jour, d'autres le nombre de jours de traitement et certains n'utilisaient pas les médicaments prescrits. Certains patients gardaient les médicaments restants pour une future utilisation.

Une thèse française a particulièrement étudié le devenir des prescriptions médicamenteuses ⁽³⁴⁾. Un tri dans les prescriptions était effectué avec le médecin lors de la consultation, puis à la pharmacie. Ce dernier tri était fondé sur les connaissances du patient, ses convictions et les explications qu'il avait pu recevoir de la part des professionnels de santé. A la maison un tri était fait selon les symptômes, après lecture de la notice, puis selon l'évolution de la maladie. Des médicaments n'étaient pas utilisés alors qu'ils avaient été demandés au médecin, ou contrairement parce qu'ils n'étaient pas attendus. Enfin des prescriptions pouvaient

être d'abord suivies puis arrêtées, en raison de l'apparition d'effets secondaires, de la résolution du problème ou de l'absence d'efficacité perçue ⁽³⁴⁾.

D. L'automédication

Les résultats concernant l'automédication sont très hétérogènes selon le pays, la pathologie et les médicaments étudiés.

Les fréquences d'automédication étaient relativement comparables dans les études réalisées en France ⁽²⁸⁾, en Espagne ⁽³⁸⁾ et au Royaume-Uni ⁽³²⁾ et se trouvaient aux alentours de 60% pour la ou les pathologies étudiées. De manière générale, les jeunes actifs et les femmes ont été décrits comme les plus enclins à l'automédication.

Paradoxalement l'étude du Dr Flouret-Guyot ⁽²⁷⁾ retrouvait une pratique de l'automédication moins fréquente en ce qui concerne la rhinopharyngite, la bronchite, le stress ou la fatigue. Plus de 2/3 des personnes interrogées ont déclaré n'avoir jamais recours à l'automédication dans ces cas ⁽²⁷⁾.

Lorsque l'on s'intéresse aux antibiotiques, le taux d'automédication pour des infections respiratoires hautes était similaire dans les études menées chez les patients français ⁽²⁸⁾ et allemands ⁽²⁹⁾ et était de l'ordre de 12 à 14%. Par contre, pour le même type d'affection, l'article réalisé au Royaume-Uni retrouvait un taux quasiment nul d'automédication par des antibiotiques ⁽³²⁾.

L'habitude des patients français à réutiliser des médicaments anciennement prescrits pour une même indication est particulièrement ressortie de plusieurs

études ⁽²⁷⁾⁽²⁸⁾⁽³⁶⁾. Une majorité de patients a déclaré avoir déjà eu recours à cette méthode et certains pour des antibiotiques. Cette tendance est particulièrement retrouvée chez les femmes, les personnes entre 25 et 39 ans et ceux n'ayant pas de traitement de fond.

E. Le déremboursement

Quelques patients d'une thèse française sur la non-prescription médicamenteuse ont remarqué que la mise en place du déremboursement avait modifié la consommation de soins et leurs demandes concernant la prescription médicamenteuse ⁽³⁵⁾.

F. Les alternatives à la prescription médicamenteuse

Hormis la prescription différée évoquée dans un article réalisé au Royaume-Uni concernant les antibiotiques, seules quatre thèses françaises ont décrit l'utilisation d'alternatives à la prescription médicamenteuse ⁽³⁵⁾⁽³⁷⁾⁽⁴³⁾⁽⁴⁴⁾.

Les alternatives fréquemment utilisées par les médecins généralistes étaient : les examens complémentaires, reconsulter quelques jours plus tard, la consultation chez le spécialiste, les médecines complémentaires, les soins paramédicaux, les cures thermales, les arrêts de travail, les explications, l'écoute et la surveillance.

IV. Le niveau de satisfaction

A. La satisfaction globale

Dans l'article espagnol de Ruiz-Moral et al., la satisfaction globale d'une consultation était directement liée au fait que le médecin avait répondu à une ou plusieurs attentes ⁽⁴¹⁾. Dans cette étude, la satisfaction était très élevée (87%). Plus de 3/4 des patients ont vu leur principale attente respectée et 1/4 sont allés demander un second avis ⁽⁴¹⁾. L'évolution clinique était liée à la satisfaction des patients et la reconsultation au fait que le médecin n'avait pas répondu à une attente.

B. La prescription

1. Vécu positif

En France, la prescription est généralement associée à la satisfaction des patients ⁽³³⁾⁽³⁴⁾⁽³⁵⁾⁽⁴³⁾. Les patients qui trouvaient les prescriptions médicamenteuses de leur médecin excessives étaient rares, de même que les patients qui ont demandé un deuxième avis pour un traitement qui ne leur convenait pas. La prescription représentait l'espoir de la guérison ou au moins le soulagement.

Dans une thèse concernant la rhinopharyngite de l'enfant, 80% des parents étaient satisfaits de la prescription obtenue et près des 3/4 étaient satisfaits de la prescription uniquement de paracétamol et de désobstruction rhinopharyngée ⁽³³⁾.

Les explications données aux parents étaient directement en lien avec l'acceptabilité du traitement.

2. Vécu négatif

Dans deux thèses françaises on retrouve la notion de vécu négatif lié à la prescription médicamenteuse ⁽²⁷⁾⁽³⁴⁾. Il résultait de la méfiance émergente à l'égard du médicament et de l'identification par les patients des limites de la médecine. Certains patients ont évoqué le ressenti que leur médecin prescrivait de façon automatique et non individualisée.

Dans l'étude grecque concernant l'utilisation des antibiotiques chez les enfants, on remarque que les parents étaient plus susceptibles de changer de médecin s'ils trouvaient que celui-ci prescrivait trop d'antibiotiques plutôt que d'en changer parce qu'ils pensaient qu'il n'en prescrivait pas assez ⁽³¹⁾.

C. La non-prescription

1. Vécu positif

En France, l'évocation d'une non-prescription dans les études qualitatives a fréquemment fait ressortir l'idée d'une satisfaction des patients dans un souhait de moindre médicalisation ⁽³⁴⁾⁽³⁵⁾⁽⁴²⁾. La non-prescription pouvait-être ressentie comme rassurante, symbole de l'absence de gravité de la pathologie.

En France ⁽⁴³⁾, en Grèce ⁽³¹⁾ et en Allemagne ⁽²⁹⁾, les résultats de satisfaction en l'absence de prescription notamment d'antibiotiques dans les infections des voies respiratoires étaient comparables. Entre 70 et 80% de la population interrogée était satisfaite soit de l'absence de prescription de médicaments soit de l'absence de prescription d'antibiotiques. Certains patients ont même signalé être satisfaits alors qu'ils attendaient une prescription médicamenteuse qui ne leur a pas été délivrée.

2. Vécu négatif

Dans des travaux qualitatifs français, une minorité de patients a évoqué un ressenti négatif des situations de non-prescription ⁽³³⁾⁽³⁴⁾⁽³⁵⁾⁽⁴²⁾. Chez ces patients, le sentiment de ne pas être pris au sérieux et la non-reconnaissance de leur statut de malade se mêlaient au sentiment d'avoir dérangé le médecin pour rien. L'étonnement et la frustration engendrés par cette situation étaient directement liés à l'habitude des patients de ressortir d'une consultation avec une ordonnance.

Certains patients associaient la non-prescription à l'incapacité du médecin à résoudre leur problème voire à son incompétence ⁽³⁴⁾.

Dans la thèse du Dr Flouret-Guyot, lors d'une situation clinique précise comme la rhinopharyngite, seuls 14,9% des patients se déclaraient prêts à accepter de ressortir de la consultation sans ordonnance médicamenteuse ⁽²⁷⁾. La majorité de personnes satisfaites en cas de non-prescription semblait ne pas persister dans des situations cliniques où le patient pouvait se projeter. On le remarque également dans la thèse du Dr Leroux-Bolteau concernant la rhinopharyngite de l'enfant, l'absence de prescription du sirop antitussif tant espéré était parfois source d'une grande frustration ⁽³³⁾.

Dans un contexte de rhinopharyngite, le taux d'insatisfaction en cas de non-prescription d'antibiotiques en Grèce ⁽³¹⁾ et en Allemagne ⁽²⁹⁾ était de l'ordre de 13%.

V. Relations entre les connaissances, les attitudes, les pratiques et le niveau de satisfaction

A. Les connaissances et les attitudes

1. Les perceptions des médecins des attentes du patient

En France, la perception des médecins de l'ordre des attentes prioritaires des patients semblait assez proche de ce qui était exprimé par les patients eux-mêmes⁽³⁵⁾⁽³⁷⁾⁽⁴²⁾. L'attente d'une prescription médicamenteuse était toujours citée dans les attentes prioritaires des patients, mais arrivait régulièrement après le diagnostic et l'écoute.

Malgré cela, lorsque les médecins estiment les attentes de prescription médicamenteuse de leurs patients au cours d'une consultation avec une situation clinique bien définie, la tendance était clairement à la surestimation en Europe⁽³⁵⁾⁽³⁷⁾⁽³⁸⁾⁽⁴⁰⁾. Près de la moitié des patients voyait leur attente de prescription médicamenteuse surévaluée.

Dans une étude espagnole, il a même été établi qu'il n'y avait aucun lien entre les attentes de prescription des patients et la perception des médecins de ces attentes⁽³⁸⁾.

2. Les connaissances et les attitudes des patients

Les connaissances ou représentations concernant les médicaments ou les pathologies ont été reliées aux attentes des patients dans plusieurs études européennes.

Dans un article allemand, l'attente de prescription d'antibiotiques a été associée aux croyances suivantes : « un rhume ou une grippe peuvent être traités par des antibiotiques » et « la prise d'antibiotiques prévient la survenue de complications d'un mal de gorge »⁽²⁹⁾.

Dans une étude menée au Royaume-Uni, cette même attente était associée au fait de penser que la plupart des toux et des rhumes pouvaient être traités par des antibiotiques et au fait de croire que les antibiotiques étaient actifs sur les virus⁽³²⁾.

Dans une étude espagnole, la croyance en l'efficacité des médicaments augmentait également significativement l'attente de prescription médicamenteuse alors que la croyance en l'automédication la diminuait⁽³⁸⁾.

En Europe, des fortes proportions de patients pensaient que les antibiotiques étaient systématiquement nécessaires pour la grippe, la rhinopharyngite, la bronchite ou bien devant des expectorations ou un écoulement nasal verdâtres. Ces croyances amenaient les patients à attendre une prescription d'antibiotiques lorsqu'ils consultaient leur médecin pour de telles pathologies. L'analyse de ces attentes d'antibiotiques n'a pas montré de réelles différences entre les pays étudiés.

B. Les connaissances et les pratiques

1. Les connaissances des patients et leurs pratiques

Au Royaume-Uni, le fait de penser que des symptômes tels que la toux grasse ou l'écoulement nasal étaient mieux soignés avec des antibiotiques était associé au fait de consulter son médecin pour une infection respiratoire haute⁽³²⁾.

Dans une étude espagnole, la présence d'une relation a été démontrée entre la croyance en l'automédication avec la pratique de celle-ci et le fait de moins consulter son médecin traitant ⁽³⁸⁾.

2. Les perceptions des médecins et la prescription

Le travail qualitatif du Dr Hauvespre a évoqué les situations délicates où le médecin ressentait une attente de prescription médicamenteuse alors qu'il pensait ne rien prescrire ⁽⁴²⁾. La difficulté de la non-prescription face à une attente de la part du patient, pouvait amener une situation de malaise au sein de la consultation.

Dans l'article espagnol de Lado et al., une association étroite a été retrouvée entre la prescription des médecins et ce qu'ils percevaient comme attendu par les patients ⁽³⁸⁾.

Dans la thèse du Dr Maquet, lorsque le médecin percevait une attente de prescription, il se sentait influencé dans sa décision de prescrire dans plus de la moitié des cas ⁽⁴⁰⁾.

C. Les attitudes des patients et les pratiques des médecins

Les attentes des patients dans les articles étudiés ont été fréquemment mises en relation avec les prescriptions des médecins. Si l'attente de prescription était majoritairement associée à une prescription médicamenteuse effective, le fait de ne pas attendre de médicaments était largement moins relié à l'absence de prescription.

Dans une thèse française, dans la moitié des cas où le patient attendait une prescription, celui-ci avait influencé la décision de prescrire ⁽⁴⁰⁾. Parmi les patients qui n'attendaient pas de prescription, presque la moitié en ont eu une qui n'était pas indispensable.

Dans la thèse française traitant de la rhinopharyngite de l'enfant : 32% des parents n'attendaient pas de traitement et en a reçu un ; 8% n'en attendaient pas et n'en a effectivement pas reçu ; 20% attendaient un traitement et l'a reçu ; 20% l'attendaient et ne l'a pas reçu ⁽³³⁾.

Dans plusieurs travaux qualitatifs français, les médecins ont fréquemment déclaré prescrire des médicaments en réponse aux attentes et exigences des patients ⁽³⁵⁾⁽³⁹⁾⁽⁴⁵⁾. La pression ressentie par les médecins était pour eux sans équivoque.

Ces attitudes pressantes étaient particulièrement évoquées en pédiatrie, ce sont les attentes que les médecins semblaient avoir le plus de mal à refuser.

Dans certains cas, comme la prise en charge de la rhinosinusite maxillaire aiguë, les habitudes et exigences des patients étaient décrites comme des facteurs de prescriptions d'antibiotiques aussi importants que certains symptômes ou terrains particuliers ⁽⁴⁵⁾.

Dans une étude espagnole, de toutes les attentes des patients, celles en rapport avec la prescription médicamenteuse étaient les mieux respectées par le médecin ⁽⁴¹⁾.

D. Les relations entre les pratiques des patients et les pratiques des médecins

De manière générale dans les études françaises, il est décrit une acceptation assez majoritaire des médecins face aux demandes des patients ⁽³⁵⁾⁽³⁹⁾⁽⁴²⁾⁽⁴³⁾⁽⁴⁴⁾⁽⁴⁵⁾. Parfois le médecin essayait d'expliquer, de négocier mais le manque de temps et le découragement étaient autant de limites au refus de prescription.

