

2024-2025

THÈSE

pour le

DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Qualification en MEDECINE GENERALE

AFFECTIONS VIRALES COURANTES EN MÉDECINE GÉNÉRALE : ATTENTES DES PATIENTS ET RÉACTIONS FACE A LA NON PRESCRIPTION MÉDICALE

VIOLLIER Lisa

Née le 17 mars 1996 à LA ROCHE SUR YON (85)

Sous la direction de M. CONNAN Laurent

Membres du jury

Pr PY Thibault | Président

Pr CONNAN Laurent | Directeur

Dr GHALI Maria | Membre

Dr REGNIER Adeline | Membre

Soutenue publiquement le :
16 octobre 2025



**FACULTÉ
DE SANTÉ**

UNIVERSITÉ D'ANGERS

ENGAGEMENT DE NON PLAGIAT

Je, soussigné(e) VIOLLIER Lisa
déclare être pleinement conscient(e) que le plagiat de documents ou d'une
partie d'un document publiée sur toutes formes de support, y compris l'internet,
constitue une violation des droits d'auteur ainsi qu'une fraude caractérisée.
En conséquence, je m'engage à citer toutes les sources que j'ai utilisées
pour écrire ce rapport ou mémoire.

signé par l'étudiant(e) le **18/08/2025**

SERMENT D'HIPPOCRATE

« Au moment d'être admis(e) à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité. Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux. Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité. J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences. Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis(e) dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu (e) à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs. Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

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

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

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré (e) et méprisé(e) si j'y manque ».

LISTE DES ENSEIGNANTS DE LA FACULTÉ DE SANTÉ D'ANGERS

Doyen de la Faculté : Pr Cédric ANNWEILER
Vice-Doyen de la Faculté et directeur du département de pharmacie : Pr Sébastien FAURE
Directeur du département de médecine : Pr Vincent DUBEE

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

ABRAHAM Pierre	PHYSIOLOGIE	Médecine
ANGOULVANT Cécile	MEDECINE GENERALE	Médecine
ANNWEILER Cédric	GERIATRIE ET BIOLOGIE DU VIEILLISSEMENT	Médecine
ASFAR Pierre	REANIMATION	Médecine
AUBE Christophe	RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE	Médecine
AUGUSTO Jean-François	NEPHROLOGIE	Médecine
BAUFRETON Christophe	CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIOVASCULAIRE	Médecine
BELLANGER William	MEDECINE GENERALE	Médecine
BELONCLE François	REANIMATION	Médecine
BIERE Loïc	CARDIOLOGIE	Médecine
BIGOT Pierre	UROLOGIE	Médecine
BONNEAU Dominique	GENETIQUE	Médecine
BOUCHARA Jean-Philippe	PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE	Médecine
BOUET Pierre-Emmanuel	GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE	Médecine
BOURSIER Jérôme	GASTROENTEROLOGIE ; HEPATOLOGIE	Médecine
BOUVARD Béatrice	RHUMATOLOGIE	Médecine
BRIET Marie	PHARMACOLOGIE	Médecine
CAMPONE Mario	CANCEROLOGIE ; RADIOTHERAPIE	Médecine
CAROLI-BOSC François-Xavier	GASTROENTEROLOGIE ; HEPATOLOGIE	Médecine
CASSEREAU Julien	NEUROLOGIE	Médecine
CLERE Nicolas	PHARMACOLOGIE / PHYSIOLOGIE	Pharmacie
COLIN Estelle	GENETIQUE	Médecine
CONNAN Laurent	MEDECINE GENERALE	Médecine
COPIN Marie-Christine	ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES	Médecine
COUTANT Régis	PEDIATRIE	Médecine
CUSTAUD Marc-Antoine	PHYSIOLOGIE	Médecine
CRAUSTE-MANCIET Sylvie	PHARMACOTECHNIE HOSPITALIERE	Pharmacie