Parallèlement à cela, dans une étude belge, il a été démontré la notion selon laquelle l'expression des idées, préoccupations et attentes était directement liée à la prescription de médicament : chaque attitude, si elle était exprimée, était associée à ne pas prescrire de nouveaux médicaments ⁽⁴⁶⁾.

E. Les liens entre les connaissances, les attitudes, les pratiques et le niveau de satisfaction

La synthèse interprétative des résultats a permis de dégager des relations implicites entre les connaissances, les attitudes, les pratiques et le niveau de satisfaction des patients et des médecins.

En France, la prédominance des représentations positives des patients vis-à-vis des médicaments est à l'origine d'attitudes de confiance et d'attentes envers ceux-ci. Ce qui ressort également de l'analyse des études françaises, c'est la nette émergence et l'installation d'une méfiance des français à l'égard des médicaments en rapport avec l'évolution de leurs connaissances.

La mauvaise tolérance des français et des européens aux affections bénignes transitoires, la pression sociale et la mauvaise connaissance des maladies entraînent également une attente de prescription médicamenteuse. Et ce malgré la conscience du caractère spontanément résolutif de la plupart des pathologies motivant la majorité des consultations en Europe.

La position des français vis-à-vis de la prescription médicamenteuse est partagée. Celle-ci était jusqu'alors nettement synonyme de satisfaction et la non-prescription plutôt inquiétante pour les patients. L'émergence du scepticisme à l'égard des médicaments et l'identification des limites de la médecine entraînent une évolution vers un souhait marqué de moins de médicalisation et un vécu négatif de la prescription. La non-prescription engendre alors un ressenti positif similaire aux autres pays européens et ce même lorsque le patient s'attendait à une prescription en début de consultation.

Les patients européens déclarent en majorité une attitude plutôt restrictive vis-à-vis des médicaments et les médecins ressentent une certaine facilité à ne pas prescrire. Cependant, quand les patients sont interrogés au sujet d'une situation clinique bien définie comme une infection respiratoire haute, la tendance s'inverse nettement en faveur de l'attente de prescription médicamenteuse et d'une insatisfaction en l'absence de prescription.

F. Les alternatives à la prescription systématique

Ce thème a particulièrement été décrit dans les thèses françaises afin d'établir des pistes d'amélioration pour sortir de ce schéma de surprescription médicamenteuse ⁽³⁴⁾⁽³⁵⁾⁽³⁹⁾⁽⁴²⁾⁽⁴⁵⁾.

1. L'éducation des patients

L'éducation des patients dès leur plus jeune âge a été largement citée comme primordiale pour lutter contre la surprescription et la surconsommation médicamenteuse.

Elle passait par :

- l'information des patients sur les pathologies et les médicaments ;
- les explications par des outils pédagogiques ;
- les conseils écrits ;
- l'information sur le fonctionnement de l'industrie pharmaceutique.

Le rôle des médias et d'Internet a été cité à de nombreuses reprises, il peut être très positif, si bien encadré. Les médecins et les professions paramédicales doivent pouvoir s'appuyer sur ces supports pour l'éducation de leurs patients.

2. La formation des médecins

De nombreux médecins ont signalé leur manque de formation notamment dans la communication avec le patient. Plusieurs travaux ont souligné la possibilité de s'appuyer sur le besoin de réassurance des patients dans le but de ne pas terminer systématiquement une consultation par une prescription médicamenteuse.

3. La modification du rapport aux médicaments

La modification du rapport aux médicaments est possible via l'éducation des patients mais également par le déremboursement des médicaments à service médical rendu insuffisant. La possibilité d'un travail sur la disponibilité des médicaments au domicile a été évoquée.

4. L'augmentation des honoraires des médecins ou la fonctionnarisation de la médecine

Le manque de temps était largement cité comme un frein à la non-prescription, de même que la pression du clientélisme. Les réponses apportées par les médecins concernaient la restructuration élémentaire de la médecine en France et l'augmentation de leurs honoraires.

5. L'actualisation des recommandations

Certains médecins ont évoqué la possibilité de réactualiser les recommandations pour certaines pathologies courantes. La participation des médecins généralistes à l'élaboration de ces recommandations a été vivement souhaitée.

DISCUSSION

I. Résultats principaux

Notre revue de littérature réalisée à partir de 21 références européennes met en évidence une convergence des attitudes des patients en ce qui concerne la prescription médicamenteuse et plus particulièrement celle des antibiotiques, pour les pays étudiés (France, Grèce, Pays-Bas, Allemagne, Espagne et Royaume-Uni).

En France, parallèlement à des représentations du médicament de moins en moins positives, les attentes prioritaires lors d'une consultation sont avant tout de recevoir des explications et de l'écoute plutôt qu'une prescription de médicaments. La satisfaction en l'absence de prescription médicamenteuse apparaît une nouvelle fois très élevée.

De plus, notre travail fait ressortir que les connaissances des patients français concernant les médicaments comme les antibiotiques sont similaires à celles des autres pays étudiés, mettant même parfois en avant de meilleurs acquis. Nous soulignerons toutefois la faible connaissance des européens concernant les pathologies nécessitant des antibiotiques, générant des attentes inappropriées.

De même, les français ne se distinguent pas particulièrement pour leurs demandes de prescriptions médicamenteuses.

Ces résultats confortent les conclusions de l'étude IPSOS réalisée en 2005 ⁽¹⁾ selon lesquelles les français étaient ouverts à des évolutions dans leurs pratiques avec les médicaments puisque la France a le plus faible taux d'évolution de consommation médicamenteuse durant ces dix dernières années. La nouvelle place de celle-ci dans la moyenne européenne apparaît en partie comme le résultat de cette convergence des pratiques.

Notre revue de littérature a tout de même fait apparaître certains comportements français encore bien ancrés dans des habitudes de consommation médicamenteuse et des ambivalences entre les connaissances, attitudes et pratiques des patients. Le tout signe le prolongement de la période de transition dans l'évolution des comportements.

II. Biais et limites

A. Biais des études sélectionnées

1. Biais communs aux études quantitatives, qualitatives et mixtes

Des biais de sélection ont été observés dans la plupart des études menées. Il s'agissait principalement de biais de recrutement portant sur la façon dont les intervenants ont été sélectionnés (ex : patients issus de la salle d'attente d'un cabinet de médecine générale, médecins enseignants, cabinets urbains et médecins que l'enquêteur connaissait). Plusieurs études ont également dévoilé des biais de

volontariat ; les participants étaient principalement des personnes que le sujet intéressait particulièrement.

Des biais d'information ont été également mis en évidence. Il s'agissait de biais de non-réponse (personnes refusant de participer) et de biais de mémoire ; une partie des études demandait aux participants de se souvenir de leurs attitudes et comportements liés à une expérience passée.

2. Biais des études quantitatives

Des limites spécifiques aux études quantitatives ont été identifiées. Il s'agissait pour la majorité d'études transversales descriptives de type enquête d'opinion. Ce type d'enquête était adapté à la question étudiée, mais de faible niveau de preuve selon la Haute Autorité de Santé (HAS). Cette limite a été contournée par certains travaux en complétant l'étude quantitative par une étude qualitative.

Certaines études avaient un faible échantillon, ce qui représentait une limite dans la généralisation des résultats.

3. Biais des études qualitatives

Les biais liés à l'enquêteur, à son rôle et à son analyse des résultats sont des biais inhérents à la méthode qualitative (biais de l'interviewer, de courtoisie et d'interprétation). Le lieu de l'entretien a pu également constituer un biais externe.

B. Limites de notre revue de littérature

La première limite de notre revue de littérature est consécutive aux langues de recherche : le français et l'anglais. Nous avons dû écarter des articles écrits en

suédois, espagnol ou encore en allemand. L'anglais reste malgré tout la langue de référence dans le domaine scientifique.

Une autre limite a été le peu de références européennes trouvées en dehors de la France. Devant l'abondance de thèses françaises sur le sujet, nous avons épluché dans un second temps des bases de données de thèses européennes afin de remédier à cette lacune. Malgré cela, nous n'avons pas trouvé d'autres références correspondant à notre sujet.

La comparaison européenne s'est portée essentiellement sur les comportements vis-à-vis des antibiotiques, ce qui pouvait biaiser la généralisation des résultats à tous les médicaments. Nous avons tenté de réduire ce biais en menant une analyse, la plus précise possible, des connaissances et comportements des patients français vis-à-vis des médicaments en général. Cette analyse parallèle à celle des antibiotiques a permis d'établir des liens avec celle-ci et de généraliser ou non les résultats obtenus.

Nous avons choisi d'effectuer des recherches générant un grand nombre de « bruits » (cf. Annexe 1) afin d'être le plus exhaustif possible. Cette méthode de recherche a l'inconvénient de donner un grand nombre de résultats et le tri manuel peut être source de subjectivité.

Il n'y a pas eu de triangulation de la recherche mais nous nous sommes attelés à rendre notre méthode la plus systématique et donc la plus rigoureuse possible.

Les thèmes abordés n'étaient pas toujours comparables entre les études. La synthèse narrative a permis de remédier à cela. Le but de notre travail étant qualitatif, nous nous sommes efforcés d'étudier chaque thème afin d'enrichir notre synthèse.

III. Discussion des résultats

A. L'évolution des connaissances des patients français

L'évolution dans l'acquisition des connaissances des patients français s'est faite parallèlement à la transformation de leur rôle dans la relation de soins. Dans un article socio-économique, les auteurs évoquent la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et celle du 13 août 2004, réforme de l'Assurance Maladie comme les points de départ de cette transformation ⁽⁴⁷⁾. La première en encourageant l'autonomie du patient et la seconde en l'introduisant dans le « commerce de la santé » ⁽⁴⁷⁾.

De façon concomitante, les campagnes de sensibilisation ont apporté des connaissances aux patients afin de diminuer leurs attentes de prescription et donc de réduire la surconsommation médicamenteuse. Le patient est alors placé et reconnu au centre de la décision médicale.

A ces éléments législatifs et aux actions gouvernementales, se sont ajoutés des progrès importants en matière d'innovations technologiques, permettant une large diffusion de l'information et de la connaissance. Dans un article de 2012, les auteurs parlent même de « patients-experts » ⁽⁴⁸⁾. Grâce à ces technologies, ils réduisent considérablement l'écart de leurs connaissances avec le médecin, gagnant ainsi plus d'autonomie. On parle alors de « passage de la connaissance centralisée, à la connaissance partagée » ⁽⁴⁸⁾.

Internet joue un rôle important dans l'augmentation des connaissances des patients. Depuis les années 2000, l'économiste Philippe Abecassis décrit une évolution quantitative (nombre de consultations sur les sites) et qualitative (motifs des recherches et termes employés) de l'utilisation d'Internet par les patients ⁽⁴⁹⁾.

Ces facteurs ont été essentiels dans l'évolution des connaissances des patients durant la dernière décennie.

B. Les conséquences sur leurs attitudes : la méfiance vis-à-vis du médicament et la diminution des attentes de prescription médicamenteuse

Comme dans notre revue de littérature, l'Observatoire sociétal du médicament souligne depuis 2011 une baisse générale de la confiance des français envers les médicaments ⁽⁵⁰⁾.

La socio-anthropologue Anne Vega ⁽⁵¹⁾ retrace le rapport des français aux médicaments à travers des ouvrages de référence en sociologie écrits en 1974 ⁽⁵²⁾, 2003 ⁽⁵³⁾ et 2005 ⁽⁵⁴⁾. Les années 70 étaient dominées par la toute-puissance de la médecine et les stratégies des firmes pharmaceutiques dans un contexte d'innovations thérapeutiques majeures ⁽⁵²⁾. L'utilisation massive des antibiotiques à large spectre en était un des symptômes. Peu dangereux et efficaces, ils ont contribué à assurer la pérennité du sentiment d'omnipotence de la médecine et ce jusqu'à l'émergence des résistances ⁽⁵²⁾. De manière plus générale, les 30 dernières années ont vu l'apparition des limites de l'efficacité des médicaments ⁽⁵³⁾⁽⁵⁴⁾. La fréquence des effets indésirables relatés par les médias et les stratégies évidentes des firmes pharmaceutiques ont terni l'image du médicament. Les anthropologues Alice Desclaux et Joseph-Josy Lévy parlent de « désenchantement » ⁽⁵⁵⁾.

Pour l'anthropologue et directrice de l'INSERM (Institut National de la Santé Et de la Recherche Médicale) Sylvie Fainzang, la réticence des patients pour les médicaments est un phénomène complexe. Elle est le résultat de la peur des effets

secondaires, de la nature chimique même du médicament, de préoccupations sensorielles ou esthétiques, de la valorisation de la modération, du rapport aux temps et à la contrainte des patients, de la croyance en la capacité du corps à se soigner et de certains fondements culturels ⁽⁵⁶⁾.

Dans ce climat de scepticisme à l'égard du médicament, l'amélioration des connaissances des pathologies et des médicaments est l'occasion pour les patients de favoriser une prescription plus adaptée et donc de réduire leur consommation médicamenteuse.

C. L'ambivalence persistante, ses conséquences sur les pratiques

L'ambivalence décrite dans notre travail, qui oppose les connaissances et les attitudes face aux pratiques, est semble-t-il responsable de la lenteur d'évolution des pratiques.

Cette ambivalence est une des phases du changement selon le modèle transthéorique de Prochaska et DiClemente, celle de la contemplation ⁽⁵⁷⁾.

Une partie de la population se trouve au stade de pré-contemplation, c'est-à-dire qu'elle n'a pas identifié les problèmes potentiels liés aux médicaments. Dans notre revue de littérature, la majeure partie des patients interrogés se trouvaient dans la phase de la contemplation. Ils remettaient en question leurs représentations positives au vu de leurs nouvelles connaissances et modifiaient leurs attitudes. Le changement des pratiques n'apparaît que lors du passage à la phase d' « action ».

Le changement est un processus complexe devant lequel tous les patients ne sont pas égaux. Les modifications d'habitudes anciennes évoluent donc de façon hétérogène au niveau individuel, ce qui crée des décalages parfois considérables au sein de la population.

De plus, les comportements en santé ne sont pas toujours le reflet des connaissances des patients. Ils se basent également sur d'autres facteurs tels que la capacité, la croyance en cette capacité, les ressources financières, la dépendance, les habitudes et les choix ⁽⁵⁸⁾. Le processus de changement se fera alors en fonction des connaissances des avantages à changer la situation mais aussi de la situation sociale, environnementale et politique ⁽⁵⁸⁾.

L'illustration de la présence d'autres facteurs que la connaissance dans l'adoption d'un comportement nous est apportée par une revue de la littérature française ⁽⁵⁹⁾. Ce travail a cherché à évaluer l'impact d'une fiche d'informations sur les attitudes et comportements des patients. Si ces fiches augmentaient bien les connaissances, l'impact sur les attitudes était bien plus aléatoire et elles ne permettaient que dans certains cas de changer les comportements.

IV. Les autres acteurs de la surprescription

A. Le médecin

1. Des perceptions encore très positives du médicament et de la prescription

Notre travail a montré que les représentations de certains médecins français étaient encore très positives vis-à-vis du médicament et de la prescription.

Cette perception optimiste est décrite dans un article de sociologie paru en 2012. Pour l'auteur, certains médecins français sont encore convaincus de l'innovation constante et de l'efficacité de tous les médicaments, dont ils sous-estiment souvent les effets iatrogènes ⁽⁶⁰⁾. Dans ce contexte, on observe chez les médecins français un important taux de prescription de médicaments nouvellement arrivés sur le marché ⁽¹¹⁾.

En 2010, la socio-anthropologue Anne Vega, oppose le « scepticisme » des médecins hollandais à l'égard des médicaments à « l'optimisme » des médecins français envers ceux-ci ⁽⁶¹⁾.

Cette logique de réparation encore largement enseignée aux jeunes médecins français s'oppose à la logique de restriction des médecins hollandais.

Cette dernière s'appuie sur la volonté de maîtriser les dépenses de santé, la conscience de l'inutilité de beaucoup de médicaments et la notion d'« auto-guérison » ⁽⁶¹⁾.

2. Une surestimation des attentes des patients

Dans ce contexte de vision très positive du médicament, la surestimation des attentes de prescription médicamenteuse du patient par le médecin est aussi une des raisons de la surprescription. Ce phénomène est largement retrouvé dans la littérature européenne ⁽¹⁴⁾⁽¹⁵⁾⁽⁶²⁾. La prescription des médecins est décrite comme directement reliée à la perception que celui-ci a des attentes du patient ⁽¹⁴⁾. Dans certains articles, cette perception est le facteur de prescription le plus important avant l'attente des patients et après le besoin médical ⁽¹³⁾⁽⁶²⁾⁽⁶³⁾. Les médecins européens avec leurs propres représentations anticipent donc les attentes des patients et leur prescrivent des médicaments qu'ils ne souhaitent pas et qui ne sont pas nécessaires du point de vue strictement médical.

3. La prescription : une solution de facilité ?

La prescription médicamenteuse lors d'une consultation peut-être également perçue comme une facilité, principalement pour deux raisons : le gain de temps et le maintien de bonnes relations avec le patient.

Plusieurs articles européens décrivent la non-prescription comme chronophage ⁽⁶¹⁾⁽⁶⁴⁾⁽⁶⁵⁾. La satisfaction du patient étant directement en lien avec la prescription ou la durée de la consultation ⁽⁶⁴⁾, certains médecins en situation de manque de temps, de volume important de patientèle ou d'épuisement professionnel font le choix de la prescription médicamenteuse par facilité ⁽⁶⁶⁾.

Selon un rapport de l'IRDES, plus le volume d'activité d'un médecin est important, plus la propension à prescrire des antibiotiques pour une rhinopharyngite aiguë est grande ⁽⁶⁷⁾.

Pour la socio-anthropologue Anne Vega, la surprescription est associée avec le fait de ne « plus avoir envie de gérer la relation avec le patient »⁽⁶¹⁾.

En Europe, le souci du maintien de bonnes relations avec les patients est également évoqué comme facteur de la surprescription par les médecins⁽⁶²⁾⁽⁶⁵⁾⁽⁶⁸⁾⁽⁶⁹⁾. Comme les médecins pensent que les patients attendent une prescription de médicaments, ils sont nombreux à rédiger une ordonnance pensant leur « faire plaisir ». La logique de « clientélisme » est encore bien installée en Europe, particulièrement en France.

4. Des attitudes et des pratiques en évolution

Actuellement, deux profils de médecins se dégagent en termes de prescription : les « gros » et les « petits » prescripteurs. Le profil des médecins, selon Anne Véga, ne dépend pas de leur âge, genre ou secteur d'exercice mais de leur motivation à exercer la médecine⁽⁷⁰⁾. Les médecins les moins prescripteurs de médicaments sont ceux dont la vocation s'est tournée d'emblée vers la médecine générale et son rôle dans la santé des populations. Ils se sont souvent confrontés à des patients très variés avant de s'installer et ont ainsi pris connaissance des limites de l'ordonnance systématique⁽⁷⁰⁾.

Pour Gallois, Vallée et LeNoc, les clefs pour réduire la surprescription se trouvent dans l'évolution de la médecine centrée sur le patient, dans l'organisation croissante du travail en réseau et dans la formation médicale⁽⁷¹⁾.

Cette idée est confirmée par une étude de l'IRDES selon laquelle plus un médecin est impliqué dans sa formation et dans un réseau de soins, moins il prescrit d'antibiotiques pour la rhinopharyngite⁽⁶⁷⁾.

En 2009, en France, 80% des médecins interrogés avaient participé à une Formation Médicale Continue (FMC) au cours des 12 derniers mois et la moitié à une formation éducative pour la santé. Le nombre de médecins participant à un réseau de soins avait doublé depuis 2003 ⁽⁷²⁾. Ces résultats montrent la volonté des médecins de mettre à jour leurs connaissances et d'améliorer leurs pratiques.

Parallèlement à cela, les modes d'entrée dans la médecine générale se sont diversifiés : multiples remplacements, diplômes universitaires et « secondes carrières » ⁽⁶¹⁾. Cette diversification apporte expérience et ouverture d'esprit à l'exercice de la médecine générale.

Par ailleurs, le « Baromètre santé médecins généralistes 2009 » montrait l'implication croissante des médecins généralistes français dans l'information et la prévention des patients ⁽⁷²⁾. En particulier, le nombre de médecins utilisant des questionnaires préétablis avait doublé depuis 2003.

Une certaine modernisation de la médecine est également observée dans ce rapport, avec l'augmentation de l'activité de groupe, la diminution de jours travaillés et l'informatisation des cabinets médicaux ⁽⁷²⁾.

Enfin, la féminisation de la médecine, selon une méta-analyse, serait un atout pour une approche plus centrée sur le patient et une médecine moderne basée sur la pluridisciplinarité, et donc moins source de surconsommation ⁽⁷³⁾.

Le passage d'un modèle curatif à un modèle préventif est donc engagé ⁽⁷²⁾, cette transition à l'image de l'évolution des patients prend du temps et nécessite un investissement important de la part des médecins.

B. L'influence de l'industrie pharmaceutique

L'industrie pharmaceutique intervient auprès des médecins par le biais des visiteurs médicaux, de la presse médicale, des sources d'informations sur Internet, de certains essais cliniques qui sont financés par l'industrie et parfois même par des guides de pratiques cliniques ⁽¹¹⁾.

En effet, une étude nord-américaine et européenne a montré que 87% des auteurs des recommandations avaient une forme de contact significative avec l'industrie pharmaceutique ⁽⁷⁴⁾.

Parallèlement, plusieurs études ont montré l'influence des visiteurs médicaux sur la prescription des médecins. Plus le médecin reçoit de visiteurs médicaux, plus il prescrit de médicaments ⁽⁶⁷⁾⁽⁷⁵⁾.

En France, pour lutter contre cette mainmise, les visites sont encadrées par une charte de l'HAS depuis 2004. Depuis 2011, le financement du Développement Professionnel Continu (DPC) est de nature publique et un site ministériel du médicament a été créé, il est une source d'informations fiables et accessibles ⁽⁵⁾.

Du côté des patients, les firmes pharmaceutiques se sont adaptées à leurs changements de comportement au fil des années. En parallèle de l'évolution des stratégies industrielles, elles ont développé des stratégies commerciales diverses pour maintenir voire accroître leurs ventes : les stratégies de marques, de « switch Rx-to-OTC », les marques ombrelles, la multiplication des sources d'information et la publicité des médicaments non soumis à la prescription médicale ⁽⁴⁹⁾.

Les stratégies de marques se basent sur la renommée du princeps, notamment pour maintenir les ventes après l'expiration d'un brevet.

La stratégie de « switch Rx-to-OTC », vise à transférer le statut d'une molécule à prescription obligatoire (Rx = abréviation latine couramment utilisée dans les pays anglophones pour désigner les médicaments à prescription obligatoire) vers la prescription facultative (OTC = over the counter). Ce procédé permet de prolonger la durée de vie du médicament et de résister à la concurrence à l'approche de l'expiration du brevet. Il répond également à la demande actuelle des patients : la baisse des prix et la facilité d'accès.

Enfin, une marque ombrelle est une marque qui part d'un médicament populaire et qui conjugue son nom avec divers effets dérivés du médicament initial.

En 2006, un article de la revue *Prescrire* a dénoncé les manœuvres de l'industrie pharmaceutique pour cacher l'absence de progrès thérapeutique ⁽⁷⁶⁾. En effet, cet article dénonce les « fausses nouveautés », la fabrication de maladies et la multiplication des indications de certains médicaments permettant à l'industrie de créer l'illusion d'innovations thérapeutiques. A cela s'ajoute la progression plus ou moins déguisée de la publicité pour les médicaments ⁽⁷⁶⁾.

Malgré cela, il ne faut pas oublier que l'industrie pharmaceutique est indispensable à plusieurs niveaux. En 2013, elle a investi en France 813 millions d'euros dans l'emploi, la recherche et la sécurité sanitaire ⁽⁷⁷⁾.

C. Le système de soins français

Le 4^{ème} acteur principal de la consommation en France est le gouvernement par le biais de son système de soins et de ses actions de santé publique.

L'amplitude du système de soins français en termes de couverture et de liberté est particulièrement singulière et à l'origine de certains comportements ⁽⁸⁾. Malgré cela, la France est revenue dans la moyenne européenne et a le plus faible taux d'évolution en ce qui concerne les dépenses médicamenteuses ces dix dernières années. De plus en 2013, elle a obtenu d'excellents résultats dans le rapport de l'OCDE (Organisation de Coopération et de Développement Economique), notamment en ce qui concerne les accidents cardio-vasculaires (1^{ère} place en Europe) et l'espérance de vie des femmes (1^{ère} des pays de l'OCDE) ⁽⁷⁸⁾. Ces résultats montrent que des évolutions considérables sont possibles indépendamment du système de soins français, par ailleurs particulièrement favorable à la santé de la population.

V. Pistes de travail et perspectives

Notre travail a permis de dégager des pistes pour poursuivre les efforts de diminution de la consommation médicamenteuse en France.

A. Poursuivre et encadrer l'information et l'éducation des patients

L'amélioration des connaissances des patients peut engendrer un changement des attitudes et des pratiques. L'exemple le plus éloquent est celui de la campagne de sensibilisation aux antibiotiques.

Les connaissances des patients concernant les infections de voies respiratoires se sont révélées être une vraie lacune. Ce thème de travail pourrait être repris au

cours de nouvelles campagnes pour diminuer les attentes de médicaments à service médical rendu insuffisant.

L'information via des supports écrits a été plébiscitée par les médecins et les patients. Ils ont déjà montré leur efficacité aux Pays-Bas et dans des études menées en France. Ils pourraient être une aide significative pour l'éducation à la santé.

D'autres supports utiles sont également disponibles : les médias et Internet. Le plus pertinent serait de rassembler les informations éparses qui se trouvent sur la toile, sur un site unique de références dédié à l'information des patients.

B. Améliorer la formation des médecins

De nombreux médecins des études de notre revue ont souligné le manque de formation en communication et en gestion de la relation médecin-patient.

En particulier, il a été démontré que lorsque les patients exprimaient aux médecins leurs attentes et leurs préoccupations, les prescriptions de médicaments étaient sensiblement diminuées ⁽⁴⁶⁾⁽⁷⁹⁾⁽⁸⁰⁾. Les médecins et les étudiants pourraient être formés à inviter leurs patients à exprimer leurs attentes. Cela permettrait de diminuer les prescriptions médicamenteuses non nécessaires et non attendues par le patient et de communiquer autour d'attentes de prescriptions inappropriées.

C. Bien choisir ses sources d'informations

Pour les médecins, un moyen d'échapper à l'influence de l'industrie pharmaceutique sur les informations est l'abonnement à des revues indépendantes.

Ils peuvent également consulter préférentiellement le site d'informations sur les médicaments mis à disposition par le gouvernement.

D. Apporter du temps aux médecins

Notre revue de littérature a mis en avant le manque de temps comme une des causes de la surprescription. Plusieurs solutions ont été évoquées : fonctionnariser la médecine, augmenter les honoraires ou bien effectuer un tri avant les consultations par une assistante de soins ou une infirmière comme aux Pays-Bas.

E. Multiplier les échanges entre les professionnels

A l'instar des médecins hollandais, il semble bénéfique de favoriser la communication entre les professionnels de la santé. Les moyens sont multiples et la liste non exhaustive : groupes de pratiques, réseaux de soins, réunions de médecins et de pharmaciens.