DE CASABIANCA Catherine	MEDECINE GENERALE	Médecine
DERBRE Séverine	PHARMACOGNOSIE	Pharmacie
DESCAMPS Philippe	GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE	Médecine
D'ESCATHA Alexis	MEDECINE ET SANTE AU TRAVAIL	Médecine
DINOMAIS Mickaël	MEDECINE PHYSIQUE ET DE READAPTATION	Médecine
DUBEE Vincent	MALADIES INFECTIEUSES ET TROPICALES	Médecine
DUCANCELLE Alexandra	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE ; HYGIENE HOSPITALIERE	Médecine
DUVERGER Philippe	PEDOPSYCHIATRIE	Médecine
EVEILLARD Matthieu	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE	Pharmacie
FAURE Sébastien	PHARMACOLOGIE PHYSIOLOGIE	Pharmacie
FOURNIER Henri-Dominique	ANATOMIE	Médecine
FOUQUET Olivier	CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIOVASCULAIRE	Médecine
FURBER Alain	CARDIOLOGIE	Médecine
GAGNADOUX Frédéric	PNEUMOLOGIE	Médecine
GOHIER Bénédicte	PSYCHIATRIE D'ADULTES	Médecine
GUARDIOLA Philippe	HEMATOLOGIE ; TRANSFUSION	Médecine
GUILET David	CHIMIE ANALYTIQUE	Pharmacie
HUNAULT-BERGER Mathilde	HEMATOLOGIE ; TRANSFUSION	Médecine
JEANNIN Pascale	IMMUNOLOGIE	Médecine
KAZOUR François	PSYCHIATRIE	Médecine
KEMPF Marie	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE ; HYGIENE HOSPITALIERE	Médecine
KUN-DARBOIS Daniel	CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE ET STOMATOLOGIE	Médecine
LACOEUILLE FRANCK	RADIOPHARMACIE	Pharmacie
LACCOURREYE Laurent	OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE	Médecine
LAGARCE Frédéric	BIOPHARMACIE	Pharmacie
LANDREAU Anne	BOTANIQUE/ MYCOLOGIE	Pharmacie
LASOCKI Sigismond	ANESTHESIOLOGIE-REANIMATION	Médecine
LEBDAI Souhil	UROLOGIE	Médecine
LEGENDRE Guillaume	GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE	Médecine
LEGRAND Erick	RHUMATOLOGIE	Médecine
LEMEE Jean-Michel	NEUROCHIRURGIE	Médecine
LERMITE Emilie	CHIRURGIE GENERALE	Médecine
LEROLLE Nicolas	REANIMATION	Médecine
LIBOUBAN Hélène	HISTOLOGIE	Médecine
LUQUE PAZ Damien	HEMATOLOGIE BIOLOGIQUE	Médecine
MARCHAIS Véronique	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE	Pharmacie
MARTIN Ludovic	DERMATO-VERERELOGIE	Médecine

MAY-PANLOUP Pascale	BIOLOGIE ET MEDECINE DU DEVELOPPEMENT ET DE LA REPRODUCTION	Médecine
MENEI Philippe	NEUROCHIRURGIE	Médecine
MERCAT Alain	REANIMATION	Médecine
ORVAIN Corentin	HEMATOLOGIE ; TRANSFUSION	Médecine
PAISANT Anita	RADIOLOGIE	Médecine
PAPON Nicolas	PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE MEDICALE	Pharmacie
PASSIRANI Catherine	CHIMIE GENERALE	Pharmacie
PELLIER Isabelle	PEDIATRIE	Médecine
PETIT Audrey	MEDECINE ET SANTE AU TRAVAIL	Médecine
PICQUET Jean	CHIRURGIE VASCULAIRE ; MEDECINE VASCULAIRE	Médecine
PODEVIN Guillaume	CHIRURGIE INFANTILE	Médecine
PROCACCIO Vincent	GENETIQUE	Médecine
PRUNIER Delphine	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE	Médecine
PRUNIER Fabrice	CARDIOLOGIE	Médecine
PY Thibaut	MEDECINE GENERALE	Médecine
RAMOND-ROQUIN Aline	MEDECINE GENERALE	Médecine
REYNIER Pascal	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE	Médecine
RIOU Jérémie	BIostatistique	Pharmacie
RINEAU Emmanuel	ANESTHESIOLOGIE REANIMATION	Médecine
RIQUIN Elise	PEDOPSYCHIATRIE ; ADDICTOLOGIE	Médecine
RODIEN Patrice	ENDOCRINOLOGIE, DIABETE ET MALADIES METABOLIQUES	Médecine
ROQUELAURE Yves	MEDECINE ET SANTE AU TRAVAIL	Médecine
ROUGE-MAILLART Clotilde	MEDECINE LEGALE ET DROIT DE LA SANTE	Médecine
ROUSSEAU Audrey	ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES	Médecine
ROUSSEAU Pascal	CHIRURGIE PLASTIQUE, RECONSTRUCTRICE ET ESTHETIQUE	Médecine
ROUSSELET Marie-Christine	ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES	Médecine
ROY Pierre-Marie	MEDECINE D'URGENCE	Médecine
SAULNIER Patrick	BIOPHYSIQUE ET BIostatistiques	Pharmacie
SERAPHIN Denis	CHIMIE ORGANIQUE	Pharmacie
SCHMIDT Aline	HEMATOLOGIE ; TRANSFUSION	Médecine