F. Faire évoluer la dispensation du médicament

La dispensation à l'unité de certains médicaments comme les antibiotiques est expérimentée depuis le 1^{er} avril 2014. Elle devrait permettre de diminuer considérablement le gaspillage et l'automédication, réduisant par le même biais les dépenses médicamenteuses inutiles.

G. Favoriser les alternatives non médicamenteuses

Les alternatives telles que les conseils, les règles hygiéno-diététiques, la possibilité de reconsulter voire la prescription différée sont autant de possibilités de ne pas prescrire de médicaments.

Des enseignements au cours du cursus universitaire destinés à développer les capacités du médecin à faire adhérer le patient à ces alternatives pourraient être créés. Ces thèmes tendent à se développer au cours des DPC.

De plus, l'acceptation par les patients de ces méthodes pourrait également être aidée par le système de supports d'information écrits.

CONCLUSION

Notre revue de littérature, a confirmé les résultats de l'enquête IPSOS de 2005 ; les attitudes et les pratiques des patients français concernant la prescription médicamenteuse apparaissent aujourd'hui comparables à celles de leurs voisins européens.

Il en est de même s'agissant des connaissances sur les antibiotiques et certaines pathologies bénignes courantes en soins primaires.

La convergence des dépenses médicamenteuses européennes résulte donc en partie de l'homogénéisation des connaissances, attitudes et pratiques des patients.

Cependant, en France, certains comportements sont encore bien ancrés et les marges de progression pour réduire les dépenses médicamenteuses sont encore importantes. Les pistes de travail élaborées concernent particulièrement l'information et l'éducation des patients, la formation des médecins et l'évolution de l'organisation des soins primaires en France.

Le même travail pourrait être reproduit pour analyser et comparer les connaissances, attitudes et pratiques des médecins généralistes européens afin d'établir et préciser des stratégies d'amélioration pour une prescription médicamenteuse optimale.

ANNEXES

Annexe 1 : Méthodes et équations de recherche

Les méthodes et équations de recherche pour chaque base de données sont détaillées ci-dessous.

Les recherches notées avec une ou plusieurs lettres entre parenthèses, signifient que toutes les possibilités d'écritures du terme ont été recherchées soit grâce à la troncature à l'aide d'un astérisque, soit manuellement quand l'astérisque n'était pas pris en compte par la base de données.

Lorsqu'une recherche ne donnait pas ou peu de résultats, elle était élargie en supprimant un des termes de la recherche : soit la population étudiée, soit les synonymes d' « attente » en français et en anglais. Cela avait pour effet de produire plus de « bruits » mais permettait une recherche plus exhaustive.

A. Pubmed

Les recherches ont d'abord été effectuées dans les ressources principales puis dans toutes les ressources pour élargir le champ de recherches.

	Champs, Limites	Recherches				
Pubmed (Recherche en anglais)	2005-2014 Humans Langages : anglais, français Ressources principales : ([MAJR], [TI]) puis dans toutes les ressources : ([MeSH], [TW])	(Descripteur MeSH de traitement médicamenteux) OR (descripteur MeSH d'ordonnance médicamenteuse)	AND	expectation* OR request* OR demand* OR claim*	AND	europ* AND puis OR patient*

B. BDSP

	Champs, Limites	Recherches				
BDSP (Recherche en anglais)	2005-2014	(drug prescription) OR (prescription drug) OR (drug prescriptions) OR (prescription drugs)	AND	expectation OR expectations OR request OR requests OR demand OR demands OR claim OR claims	AND	(europe OR european OR europeans) AND (patient OR patients)

	Champs, Limites	Recherches				
BDSP (Recherche en français)	2005-2014	(prescription OR prescriptions) AND (medicament OR medicaments)	AND	demande OR demandes OR exigence OR exigences OR attente OR attentes	AND	(european OR européens OR Europe) AND (patient OR patients)

C. ScienceDirect

Les recherches suivantes ont été réalisées à l'aide des recherches « avancée » (« Advanced search ») et « experte » (« Expert search »).

	Champs, Limites	Recherches				
Science Direct (Recherche en anglais)	2005-2014 Titre, résumé, mots-clés (TITLE-ABSTR-KEY, KEY) +/- Sources (Economics, Econometrics and Finance, Medicine and Dentistry, Psychology, Social Sciences)	“drug prescription*” OR “prescription drug*” OR drug* OR medication* OR medicament* OR pharmacotherap* OR prescribing	AND	expectation* OR request* OR demand* OR claim*	AND	europ* OR patient*

D. Google Scholar

	Champs, Limites	Recherches				
Google Scholar (Recherche en anglais)	2005-2014 Titre	"drug prescription" OR "prescription drug" OR "drug prescriptions" OR "prescription drugs" OR medication OR medications OR prescribing	AND	expectation OR expectations OR request OR requests OR demand OR demands OR claim OR claims	AND	europe OR european OR europeans
Google Scholar (Recherche en français)	2005-2014 Titre	prescription(s) OR médicament(s) OR ordonnance(s) OR "prescription(s) médicament(s)" OR "ordonnance(s) médicament(s)" OR "ordonnance(s) médicamenteuse(s)" OR "traitement(s) médicamenteux"	AND	demande OR demandes OR exigence OR exigences OR attente OR attentes	AND	europe OR european OR europeens
	2005-2014	"prescription(s) médicament(s)"				
	2005-2014 Exclusion des citations et des brevets	"prescription(s) médicamenteuse(s)"	AND	demande OR demandes OR exigence OR exigences OR attente OR attentes	AND	europe

E. IRDES

La recherche a été effectuée par le biais de la bibliographie thématique dans un premier temps. Les thèmes « Médicaments et biens médicaux : consommation et régulation », « Comparaisons internationales », « Médecine de ville, organisation et financement des soins », « Evaluations des politiques », « Outils et méthodes » et « Consommation de soins » ont été explorés.

Puis dans un second temps la recherche s'est poursuivie dans les publications « Questions d'économie de la santé ». Les thèmes : « Consommation et santé », « Médicaments, soins primaires, analyses économiques » et « Comparaisons internationales » ont été examinés.

La recherche a été limitée pour l'ensemble de ces thèmes à la période allant de 2005 à 2014.

F. DREES

	Champs, Limites	Recherches
DREES (Recherche en français)	2005-2014	+“prescription medicamenteuse” +europe
		+medicament* +prescription*
		+medicament*

G. Pepite

	Champs, Limites	Recherches			
Pepite (Recherche en français)	2005-2014	ordonnance* OR medicament* OR prescription*	+/- AND	europ*	

H. SUDOC

	Champs, Limites	Recherches				
SUDOC (Recherche en français)	2005-2014 Titre Thèses	(prescription* medicament*) OR ordonnance* OR medicament* OR (consommation* medicament*)	+/- AND	attente* OR demande*	+/- AND	europ*
	2005-2014	medicament*	+/- AND	attente* OR demande*	+/- AND	europ* OR patient*

I. Theses.fr

	Champs, Limites	Recherches		
Theses.fr (Recherche en français)	2005-2014 Domaines définis	(prescription médicamenteuse) OR médicament*	AND	europe

J. Cairn.info

	Champs, Limites	Recherches dans le Résumé			Recherches dans le Texte intégral			
CAIRN (Recherche en français)	2005-2014	prescription* OR medication*	AND	patient*	AND	request* OR demand* OR claim* OR expectation*	AND	europe*

Annexe 2 : Adaptation de la Grille de lecture de la McMaster University ⁽²⁰⁾⁽⁸¹⁾

		Notation
Résumé de notre sujet de recherche		X
Références bibliographiques de l'article analysé		X
But de l'étude Est-ce que le chercheur annonce clairement le but de l'étude ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Formuler le but de l'étude. Comment cette dernière vous aidera-t-elle à répondre à votre question de recherche ?	... / 1
Revue de la littérature Est-ce que le chercheur présente bien l'état des connaissances ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Quelle est la pertinence scientifique de cette étude ?	... / 1

<p>Devis de l'étude</p> <p><input type="checkbox"/> Randomisé (RCT) <input type="checkbox"/> Pré-test et post-test <input type="checkbox"/> Enquête <input type="checkbox"/> Corrélational <input type="checkbox"/> Étude de cas <input type="checkbox"/> Étude de cohorte <input type="checkbox"/> Autre</p>	<p>Décrire le devis de recherche utilisé dans cette étude. Selon vous, est-ce que ce devis est approprié et pourquoi (ex : éthique, visée) ?</p> <p>Y a-t-il des biais (manière dont les participants sont sélectionnés, questionnaire non validé, etc...) ?</p>	<p>... / 2</p>
<p>Échantillon</p> <p>N =</p> <p>Est-ce que la procédure d'échantillonnage des participants est bien décrite ?</p> <p><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p> <p>Est-ce que les chercheurs justifient la taille de l'échantillon ?</p> <p><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Non rapporté</p>	<p>Échantillonnage (Quelles sont les caractéristiques des participants (âge, sexe, etc...) ? Quelles sont les conditions pour le choix des participants ? Est-ce que la procédure d'échantillonnage peut influencer sur les résultats de l'étude ?)</p> <p>Décrire la procédure d'échantillonnage.</p> <p>Est-ce que les chercheurs ont obtenu le consentement libre et éclairé des participants ?</p> <p><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Non rapporté</p> <p>Les participants sont-ils similaires à votre projet de recherche ?</p> <p><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p>	<p>... / 2,5</p>
<p>Collecte des données</p> <p><input type="checkbox"/> Questionnaire <input type="checkbox"/> Observation <input type="checkbox"/> Entrevue <input type="checkbox"/> Procédure <input type="checkbox"/> Dossier <input type="checkbox"/> Autre</p>	<p>Décrire la méthode ou l'instrument utilisé pour la collecte des données.</p> <p>Des méthodes ont-elles été utilisées pour assurer la validité des données ?</p> <p><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p> <p>Si oui, quelles étaient ces méthodes ?</p>	<p>... / 1,5</p>

<p>Analyse des données</p>	<p>Décrire la méthode ou les méthodes statistiques utilisées pour l'analyse des données.</p> <p>Statistiques descriptives :</p> <p><input type="checkbox"/> Moyenne <input type="checkbox"/> Médian <input type="checkbox"/> Écart-type</p> <p>Statistiques inférentielles :</p> <p><input type="checkbox"/> Corrélacion <input type="checkbox"/> Analyse de régression <input type="checkbox"/> Test du Khi-carré <input type="checkbox"/> Comparaison de moyenne t-test <input type="checkbox"/> Analyse de la variance (ANOVA) <input type="checkbox"/> Analyse de variance multivariée <input type="checkbox"/> Autre</p>	<p>... / 2</p>
<p>Résultats</p> <p>Est-ce que les résultats sont statistiquement significatifs ?</p> <p><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Incertain</p>	<p>Quelles informations sont présentées ?</p> <p>Par quel moyen l'auteur présente-t-il les informations ?</p>	<p>... / 2</p>
<p>Discussion</p>	<p>Êtes-vous d'accord avec les opinions du chercheur ?</p> <p><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Incertain</p> <p>Pourquoi ?</p>	<p>... / 1</p>
<p>Impression globale</p>	<p>En somme, pouvez-vous utiliser cette recherche ?</p> <p><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Incertain</p> <p>Pourquoi ?</p>	<p>... / 1</p>
		<p>... / 14</p>

Annexe 3 : Grille de lecture de Côté-Turgeon ⁽²¹⁾

	Oui Valeur = 1pt	± Valeur = 0,5pt	Non Valeur = 0pt
L'introduction			
1 - La problématique est bien décrite et est en lien avec l'état actuel des connaissances.	-	-	-
2 - La question de recherche est clairement énoncée et est pertinente pour une recherche qualitative. <i>(ex : processus de prise de décision, relation médecin-patient, expérience de soins)</i>	-	-	-
Les méthodes			
3 - Le contexte de l'étude et le rôle des chercheurs sont clairement décrits. <i>(ex : milieu dans lequel se déroule l'étude, biais)</i>	-	-	-
4 - La méthode est appropriée à la question de recherche. <i>(ex : phénoménologique, théorisation ancrée, ethnographique)</i>	-	-	-
5 - La sélection des participants est justifiée. <i>(ex : informateurs-clés, cas déviants)</i>	-	-	-
6 - Le processus de recueil des informations est clair et pertinent. <i>(ex : entrevue, groupe de discussion, saturation)</i>	-	-	-
7 - L'analyse des données est crédible. <i>(ex : triangulation, vérification auprès des participants)</i>	-	-	-
Les résultats			
8 - Les principaux résultats sont présentés de façon claire.	-	-	-
9 - Les citations favorisent la compréhension des résultats.	-	-	-
La discussion			
10 - Les interprétations des résultats sont vraisemblables et novatrice.	-	-	-
11 - Les limites de l'étude sont présentées. <i>(ex : transférabilité)</i>	-	-	-
La conclusion			
12 - La conclusion présente une synthèse de l'étude et des pistes de recherche sont proposées.	-	-	-
		TOTAL = ... / 12	

Annexe 4 : Détails des notes des articles analysés

Pour notre travail, les analyses critiques ont suivi les grilles de lecture des Annexes 2 et 3. Pour plus de lisibilité seules les notes et les raisons de celles-ci sont présentées ci-dessous.