TESSIER-CAZENEUVE Christine	MEDECINE GENERALE	Médecine
TRZEPIZUR Wojciech	PNEUMOLOGIE	Médecine
UGO Valérie	HEMATOLOGIE ; TRANSFUSION	Médecine
URBAN Thierry	PNEUMOLOGIE	Médecine
VAN BOGAERT Patrick	PEDIATRIE	Médecine
VENARA Aurélien	CHIRURGIE VISCERALE ET DIGESTIVE	Médecine
VENIER-JULIENNE Marie-Claire	PHARMACOTECHNIE	Pharmacie
VERNY Christophe	NEUROLOGIE	Médecine
WILLOTEAUX Serge	RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE	Médecine

MAÎTRES DE CONFÉRENCES

AMMI Myriam	CHIRURGIE VASCULAIRE ET THORACIQUE	Médecine
BAGLIN Isabelle	CHIMIE THERAPEUTIQUE	Pharmacie
BASTIAT Guillaume	BIOPHYSIQUE ET BIOSTATISTIQUES	Pharmacie
BEAUVILLAIN Céline	IMMUNOLOGIE	Médecine
BEGUE Cyril	MEDECINE GENERALE	Médecine
BELIZNA Cristina	MEDECINE INTERNE	Médecine
BENOIT Jacqueline	PHARMACOLOGIE	Pharmacie
BERNARD Florian	ANATOMIE	Médecine
BESSAGUET Flavien	PHYSIOLOGIE PHARMACOLOGIE	Pharmacie
BLANCHET Odile	HEMATOLOGIE ; TRANSFUSION	Médecine
BOISARD Séverine	CHIMIE ANALYTIQUE	Pharmacie
BOUCHER Sophie	ORL	Médecine
BRIET Claire	ENDOCRINOLOGIE, DIABETE ET MALADIES METABOLIQUES	Médecine
BRILLAND Benoît	NEPHROLOGIE	Médecine
BRIS Céline	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE	Pharmacie
BRUGUIERE Antoine	PHARMACOGNOSIE	Pharmacie
CAPITAIN Olivier	CANCEROLOGIE ; RADIOTHERAPIE	Médecine
CHABRUN Floris	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE	Pharmacie
CHAO DE LA BARCA Juan-Manuel	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE	Médecine
CHOPIN Matthieu	MEDEECINE GENERALE	
CODRON Philippe	NEUROLOGIE	Médecine
DEMAS Josselin	SCIENCES DE LA READAPTATION	Médecine
DESHAYES Caroline	BACTERIOLOGIE VIROLOGIE	Pharmacie
DOUILLET Delphine	MEDECINE D'URGENCE	Médecine
FERRE Marc	BIOLOGIE MOLECULAIRE	Médecine
FORTRAT Jacques-Olivier	PHYSIOLOGIE	Médecine
GHALI Maria	MEDECINE GENERALE	Médecine