A. Etudes quantitatives :

1. Patients' ideas, concerns, and expectations (ICE) in general practice : impact on prescribing.

	Note	Raison de la perte de point
But de l'étude	1 / 1	
Revue de littérature	1 / 1	
Devis	1,5 / 2	Pas d'informations sur la façon dont le problème avait été défini ou comment les options thérapeutiques ont été exposées et quelles étaient les conséquences de l'absence de traitement.
Echantillon	1,5 / 2,5	Pas de critères d'inclusion clairement établis. Les médecins et stagiaires étaient au courant de l'étude. Les patients étaient des personnes consultant régulièrement un centre de soins.
Collecte des données	1,5 / 1,5	
Analyse des données	2 / 2	
Résultats	1,5 / 2	Manque de détails sur les principaux résultats.
Discussion	1 / 1	
Impression globale	1 / 1	
Note totale	12 / 14	

2. The Effect of Patients' Met Expectations on Consultation Outcomes. A Study with Family Medicine Residents.

	Note	Raison de la perte de point
But de l'étude	1 / 1	
Revue de littérature	0,5 / 1	L'état des connaissances était succinct et incomplet.
Devis	1 / 2	L'identification des symptômes n'était pas fondée sur des critères de certitude. Manque d'informations sur les personnes qui n'ont pas répondu au questionnaire.
Echantillon	2,5 / 2,5	
Collecte des données	1 / 1,5	Les méthodes pour assurer la validité des données, si elles ont été employées ne sont pas décrites.
Analyse des données	2 / 2	
Résultats	2 / 2	
Discussion	1 / 1	
Impression globale	1 / 1	
Note totale	12 / 14	

3. Les déterminants de la prescription médicamenteuse en médecine de ville.

	Note	Raison de la perte de point
But de l'étude	1 / 1	
Revue de littérature	1 / 1	
Devis	1 / 2	Les questions fermées sont peu adaptées aux études des attitudes. La population étudiée était strictement urbaine.
Echantillon	2,5 / 2,5	
Collecte des données	0,5 / 1,5	La méthode pour la collecte de données est peu décrite. Il n'y a pas eu de méthode utilisée pour assurer la validité des données.
Analyse des données	0 / 2	La méthode statistique n'est pas décrite.
Résultats	2 / 2	
Discussion	0,5 / 1	Un certain nombre de données sont déclaratives et sans justifications.
Impression globale	0,5 / 1	Manque de données sur les méthodes statistiques.
Note totale	9 / 14	

4. Prescriptions médicamenteuses en médecine générale : étude de 164 questionnaires croisés patient-médecin sur l'attente de prescriptions des patients et son influence sur la décision de prescrire du médecin.

	Note	Raison de la perte de point
But de l'étude	1 / 1	
Revue de littérature	1 / 1	
Devis	1 / 2	Enquête déclarative très courte (moins de 2 minutes) peu adaptée à l'étude des attitudes. Questionnaire qui aurait pu être simplifié pour la compréhension des patients.
Echantillon	2 / 2,5	Un seul médecin généraliste pour les 164 patients.
Collecte des données	0,5 / 1,5	Méthode de collecte des données peu décrite et méthode pour assurer la validité des données inexistante.
Analyse des données	2 / 2	
Résultats	2 / 2	
Discussion	1 / 1	
Impression globale	0,5 / 1	Un certain nombre de résultats étaient non significatifs.
Note totale	11 / 14	

5. Les déterminants des consultations sans prescription médicamenteuse et des prescriptions contre le gré des médecins généralistes en France : une étude auprès de 631 médecins généralistes en France.

	Note	Raison de la perte de point
But de l'étude	1 / 1	
Revue de littérature	1 / 1	
Devis	1 / 2	Questionnaire à réponses fermées peu adapté à l'étude d'attitudes.
Echantillon	2,5 / 2,5	
Collecte des données	0,5 / 1,5	Méthode de collecte des données peu décrite et méthode pour assurer la validité des données inexistante.
Analyse des données	0,5 / 2	Méthode statistique non décrite.
Résultats	2 / 2	
Discussion	1 / 1	
Impression globale	1 / 1	
Note totale	10,5 / 14	

6. Public beliefs on antibiotics and respiratory tract infections : an Internet-based questionnaire study.

	Note	Raison de la perte de point
But de l'étude	1 / 1	
Revue de littérature	1 / 1	
Devis	1 / 2	Le questionnaire Internet entraîne un biais de sélection important.
Echantillon	2 / 2,5	Le consentement libre des participants est induit par la réponse au questionnaire mais non décrit.
Collecte des données	1,5 / 1,5	
Analyse des données	2 / 2	
Résultats	2 / 2	
Discussion	1 / 1	
Impression globale	1 / 1	
Note totale	12,5 / 14	

7. Antibiotic use for upper respiratory tract infections in children : a cross-sectional survey of knowledge, attitudes, and practices (KAP) of parents in Greece.

	Note	Raison de la perte de point
But de l'étude	1 / 1	
Revue de littérature	1 / 1	
Devis	1,5 / 2	La formulation des questions aurait pu être améliorée pour la compréhension des patients.
Echantillon	2 / 2,5	Les parents d'enfants peuvent être considérés comme n'étant pas forcément des patients.
Collecte des données	1 / 1,5	Questionnaire copié pour moitié sur des questionnaires trouvés sur Internet. Cette recherche n'a pas été décrite.
Analyse des données	1,5 / 2	La méthode statistique utilisée méritait de plus amples explications.
Résultats	2 / 2	
Discussion	0,5 / 1	Certains résultats repris dans la discussion ne sont pas concordants avec l'étude.
Impression globale	1 / 1	
Note totale	11,5 / 14	

8. La prescription médicamenteuse en médecine générale : attente des patients, perception des médecins et comportements associés.

	Note	Raison de la perte de point
But de l'étude	1 / 1	
Revue de littérature	1 / 1	
Devis	1 / 2	Questionnaire à réponses fermées peu adapté à l'étude des attitudes.
Echantillon	2 / 2,5	Consentement libre non rapporté mais induit par la réponse au questionnaire.
Collecte des données	1 / 1,5	Pas de méthode décrite pour assurer la validité des données.
Analyse des données	1,5 / 2	La méthode statistique aurait pu être développée.
Résultats	2 / 2	
Discussion	1 / 1	
Impression globale	1 / 1	
Note totale	11,5 / 14	

9. Influence exerted on drug prescribing by patients' attitudes and expectations and by doctors' perception of such expectations : a cohort and nested case-control study.

	Note	Raison de la perte de point
But de l'étude	1 / 1	
Revue de littérature	0,5 / 1	L'état des connaissances présenté est trop succinct.
Devis	2 / 2	
Echantillon	1,5 / 2,5	Procédure d'échantillonnage pouvant influencer les résultats par un biais de recrutement important. Il n'est pas décrit comment les « témoins » ont été sélectionnés.
Collecte des données	1 / 1,5	Méthode pour assurer la validité des données non décrite.
Analyse des données	2 / 2	
Résultats	2 / 2	
Discussion	0,5 / 1	Validité externe : existences de contradictions avec la littérature existante.
Impression globale	1 / 1	
Note totale	11,5 / 14	

10. Antibiotics for the common cold : expectations of Germany's general population.

	Note	Raison de la perte de point
But de l'étude	1 / 1	
Revue de littérature	1 / 1	
Devis	1,5 / 2	Biais de sélection d'une étude sur Internet.
Echantillon	2,5 / 2,5	
Collecte des données	1 / 1,5	Pas de méthode décrite pour assurer la validité des données.
Analyse des données	2 / 2	
Résultats	1,5 / 2	Les attentes sont différenciées des attitudes.
Discussion	1 / 1	
Impression globale	1 / 1	
Note totale	12,5 / 14	

11. Évolution des connaissances et habitudes des patients liées à l'antibiothérapie : arguments pour améliorer la prescription en médecine générale.

	Note	Raison de la perte de point
But de l'étude	1 / 1	
Revue de littérature	1 / 1	
Devis	1,5 / 2	Questionnaire à réponses fermées à compléter par une étude qualitative étudiant les comportements.
Echantillon	1,5 / 2,5	Procédure d'échantillonnage décrite trop succinctement. Faible échantillon.
Collecte des données	0,5 / 1,5	Méthode de collecte peu décrite et absence de méthode pour assurer la validité des données.
Analyse des données	1,5 / 2	La méthode statistique est correcte mais la description aurait pu être plus précise.
Résultats	2 / 2	
Discussion	1 / 1	
Impression globale	1 / 1	
Note totale	11 / 14	

B. Etudes qualitatives :

1. Rhinopharyngite de l'enfant : attentes médicamenteuses parentales en consultation de médecine générale.

	Note	Raison de la perte de point
Problématique et état des connaissances	1 / 1	
Question de recherche	1 / 1	
Contexte de l'étude	0,5 / 1	Description très sommaire du contexte de l'étude.
Méthodologie	0 / 1	La méthodologie précise des entretiens n'est pas décrite.
Sélection des participants	0,5 / 1	La sélection des participants n'est pas décrite de façon précise.
Recueil des informations	0,5 / 1	Il n'y a pas eu de saturation des données.
Analyse des données	1 / 1	
Présentation des résultats	1 / 1	
Citations	1 / 1	
Interprétation des résultats	1 / 1	
Limites	1 / 1	
Conclusion	1 / 1	
Note totale	9,5 / 12	

2. Représentations et vécu des patients à propos de la non-prescription médicale.

	Note	Raison de la perte de point
Problématique et état des connaissances	1 / 1	
Question de recherche	1 / 1	
Contexte de l'étude	1 / 1	
Méthodologie	0,5 / 1	La méthode en rapport avec la question de recherche n'est pas décrite (phénoménologie, théorisation ancrée...).
Sélection des participants	0,5 / 1	Biais de sélection : association de quartiers. Pas de critères d'inclusion bien définis.
Recueil des informations	1 / 1	
Analyse des données	0,5 / 1	Absence de triangulation des données.
Présentation des résultats	1 / 1	
Citations	1 / 1	
Interprétation des résultats	1 / 1	
Limites	1 / 1	
Conclusion	1 / 1	
Note totale	10,5 / 12	

3. Les patients et l'ordonnance : étude qualitative à partir de 15 entretiens.

	Note	Raison de la perte de point
Problématique et état des connaissances	1 / 1	
Question de recherche	1 / 1	
Contexte de l'étude	1 / 1	
Méthodologie	0 / 1	La méthodologie précise des entretiens n'est pas décrite.
Sélection des participants	1 / 1	
Recueil des informations	1 / 1	
Analyse des données	1 / 1	
Présentation des résultats	1 / 1	
Citations	1 / 1	
Interprétation des résultats	1 / 1	
Limites	1 / 1	
Conclusion	0,5 / 1	Les conclusions avancées ne sont pas complètement en lien avec l'étude.
Note totale	10,5 / 12	

4. La non-prescription : représentation et vécu des médecins généralistes, études qualitatives à partir de 13 entretiens.

	Note	Raison de la perte de point
Problématique et état des connaissances	1 / 1	
Question de recherche	1 / 1	
Contexte de l'étude	1 / 1	
Méthodologie	0,5 / 1	Méthode des entretiens peu décrite.
Sélection des participants	0,5 / 1	Biais de volontariat et de recrutement par le biais de l'URPS.
Recueil des informations	1 / 1	
Analyse des données	0,5 / 1	Pas de triangulation pour la plupart des données.
Présentation des résultats	1 / 1	
Citations	1 / 1	
Interprétation des résultats	1 / 1	
Limites	1 / 1	
Conclusion	0,5 / 1	La conclusion ne présente pas une synthèse de l'étude.
Note totale	10 / 12	

5. Rhinopharyngite en médecine générale : pourquoi encore tant de prescriptions médicamenteuses ?

	Note	Raison de la perte de point
Problématique et état des connaissances	1 / 1	
Question de recherche	1 / 1	
Contexte de l'étude	1 / 1	
Méthodologie	0,5 / 1	Méthode des entretiens peu décrite.
Sélection des participants	1 / 1	
Recueil des informations	1 / 1	
Analyse des données	1 / 1	
Présentation des résultats	0,5 / 1	La présentation des résultats n'est pas toujours claire.
Citations	1 / 1	
Interprétation des résultats	1 / 1	
Limites	0 / 1	Peu de biais effectivement identifiés.
Conclusion	0,5 / 1	La conclusion ne tient pas compte des biais de cette étude.
Note totale	9,5 / 12	

6. La prise en charge des affections transitoires bénignes en médecine générale : avec ou sans médicaments ?

	Note	Raison de la perte de point
Problématique et état des connaissances	1 / 1	
Question de recherche	1 / 1	
Contexte de l'étude	0,5 / 1	Le milieu dans lequel se déroule l'étude n'est pas clairement défini.
Méthodologie	0 / 1	La méthodologie des entretiens n'est pas décrite.
Sélection des participants	1 / 1	
Recueil des informations	1 / 1	
Analyse des données	0,5 / 1	Pas de triangulation des données.
Présentation des résultats	1 / 1	
Citations	1 / 1	
Interprétation des résultats	1 / 1	
Limites	0 / 1	Les limites de l'étude ne sont pas présentées.
Conclusion	0,5 / 1	La conclusion est intégrée à la discussion et ne tient pas compte des biais.
Note totale	8,5 / 12	

7. Les déterminants de la prescription médicamenteuse des médecins généralistes dans la rhinosinusite maxillaire aiguë de l'adulte.

	Note	Raison de la perte de point
Problématique et état des connaissances	1 / 1	
Question de recherche	1 / 1	
Contexte de l'étude	1 / 1	
Méthodologie	0 / 1	Méthodologie adaptée à la question de recherche non décrite.
Sélection des participants	1 / 1	
Recueil des informations	0,5 / 1	Pas de saturation des données.
Analyse des données	0,5 / 1	Pas de triangulation des données.
Présentation des résultats	1 / 1	
Citations	1 / 1	
Interprétation des résultats	1 / 1	
Limites	1 / 1	
Conclusion	1 / 1	
Note totale	10 / 12	

8. La consultation sans prescription médicamenteuse : quels sont les ressentis du médecin et du patient lors d'une consultation sans prescription médicamenteuse ?

	Note	Raison de la perte de point
Problématique et état des connaissances	1 / 1	
Question de recherche	1 / 1	
Contexte de l'étude	1 / 1	
Méthodologie	1 / 1	
Sélection des participants	0,5 / 1	Biais de sélection : certains patients étaient des connaissances des enquêteurs.
Recueil des informations	1 / 1	
Analyse des données	1 / 1	
Présentation des résultats	1 / 1	
Citations	1 / 1	
Interprétation des résultats	1 / 1	
Limites	1 / 1	
Conclusion	1 / 1	
Note totale	11,5 / 12	

C. Etudes mixtes :

1. Prescription médicamenteuse en médecine générale : les attentes des français en cas de pathologies bénignes.

a) Etude quantitative :

	Note	Raison de la perte de point
But de l'étude	1 / 1	
Revue de littérature	1 / 1	
Devis	2 / 2	
Echantillon	1,5 / 2,5	Procédure d'échantillonnage peu décrite.
Collecte des données	1 / 1,5	Pas de méthode utilisée pour assurer la validité des données.
Analyse des données	2 / 2	
Résultats	1,5 / 2	Les résultats manquent parfois d'un peu de clarté.
Discussion	1 / 1	
Impression globale	1 / 1	
Note totale	12 / 14	

b) Etude qualitative :

	Note	Raison de la perte de point
Problématique et état des connaissances	1 / 1	
Question de recherche	1 / 1	
Contexte de l'étude	0 / 1	Milieu dans lequel se déroulent les entretiens non décrit.
Méthodologie	0 / 1	Méthodologie des entretiens non décrite.
Sélection des participants	0,5 / 1	Deuxième sélection effectuée sans tirage au sort.
Recueil des informations	0,5 / 1	Pas de saturation des données.
Analyse des données	1 / 1	
Présentation des résultats	1 / 1	
Citations	1 / 1	
Interprétation des résultats	1 / 1	
Limites	1 / 1	
Conclusion	1 / 1	
Note totale	9 / 12	

2. Expectations for consultations and antibiotics for respiratory tract infection in primary care.

a) Etude quantitative :

	Note	Raison de la perte de point
But de l'étude	1 / 1	
Revue de littérature	1 / 1	
Devis	2 / 2	
Echantillon	2 / 2,5	La première étape de l'échantillonnage est peu décrite.
Collecte des données	1 / 1,5	Pas de méthode pour assurer la validité des données.
Analyse des données	1 / 2	La méthode statistique est insuffisamment décrite.
Résultats	2 / 2	
Discussion	1 / 1	
Impression globale	1 / 1	
Note totale	12 / 14	

b) Etude qualitative :

	Note	Raison de la perte de point
Problématique et état des connaissances	1 / 1	
Question de recherche	1 / 1	
Contexte de l'étude	0 / 1	Le milieu dans lequel se déroule l'étude n'est pas décrit.
Méthodologie	1 / 1	
Sélection des participants	0,5 / 1	La sélection des participants n'est pas entièrement justifiée.
Recueil des informations	1 / 1	
Analyse des données	0,5 / 1	Pas de triangulation des données.
Présentation des résultats	1 / 1	
Citations	1 / 1	
Interprétation des résultats	1 / 1	
Limites	0,5 / 1	Les biais de l'étude sont présentés de façon incomplète.
Conclusion	1 / 1	
Note totale	9,5 / 12	

Annexe 5 : Informations générales des références sélectionnées

Tableau 1 : Etudes quantitatives retenues (1/6)

Type de document, date et lieu	Auteur	Titre	Objectif / Question posée	Méthodes	Population étudiée	Biais / Limites	Note de l'analyse critique
Article de revue (<i>British Journal of General Practice</i>), Belgique , Gant, 2009	Matthys J, Elwyn G, Van Nuland M, Van Maele G, De Sutter A, De Meyere M, et al.	Patients' ideas, concerns, and expectations (ICE) in general practice : impact on prescribing.	Explorer les différents aspects de la consultation et séparer les idées, préoccupations et attentes des patients. Dans quelle mesure les idées, préoccupations et attentes apparaissent dans la consultation, soit exprimées par le patient soit provoquées par le médecin ? Y a-t-il une corrélation entre l'expression de ces composants et le taux de prescription ?	Etude observationnelle transversale	613 patients d'un centre d'enseignement de médecine générale en Flandres (Belgique), observés par 39 stagiaires de médecine générale	Biais de recrutement. Les participants peuvent être conscients d'être observés. Pas d'informations disponibles sur la fiabilité de l'étudiant notant les éléments. Pas d'informations sur la façon dont le problème a été clairement défini, ou comment les options thérapeutiques ont été exposées et quelles étaient les conséquences de l'absence de traitement.	12 / 14
Article de revue (<i>Journal of General Internal Medicine</i>), Espagne , 2007	Ruiz-Moral R, Péruña de Torres LÁ, Jaramillo-Martin I.	The Effect of Patients' Met Expectations on Consultation Outcomes. A Study with Family Medicine Residents.	Explorer la nature et la prévalence des attentes des patients en consultation de médecine générale. Déterminer quelles attentes sont le plus souvent satisfaites. Savoir quelle est la relation entre la satisfaction des attentes et leur perception de la rencontre, la satisfaction et les résultats, comme l'observance, la recherche d'un second avis et l'évolution clinique.	Etude de cohorte prospective, à l'aide d'un questionnaire pré et post consultation	702 patients consultant dans des centres de santé espagnols	L'identification des symptômes des patients n'était pas fondée sur des critères de certitude. Les problèmes psychologiques ont été très rarement-nommés comme la raison de la consultation. Biais de "non-réponse".	12 / 14

Tableau 1 : Etudes quantitatives retenues (2/6)

Type de document, date et lieu	Auteur	Titre	Objectif / Question posée	Méthodes	Population étudiée	Biais / Limites	Note de l'analyse critique
Thèse, France , Paris, 2013	Darлак M.	Les déterminants de la prescription médicamenteuse en médecine de ville.	Lister puis analyser et hiérarchiser les différents déterminants qui interviennent dans la prescription médicamenteuse. Analyser les caractéristiques de l'attente de prescription et son impact effectif sur la prescription.	Enquête d'opinion à l'aide de questions fermées	49 médecins généralistes de Paris et Seine-Saint-Denis	Population strictement urbaine. Echantillon non représentatif de l'ensemble des médecins français.	9 / 14
Thèse, France , Paris, 2009	Maquet P.	Prescriptions médicamenteuses en médecine générale : étude de 164 questionnaires croisés patient-médecin sur l'attente de prescriptions des patients et son influence sur la décision de prescrire du médecin.	Étudier la prévalence de l'attente de prescriptions médicamenteuses des patients qui consultaient en médecine générale et étudier leurs rôles sur la décision du médecin de prescrire des médicaments. Déterminer quelle était la perception du médecin de l'attente de prescriptions médicamenteuses des patients et étudier l'influence de cette attente sur la décision de prescrire des médicaments non nécessaires d'un point de vue médical.	Enquête prospective déclarative avec un questionnaire à choix multiples	164 patients d'un cabinet de médecine générale de la région parisienne	Patients non représentatifs de la population générale (taille de l'échantillon, enquête dans un cabinet de médecine générale). Biais de mémoire. Méconnaissance des patients des termes (AME, CMU, ALD, prise en charge à 100%). Propre perception du médecin sur la nécessité de la prescription. 1 seul médecin généraliste (approche potentiellement différente d'autres médecins généralistes). Intrusion des questionnaires pouvaient modifier le comportement naturel des patients et du médecin.	11 / 14

Tableau 1 : Etudes quantitatives retenues (3/6)

Type de document, date et lieu	Auteur	Titre	Objectif / Question posée	Méthodes	Population étudiée	Biais / Limites	Note de l'analyse critique
Thèse, France , Nice, 2009	Cauchois C.	Les déterminants des consultations sans prescription médicamenteuse et des prescriptions contre le gré des médecins généralistes en France : une étude auprès de 631 médecins généralistes en France.	Quantifier les consultations se concluant sans médicaments et les prescriptions médicamenteuses « contre le gré du médecin » et analyser les facteurs expliquant ces deux situations. Recueillir les sentiments des patients sur leur médecin généraliste et le système de santé français.	Enquête descriptive et prospective par un questionnaire à réponses fermées	631 médecins généralistes et 162 patients	Biais de sélection (les médecins répondants étaient informatisés). Restriction des questions sous forme d'items. Erreur informatique : classe «sans emploi ». Effectif des DOM-TOM avec les régions sud mais densité médicale différente. Échantillon faible pour les patients.	10,5 / 14
Article de revue <i>(British Journal of General Practice)</i> , Pays-Bas , 2007	Cals JW, Boumans D, Lardinois RJ, Gonzales R, Hopstaken RM, Butler CC, et al.	Public beliefs on antibiotics and respiratory tract infections : an Internet-based questionnaire study.	Comprendre les connaissances, les croyances et les expériences avec les antibiotiques et les infections des voies respiratoires du grand public afin d'identifier des facteurs prédictifs de connaissance précise sur l'efficacité des antibiotiques.	Enquête transversale basée sur un questionnaire Internet	935 utilisateurs d'Internet hollandais âgés de plus de 16 ans	Biais de mémoire. Biais de réponse. Internet : sous-représentation des personnes âgées.	12,5 / 14

Tableau 1 : Etudes quantitatives retenues (4/6)

Type de document, date et lieu	Auteur	Titre	Objectif / Question posée	Méthodes	Population étudiée	Biais / Limites	Note de l'analyse critique
Article de revue (<i>BMC pediatrics</i>), Grèce , 2011	Panagakou SG, Spyridis N, Papaevangelou V, Theodoridou KM, Goutziana GP, Theodoridou MN, et al.	Antibiotic use for upper respiratory tract infections in children : a cross-sectional survey of knowledge, attitudes, and practices (KAP) of parents in Greece.	Déterminer les facteurs de surprescription d'antibiotiques en Grèce, par le biais d'un questionnaire Connaissances, Attitudes et Pratiques (CAP) pour les parents par rapport à l'utilisation d'antibiotiques pour les infections respiratoires hautes de leur enfant.	Etude descriptive transversale par le biais d'un questionnaire	5312 parents d'enfants de 5 à 6 ans en Grèce	Biais de mémoire. Réponses socialement souhaitable. Formulation des questions parfois ambiguë.	11,5 / 14
Thèse, France , Toulouse, 2007	Mauraizin G.	La prescription médicamenteuse en médecine générale : attentes des patients, perceptions des médecins et comportements associés.	Évaluer l'influence de la relation médecin-patient sur les prescriptions médicamenteuses, identifier d'éventuels facteurs de surprescription et savoir quelle est la place aujourd'hui du médicament dans la consultation.	Enquête descriptive transversale à l'aide d'un questionnaire	1862 patients de cabinets de médecine générale, 27 médecins généralistes, en Midi-Pyrénées	Biais de sélection. Biais de représentativité malgré l'importance de l'échantillon (visite à domicile non prise en compte, retour aléatoire des questionnaires). Il n'est pas possible de vérifier si les réponses des patients reflètent réellement leurs comportements.	11,5 / 14

Tableau 1 : Etudes quantitatives retenues (5/6)

Type de document, date et lieu	Auteur	Titre	Objectif / Question posée	Méthodes	Population étudiée	Biais / Limites	Note de l'analyse critique
Article de revue (<i>Journal of Evaluation in Clinical Practice</i>), Espagne , 2008	Lado E, Vacariza M, Fernández-González C, Gestal-Otero JJ, Figueiras A.	Influence exerted on drug prescribing by patients' attitudes and expectations and by doctors' perception of such expectations : a cohort and nested case-control study.	Evaluer l'influence des connaissances et attitudes des patients sur la prescription des médicaments.	Etude de cohorte avec étude cas-témoins nichée	Patients de plus de 18 ans dans le secteur de Saint Jacques de Compostelle, inscrits dans un centre de soins primaires (649 en cohorte, 127 en cas-témoins)	Biais de sélection : médecins d'un centre d'enseignement. Biais de représentativité : petite zone géographique	11,5 / 14
Article de Revue (<i>European Communicable Disease Bulletin</i>), Allemagne , 2010	Faber MS, Heckenbach K, Velasco E, Eckmanns T.	Antibiotics for the common cold : expectations of Germany's general population.	Explorer les connaissances, les attitudes et les attentes de prescription d'antibiotiques du grand public en Allemagne afin d'orienter les décisions sur des mesures préventives telles que des campagnes de sensibilisation du public.	Etude transversale par un questionnaire Internet	1076 utilisateurs d'Internet allemands	Nombre faible de participants avec un faible niveau d'éducation. Grand public # patients. Réponses socialement souhaitables.	12,5 / 14

Tableau 1 : Etudes quantitatives retenues (6/6)

Type de document, date et lieu	Auteur	Titre	Objectif / Question posée	Méthodes	Population étudiée	Biais / Limites	Note de l'analyse critique
Thèse, France , Grenoble, 2012	Collomb-Gery A.	Évolution des connaissances et habitudes des patients liées à l'antibiothérapie : arguments pour améliorer la prescription en médecine générale.	L'objectif de ce travail est d'évaluer, en 2012, les connaissances et les habitudes des patients liées à l'utilisation des antibiotiques. Afin d'en mesurer l'évolution, les résultats seront comparés avec ceux obtenus en 2000 près de Montpellier sur la base du même questionnaire.	Enquête d'opinion à l'aide d'un questionnaire	170 patients âgés de plus de 18 ans	Problème concernant la langue française, aide par énoncé oral pour certains patients. La présence du chercheur les mercredis a pu influencer la proportion de femmes interrogées Certains items sont redondants et n'apportent pas forcément d'éléments différents. Le questionnaire n'utilise pas les catégories socioprofessionnelles définies par l'INSEE. Une question a été volontairement retirée concernant les médicaments génériques.	11 / 14

Tableau 2 : Etudes qualitatives retenues (1/3)

Type de document, date et lieu	Auteur	Titre	Objectif / Question posée	Méthodes	Population étudiée	Biais / Limites	Note de l'analyse critique
Thèse, France , Nantes, 2012	Leroux-Bolteau H.	Rhinopharyngite de l'enfant : attentes médicamenteuses parentales en consultation de médecine générale.	Quelles sont les attentes médicamenteuses des parents consultant pour leur enfant présentant une rhinopharyngite aiguë ?	Entretiens téléphoniques semi-directifs	Parents d'enfants de 6 mois à 3 ans consultant pour une rhinopharyngite simple en Vendée et Loire-Atlantique : 25 entretiens	Biais d'interprétation. Etude prolongée. Evolution de la grille d'entretien. Questions non posées lors de l'entretien. Absence de saturation des données.	9,5 / 12
Thèse, France , Lyon, 2012	Charra E.	Représentations et vécu des patients à propos de la non-prescription médicale.	Mettre à jour des idées ou outils utiles aux médecins généralistes pour mieux appréhender les attentes de prescription de leurs patients et réduire les prescriptions inappropriées.	Focus groups en parallèle avec la thèse du Dr Hauvespre	Patients ou usagers de la médecine. 4 focus groups de 6-8 personnes	Leaders d'opinion dans les focus groups Familiarité dans les groupes où les personnes se connaissent déjà. Biais de sélection (de volontariat, et de recrutement). Biais de classement (les chercheurs étaient parties prenantes dans les focus groups). Biais de reproductibilité (pas de triangulation des données).	10,5 / 12

Tableau 2 : Etudes qualitatives retenues (2/3)

Type de document, date et lieu	Auteur	Titre	Objectif / Question posée	Méthodes	Population étudiée	Biais / Limites	Note de l'analyse critique
Thèse, France , Lyon, 2008	Devier-Audoual M.	Les patients et l'ordonnance : étude qualitative à partir de 15 entretiens.	Peut-on terminer une consultation sans la rédaction d'une ordonnance ?	Entretiens semi-directifs	15 patients de 2 cabinets de médecine générale	Biais de sélection (choix des médecins, sélection des participants par le médecin généraliste). Biais de représentativité : milieu rural choisi proche du milieu urbain. Manque d'expérience concernant la méthode qualitative.	10,5 / 12
Thèse, France , Lyon, 2012	Hauvespre B.	La non-prescription : représentation et vécu des médecins généralistes, étude qualitative à partir de 13 entretiens.	Décrire le vécu du médecin face à la non-prescription et les raisons d'un éventuel renoncement à cette décision. Générer des stratégies pour identifier et éviter les obstacles à la non-prescription. Améliorer la qualité de la prise en charge médicale et des prescriptions s'il y a lieu.	Entretiens individuels semi-dirigés	13 médecins généralistes de la Drôme, du Rhône et de l'Ardèche	Biais de sélection : biais de recrutement (mail au nom de l'URPS, sujet expliqué dans le courrier, travail de thèse) et biais de volontariat. Biais d'information : biais de l'interviewer. Limites liées au caractère semi-dirigé. Biais d'analyse et de reproductibilité.	10 / 12
Thèse, France , Nancy, 2012	Mauffrey V.	Rhinopharyngite en médecine générale : pourquoi encore tant de prescriptions médicamenteuses ?	Identifier les motifs de prescriptions inutiles voire dangereuses, et proposer des solutions pour y remédier.	Entretiens individuels semi-dirigés	15 médecins généralistes exerçant en libéral dans 4 départements de l'est de la France	Biais de subjectivité lié à l'étude qualitative, biais de mémoire, biais de volontariat et de recrutement. Volonté de répondre ce qui est attendu.	9,5 / 12

Tableau 2 : Etudes qualitatives retenues (3/3)

Type de document, date et lieu	Auteur	Titre	Objectif / Question posée	Méthodes	Population étudiée	Biais / Limites	Note de l'analyse critique
Article de revue (Pratiques et organisation de soins), France , Loire, 2012	Bedoin D, Charles R.	La prise en charge des affections transitoires bénignes en médecine générale : avec ou sans médicaments ?	En utilisant le point de vue de situations cliniques bénignes pour lesquelles les médicaments sont facultatifs, entrer au cœur de la relation thérapeutique : prescrire ou ne pas prescrire, comment et pourquoi ?	Entretiens individuels	11 Médecins généralistes de la Loire	Biais de reproductibilité (pas de triangulation des données). Biais de subjectivité. Biais de classement : biais de mémoire. Biais de sélection : biais de volontariat et de recrutement. Volonté de répondre ce qui est attendu.	8,5 / 12
Thèse, France , Bordeaux, 2012	Pilet G.	Les déterminants de la prescription médicamenteuse des médecins généralistes dans la rhinosinusite maxillaire aiguë de l'adulte.	Mettre en évidence les habitudes de prescriptions de certains médecins généralistes face à un patient atteint de rhinosinusite maxillaire aiguë (raisons de ces habitudes, déterminants qui les orientent à prescrire). Connaître les déterminants de la prescription médicamenteuse pour cette pathologie.	Entretiens individuels et focus groups	20 entretiens individuels et 1 focus group de 7 médecins généralistes	Biais de sélection : médecins enseignants, pas de randomisation. Biais de reproductibilité : pas de triangulation. Médecins généralistes tentés de donner la réponse qu'ils pensent attendue, Subjectivité du chercheur, inexpérience de l'enquêteur, passages de déconcentration générale lors du focus group.	10 / 12
Thèse, France , Lille, 2013	Hennion-Gasrel F, Diblanç-Stamm A.	La consultation sans prescription médicamenteuse : quels sont les ressentis du médecin et du patient lors d'une consultation sans prescription médicamenteuse ?	Quels sont les ressentis du médecin et du patient lors d'une consultation sans prescription médicamenteuse ?	Entretiens individuels semi-directifs et Focus groups	10 entretiens individuels de médecins généralistes, 2 focus groups de médecins et 4 focus groups de patients, tous issus de Lille et sa métropole	Biais d'investigation. Biais internes (entretiens réalisés par des médecins). Biais externes (lieux des entretiens).	11,5 / 12

Tableau 3 : Etudes mixtes retenues (1/2)

Type de document, date et lieu	Auteur	Titre	Objectif / Question posée	Méthodes	Population étudiée	Biais / Limites	Note de l'analyse critique
Thèse, France , Nancy, 2011	Flouret-Guyot C.	Prescription médicamenteuse en médecine générale : les attentes des français en cas de pathologies bénignes.	<p><u>Etude quantitative :</u> Evaluer la demande de traitement médicamenteux des français pour des pathologies bénignes et fréquentes puis rechercher les facteurs associés à cette demande.</p> <p><u>Etude qualitative :</u> Quels sont les attentes des patients en termes de prescription médicamenteuse et quel est leur mode de consommation ?</p>	<p>Questionnaire avec réponses à choix multiples</p> <p>Entretiens individuels semi-dirigés</p>	<p>926 patients</p> <p>Patients de 6 cabinets de médecine générale en Lorraine</p> <p>26 patients</p>	<p><u>Quantitative :</u> Biais de sélection : biais d'échantillonnage, de volontariat et de recrutement. Biais de classement : biais de "Non-réponse". Biais de confusion : cabinets médicaux (personnes malades).</p> <p><u>Qualitative :</u> Biais de sélection : biais de volontariat. Biais de représentativité : pas d'inactifs et de personnes de moins de 25 ans. Biais liés aux entretiens semi-directifs : en fonction du patient toutes les questions ne sont pas forcément posées.</p>	<p><u>Quantitative :</u> 12 / 14</p> <p><u>Qualitative :</u> 9 / 12</p>

Tableau 3 : Etudes mixtes retenues (2/2)

Type de document, date et lieu	Auteur	Titre	Objectif / Question posée	Méthodes	Population étudiée	Biais / Limites	Note de l'analyse critique
Article de revue (<i>British Journal of General Practice</i>), Royaume-Uni , 2013	McNulty CA, Nichols T, Joshi P, David P.	Expectations for consultations and antibiotics for respiratory tract infection in primary care.	Etablir un profil de l'iceberg clinique des infections respiratoires en estimant combien de fois les membres du grand public ont été touchés par une infection respiratoire dans les 6 derniers mois, comment ils l'ont gérée, combien de fois ils ont consulté leur médecin généraliste et pourquoi, ce qu'ils attendaient de cette visite et leurs attentes pour les antibiotiques dans un éventail de scénarios cliniques, s'il leur avait été prescrit des antibiotiques immédiatement ou de façon différée, et leur comportement d'observance.	Enquête rétrospective à l'aide d'un questionnaire réalisée en entrevues individuelles, basée sur une étude qualitative	17 entrevues d'adultes anglais pour l'étude qualitative et 1767 adultes anglais de plus de 15 ans pour l'étude quantitative	<p><u>Etude qualitative :</u> Biais de sélection : biais de recrutement. Biais de classement : biais de mémoire. Difficultés à distinguer les infections respiratoires hautes et basses.</p> <p><u>Etude quantitative :</u> Biais de mémoire. Biais de compréhension. Difficulté à distinguer les infections respiratoires hautes et basses. Sous-estimation des prescriptions dans l'iceberg clinique.</p>	<p><u>Quantitative :</u> 12 / 14</p> <p><u>Qualitative :</u> 9,5 / 12</p>

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Institut Politique de Sondages et d'Opinions Sociales (IPSOS) pour la Caisse Nationale d'Assurance Maladie(CNAM). Les Européens, les médicaments et le rapport à l'ordonnance : synthèse générale. 2005.
2. Lemorton C. Rapport d'information sur la prescription, la consommation et la fiscalité des médicaments. Commission des affaires culturelles, familiales et sociales.; 2008.
3. Caisse Nationale d'Assurance Maladie. Consommation et dépenses de médicaments en France et en Europe : évolutions 2006-2009. 2011.
4. Les Laboratoires Internationaux de Recherche (LIR) en association avec l'Ecole Supérieure des Sciences Economiques et Commerciales (ESSEC). Evolution comparée des ventes de médicaments dans 7 pays européens (2000-2011). 2012.
5. Gimbert V, Chauffaut D. Les médicaments et leurs usages : comment favoriser une consommation adaptée ? Commissariat général à la stratégie et à la prospective.; 2014.
6. Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des produits de santé (ANSM). Analyse des ventes de médicaments en France en 2013. 2014.
7. Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des produits de santé (ANSM). L'évolution des consommations d'antibiotiques en France entre 2000 et 2013. 2014.
8. Bertin P. France et consommation de médicaments en quantité : halte aux idées reçues. LIR- BIPE; 2009.
9. Institut de Recherche et de Documentation en Economie de la Santé (IRDES). Historique de la politique du médicament en France [Internet]. 2015. Available from: <http://www.irdes.fr/documentation/syntheses/historique-de-la-politique-du-medicament-en-france.pdf>
10. Busfield J. "A pill for every ill": Explaining the expansion in medicine use. Soc Sci Med. 2010;70(6):934–41.
11. Gallois P, Vallée J-P, Le Noc Y. Prescription médicamenteuse: un acte sous influences. Médecine. 2007;3(10):456–61.
12. Feron J-M, Legrand D, Pestiaux D, Tulkens P. Prescription d'antibiotiques en médecine générale en Belgique et en France : entre déterminants collectifs et responsabilité individuelle. Pathol Biol. 2009;57(1):61–4.
13. Unaformec. Attente des patients et prescriptions des médecins. Bibliomed [Internet]. 2007;(479). Available from: http://www.unaformec.org/publications/bibliomed/479_Attente_des_patients_et_prescription_des_medecins.pdf

14. Little P. Importance of patient pressure and perceived pressure and perceived medical need for investigations, referral, and prescribing in primary care: nested observational study. *BMJ*. 2004;328(7437):444–0.
15. Von Ferber L, Köster I, Prüss U. Patient variables associated with expectations for prescriptions and general practitioners' prescribing behaviour: an observational study. *Pharmacoepidemiol Drug Saf*. 2002;11(4):291–9.
16. Tranfield D, Denyer D, Smart P. Towards a methodology for developing evidence-informed management knowledge by means of systematic review. *Br J Manag*. 2003;14(3):207–22.
17. Réseau Entreprise et Développement Durable. Guide pour la rédaction d'une revue systématique du REDD [Internet]. 2010. Available from: <http://nbs.net/wp-content/uploads/Guide-pour-revue-systematique-REDD.pdf>
18. Saint-Amand A, Saint-Jacques M-C. Comment faire ? Une méta-analyse, méthode agrégative de synthèse de connaissances ? Guide pratique à l'intention des étudiants des sciences humaines et sociales [Internet]. Collection Devenir ChercheurE; 2013. Available from: http://www.fss.ulaval.ca/cms_recherche/upload/jefar/fichiers/comment_faire_metaanalyse.pdf
19. Chaillet N. Préparer une revue systématique. [Internet]. Pôle UdeM Cochrane; 2012. Available from: <http://www.slideserve.com/ciel/pr-parer-une-revue-syst-matique-n-chaillet-responsable-du-p-le-udem-cochrane>
20. Law M, Stewart D, Pollock N, Letts L, Bosch J, Westmorland M. Critical review form - Quantitative studies. McMaster University. 1998.
21. Côté L, Turgeon J. Comment lire de façon critique les articles de recherche qualitative ? *Pédagogie Médicale*. 2002;3:81–90.
22. Essi M-J, Njoya O. L'enquête CAP en recherche médicale. *Health Sci Dis*. 2013;14(2).
23. Gumucio S. Collecte de données : méthodes quantitatives. L'exemple des enquêtes CAP. [Internet]. Médecins du monde; 2010. Available from: <http://www.medecinsdumonde.org/Publications/Guides-a-l-usage-des-professionnels-de-l-humanitaire/Collecte-de-donnees-methodes-quantitatives-l-exemple-des-enquetes-CAP-connaissances-attitudes-pratiques>
24. Petticrew M. *Systematic reviews in the social sciences: a practical guide*. Oxford, Royaume-Uni: Blackwell Pub; 2006.
25. Pope C, Mays N, Popay J. *Synthesizing qualitative and quantitative health research*. Berkshire, Royaume-Uni; 2007.
26. Devier Audoual M. *Les patients et l'ordonnance: étude qualitative à partir de 15 entretiens* [Thèse d'exercice en médecine générale]. Université Claude Bernard Lyon 1; 2008.
27. Céline Flouret-Guyot. *Prescription médicamenteuse : les attentes des français en cas de pathologies bénignes*. [Thèse d'exercice en médecine générale]. Nancy : Université Henri-Poincaré; 2011.

28. Collomb-Gery A. Évolution des connaissances et habitudes des patients liées à l'antibiothérapie: arguments pour améliorer la prescription en médecine générale [Thèse d'exercice en médecine générale]. Faculté de médecine de Grenoble; 2012.
29. Faber MS, Heckenbach K, Velasco E, Eckmanns T. Antibiotics for the common cold: expectations of Germany's general population. *Euro Surveill Bull Eur Sur Mal Transm Eur Commun Dis Bull.* 2010;15(35).
30. Cals JW, Boumans D, Lardinois RJ, Gonzales R, Hopstaken RM, Butler CC, et al. Public beliefs on antibiotics and respiratory tract infections: an internet-based questionnaire study. *Br J Gen Pract.* 2007;57(545):942–7.
31. Panagakou SG, Spyridis N, Papaevangelou V, Theodoridou KM, Goutziana GP, Theodoridou MN, et al. Antibiotic use for upper respiratory tract infections in children: a cross-sectional survey of knowledge, attitudes, and practices (KAP) of parents in Greece. *BMC Pediatr.* 2011;11(1):60.
32. McNulty CA, Nichols T, Joshi P, David P. Expectations for consultations and antibiotics for respiratory tract infection in primary care: the RTI clinical iceberg. *Br J Gen Pract.* 2013;63(612):429–36.
33. Leroux-Bolteau H. Rhinopharyngite de l'enfant : attentes médicamenteuses parentales en consultation de médecin générale. [Thèse d'exercice en médecine générale]. Faculté de médecine de Nantes; 2012.
34. Charra E. Représentations et vécu des patients à propos de la non-prescription médicale [Thèse d'exercice en médecine générale]. Université de Lyon-sud; 2012.
35. Hennion-Gasrel F, Diblanc-Stamm A. La consultation sans prescription médicamenteuse : quels sont les ressentis du médecin et du patient lors d'une consultation sans prescription médicamenteuse ? [Thèse d'exercice en médecine générale]. Université Lille 2-Henri Warembourg; 2013.
36. Bedoin D, Charles, R. La prise en charge des affections transitoires bénignes en médecine générale: avec ou sans médicaments ? *Prat Organ Soins.* 2012;43(2):111–9.
37. Mauraizin G. La prescription médicamenteuse en médecine générale : attentes des patients, perceptions des médecins et comportements associés [Thèse d'exercice en médecine générale]. Toulouse III - Université Paul Sabatier; 2007.
38. Lado E, Vacariza M, Fernández-González C, Gestal-Otero JJ, Figueiras A. Influence exerted on drug prescribing by patients' attitudes and expectations and by doctors' perception of such expectations: a cohort and nested case-control study. *J Eval Clin Pract.* 2008;14(3):453–9.
39. Mauffrey V. Rhinopharyngite en médecine générale : pourquoi encore tant de prescriptions médicamenteuses ? [Thèse d'exercice en médecine générale]. Nancy : Université de Lorraine; 2012.
40. Maquet P. Prescriptions médicamenteuses en médecine générale : étude de 164 questionnaires croisés patient-médecin sur l'attente de prescriptions des patients et son influence sur la décision de prescrire du médecin. [Thèse d'exercice en médecine générale]. Faculté de médecine Paris-Sud; 2009.

41. Ruiz-Moral R, Pérula de Torres LÁ, Jaramillo-Martin I. The Effect of Patients' Met Expectations on Consultation Outcomes. A Study with Family Medicine Residents. *J Gen Intern Med.* 2007;22(1):86–91.
42. Hauvespre B. La non-prescription : représentations et vécu des médecins généralistes, étude qualitative à partir de 13 entretiens [Thèse d'exercice en médecine générale]. Université Claude Bernard Lyon 1; 2012.
43. Cauchois C. Les déterminants des consultations sans prescription médicamenteuse et des prescriptions contre le gré des médecins généralistes en France : étude auprès de 631 médecins généralistes en France [Thèse d'exercice en médecine générale]. Faculté de médecine de Nice; 2009.
44. Darlak M. Les déterminants de la prescription médicamenteuse en médecine de ville. [Thèse d'exercice en médecine générale]. Université Paris-Nord; 2013.
45. Pilet G. Les déterminants de la prescription médicamenteuse des médecins généralistes dans la rhinosinusite maxillaire aiguë de l'adulte [Thèse d'exercice en médecine générale]. Université de Bordeaux 2; 2012.
46. Matthys J, Elwyn G, Van Nuland M, Van Maele G, De Sutter A, De Meyere M, et al. Patients' ideas, concerns, and expectations (ICE) in general practice: impact on prescribing. *Br J Gen Pract.* 2009;59(558):29–36.
47. Batifoulier P, Domin J-P, Gadreau M. Mutation du patient et construction d'un marché de la santé. L'expérience française. *Rev Fr Socio-Économie.* 2008;1(1):27.
48. Boudier F, Bensebaa F, Jablanczy A. L'émergence du patient-expert : une perturbation innovante. *Innovations.* 2012;39(3):13.
49. Abecassis P, Coutinet N. Caractéristiques du marché des médicaments et stratégies des firmes pharmaceutiques. *Horiz Strat.* 2008;7(1):111–39.
50. Institut Politique de Sondages et d'Opinions Sociales (IPSOS) pour Les Entreprises du Médicament (LEEM). Médicament : que disent les français aujourd'hui ? [Internet]. 2014. Available from: http://www.leem.org/sites/default/files/Dossier%20de%20presse%20consolid%C3%A9_1.pdf
51. Vega A. Médecins et médicaments. Un regard sociologique. *Médecine.* 2009;5(3):133–6.
52. Dupuy J-P, Karsenty S. L'invasion pharmaceutique. Paris: Seuil; 1974.
53. Pignarre P. Le grand secret de l'industrie pharmaceutique. Paris: La découverte; 2003.
54. Urfalino P. Le grand méchant loup pharmaceutique. Paris: Textuel; 2005.
55. Desclaux A, Lévy J-J. Présentation: Cultures et médicaments. Ancien objet ou nouveau courant en anthropologie médicale ? *Anthropol Sociétés.* 2003;27(2):5.
56. Fainzang S. Les réticences vis-à-vis des médicaments. *Rev Fr Aff Sanit Soc.* 2007;3-4(3):193–209.

57. Prochaska J, DiClemente C. In search of how people change. Applications to addictive behaviours. *Am Psychol.* 1992;47(9):1102–14.
58. Gross DP. Application des connaissances et changement de comportement : patients, prestataires et populations. *Physiother Can.* 2012;64(3):222–4.
59. Mandil AI. Impact de la remise d'une information écrite au cours de la consultation en médecine de premier recours par le professionnel de santé sur les connaissances, attitudes et comportements des patients : une revue de littérature [Internet] [Thèse d'exercice en médecine générale]. Université de Grenoble 1; 2014. Available from: <http://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01018055/document>
60. Vega A. Positivisme et dépendance: les usages socioculturels du médicament chez les médecins généralistes français. *Sci Soc Santé.* 2012;30(3):71–102.
61. Vega A. Les faces cachées des pratiques soignantes. Des professionnels ni neutres, ni réductibles à de simples individus. *Médecine.* 2010;6(8):382–6.
62. Stevenson FA, Greenfield SM, Jones M, Nayak A, Bradley CP. GPs' perceptions of patient influence on prescribing. *Fam Pract.* 1999;16(3):255–61.
63. Britten N. Patients' expectations of consultations. *BMJ.* 2004;328(7437):416–7.
64. Lundkvist J, Åkerlind I, Borgquist L, Mölsted S. The more time spent on listening, the less time spent on prescribing antibiotics in general practice. *Fam Pract.* 2002;19(6):638–40.
65. Unaformec. Pourquoi les généralistes prescrivent-ils des antibiotiques pour le mal de gorge ? *Bibliomed* [Internet]. 2003;(299). Available from: http://www.unaformec.org/publications/bibliomed/299_ATB_angine_etude.pdf
66. Cadieux G, Tamblyn R, Dauphinee D, Libman M. Predictors of inappropriate antibiotic prescribing among primary care physicians. *CMAJ Can Med Assoc J.* 2007;177(8):877–83.
67. Mousquès J, Renaud T, Scemama O. Variabilité des pratiques médicales en médecine générale: la prescription d'antibiotiques dans la rhinopharyngite aiguë. Paris: Centre de Recherche, d'Etudes et de Documentation en Economie de la Santé(CREDES); 2003.
68. 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.* 1998;317(7159):637–42.
69. Tsiantou V, Shea S, Martinez L, Agius D, Basak O, Faresjö T, et al. Eliciting general practitioners' salient beliefs towards prescribing: A qualitative study based on the Theory of Planned Behaviour in Greece. *J Clin Pharm Ther.* 2013;38(2):109–14.
70. Vega A. Prescription du médicament en médecine générale. Deuxième partie : paradoxes et propositions. *Médecine.* 2012;8(5):223–6.
71. Gallois P, Vallée J-P, Noc YL. Médecine générale en crise : faits et questions. *Médecine.* 2006;2(5):223–8.

72. Gautier A. Baromètre santé médecins généralistes 2009. Saint-Denis: Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES); 2011.
73. Zuger A. Dissatisfaction with Medical Practice. *N Engl J Med.* 2004;350(1):69–75.
74. Choudhry NK, Stelfox H, Detsky AS. Relationships between authors of clinical practice guidelines and the pharmaceutical industry. *JAMA.* 2002;287(5):612–7.
75. Wazana A. Physicians and the pharmaceutical industry: Is a gift ever just a gift? *JAMA.* 2000;283(3):373–80.
76. L'année 2006 du médicament : quand la publicité masque l'absence de progrès thérapeutique. *Rev Prescrire.* 2007;27(280):140–9.
77. Les entreprises du médicament (LEEM). Observatoire sur les investissements productifs pharmaceutiques et biotechnologiques en France. [Internet]. 2014. Available from: http://www.lesechos-events.fr/data/classes/produit/conference/doc2_212924_14.pdf
78. Organisation de Coopération et de Développement Economique(OCDE). Panorama de la santé 2013 [Internet]. Éditions OCDE; 2013. Available from: http://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/panorama-de-la-sante-2013_health_glance-2013-fr
79. Bell RA, Kravitz RL, Thom D, Krupat E, Azari R. Unmet Expectations for Care and the Patient-physician Relationship. *J Gen Intern Med.* 2002;17(11):817–24.
80. Rollnick S, Seale C, Rees M, Butler C, Kinnersley P, Anderson L. Inside the routine general practice consultation: an observational study of consultations for sore throats. *Fam Pract.* 2001;18(5):506–10.
81. Simard S. La recension des écrits. Guide des démarches à suivre [Internet]. 2014. Available from: https://oraprdnt.uqtr.quebec.ca/pls/public/docs/GSC1317/F1444348334_Guide_Cycles_Sup_rieurs.pdf

AUTEUR : Nom : MOURET - BONZI

Prénom : Mirianna

Date de Soutenance : Jeudi 02 Juillet 2015

Titre de la Thèse : « L'ordonnance médicamenteuse en France et en Europe : les attentes de prescription des patients. Une revue systématique de la littérature de 2005 à 2014 »

Thèse - Médecine - Lille 2015

Cadre de classement : DES de Médecine Générale

Mots-clés : prescription, médicament, ordonnance, attente, patient, soins primaires, Europe, France.

Résumé :

Contexte : La France a longtemps été désignée comme championne d'Europe des dépenses médicamenteuses. En 2005, les attitudes des français vis-à-vis du médicament semblaient converger vers celles de leurs voisins européens, présageant une harmonisation des pratiques. L'objectif de ce travail est de déterminer les attentes des français et des européens en matière de prescription médicamenteuse entre 2005 et 2014 et de relier ces attentes à leurs connaissances ainsi qu'à leurs pratiques. L'objectif secondaire est d'élaborer des pistes de travail pour réduire la consommation médicamenteuse.

Méthode : Il s'agit d'une revue mixte et systématique de la littérature européenne de 2005 à 2014. La recherche est basée sur la méthodologie Cochrane et l'extraction des données sur le modèle CAP (Connaissances, Attitudes, Pratiques). Une approche interprétative a été utilisée pour l'analyse des données.

Résultats : 21 références ont été analysées dont 14 études réalisées en France. Les connaissances, attitudes et pratiques des patients français vis-à-vis de la prescription médicamenteuse se sont homogénéisées avec celles des autres européens depuis 2005. Ces résultats concernent particulièrement les antibiotiques et les pathologies bénignes courantes. Les attentes prioritaires des français sont davantage des attentes d'explications et d'écoute plutôt qu'une prescription de médicaments. Leur satisfaction vis-à-vis de la non-prescription médicamenteuse et la confiance en leur médecin sont particulièrement élevées. Parallèlement, les dépenses médicamenteuses de la France ont convergé vers la moyenne européenne. Malgré cela, certains comportements liés à des habitudes anciennes sont encore bien ancrés dans les mentalités des patients. L'ambivalence dans les représentations et dans les attentes qui en résultent, se répercute sur les pratiques et peut représenter un frein à l'évolution de celles-ci.

Conclusion : Le comportement des patients français vis-à-vis de la prescription médicamenteuse a poursuivi son évolution au cours de la dernière décennie. Cette évolution est le résultat de l'augmentation des connaissances des patients et de l'installation d'une méfiance vis-à-vis du médicament. Les marges de progression sont encore importantes et concernent principalement l'information et l'éducation des patients. Le rôle des autres acteurs de la surprescription, notamment celui des médecins, est également à prendre en compte pour en finir avec l'ordonnance systématique.

Composition du Jury :

Président : Professeur Raymond GLANTENET

Assesseurs : Professeur Patrick LEROUGE

Docteur Jonathan FAVRE

Directeur de thèse : Docteur Denis DELEPLANQUE