GUELFF Jessica	MEDECINE GENERALE	Médecine
HADJ MAHMOUD Dorra	IMMUNOLOGIE	Pharma
HAMEL Jean-François	BIOSTATISTIQUES, INFORMATIQUE MEDICALE	Médicale
HAMON Cédric	MEDECINE GENERALE	Médecine
HELESBEUX	CHIMIE ORGANIQUE	Pharmacie
Jean-Jacques		
HERIVAUX Anaïs	BIOTECHNOLOGIE	Pharmacie
HINDRE François	BIOPHYSIQUE	Médecine
JOUSSET-THULLIER	MEDECINE LEGALE ET DROIT DE LA SANTÉ	Médecine
Nathalie		
JUDALET-ILLAND	MEDECINE GENERALE	Médecine
Ghislaine		
KHIATI Salim	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE	Médecine
LEFEUVRE Caroline	BACTERIOLOGIE ; VIROLOGIE	Médecine
LEGEAY Samuel	PHARMACOCINETIQUE	Pharmacie
LEPELTIER Elise	CHIMIE GENERALE	Pharmacie
LETOURNEL Franck	BIOLOGIE CELLULAIRE	Médecine
MABILLEAU Guillaume	HISTOLOGIE, EMBRYOLOGIE ET CYTOGENETIQUE	Médecine
MALLET Sabine	CHIMIE ANALYTIQUE	Pharmacie
MAROT Agnès	PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE MEDICALE	Pharmacie
MESLIER Nicole	PHYSIOLOGIE	Médecine
MIOT Charline	IMMUNOLOGIE	Médecine
MOUILLIE Jean-Marc	PHILOSOPHIE	Médecine
NAIL BILLAUD Sandrine	IMMUNOLOGIE	Pharmacie
PAILHORIES Hélène	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE	Médecine
PAPON Xavier	ANATOMIE	Médecine
PASCO-PAPON Anne	RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE	Médecine
PENCHAUD	SOCIOLOGIE	Médecine
Anne-Laurence		
PIHET Marc	PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE	Médecine
PIRAUX Arthur	OFFICINE	Pharmacie
POIROUX Laurent	SCIENCES INFIRMIERES	Médecine
RONY Louis	CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE	Médecine
ROGER Emilie	PHARMACOTECHNIE	Pharmacie
SAVARY Camille	PHARMACOLOGIE-TOXICOLOGIE	Pharmacie
SCHMITT Françoise	CHIRURGIE INFANTILE	Médecine
SCHINKOWITZ Andréas	PHARMACOGNOSIE	Pharmacie
SPIESSER-ROBELET	PHARMACIE CLINIQUE ET EDUCATION THERAPEUTIQUE	Pharmacie
Laurence		
TEXIER-LEGENDRE	MEDECINE GENERALE	Médecine
Gaëlle		
VIAULT Guillaume	CHIMIE ORGANIQUE	Pharmacie

AUTRES ENSEIGNANTS

ATER		
BARAKAT Fatima	CHIMIE ANALYTIQUE	Pharmacie
ATCHADE Constantin	GALENIQUE	Pharmacie
PRCE		
AUTRET Erwan	ANGLAIS	Santé
BARBEROUSSE Michel	INFORMATIQUE	Santé
COYNE Ashley	ANGLAIS	Santé
O'SULLIVAN Kayleigh	ANGLAIS	Santé
RIVEAU Hélène	ANGLAIS	
PAST-MAST		
AUBRUCHET Hélène		
BEAUVAIS Vincent	OFFICINE	Pharmacie
BRAUD Cathie	OFFICINE	Pharmacie
CAVAILLON Pascal	PHARMACIE INDUSTRIELLE	Pharmacie
DILÉ Nathalie	OFFICINE	Pharmacie
GUILLET Anne-Françoise	PHARMACIE DEUST PREPARATEUR	Pharmacie
MOAL Frédéric	PHARMACIE CLINIQUE	Pharmacie
CHAMPAGNE Romain	MEECINE PHYSIQUE ET READAPTATION	Médecine
KAASSIS Mehdi	GASTRO-ENTEROLOGIE	Médecine
GUITTON Christophe	MEDECINE INTENSIVE-REANIMATION	Médecine
LAVIGNE Christian	MEDECINE INTERNE	Médecine
PICCOLI Giorgina	NEPHROLOGIE	Médecine
POMMIER Pascal	CANCEROLOGIE-RADIOTHERAPIE	Médecine
SAVARY Dominique	MEDECINE D'URGENCE	Médecine
PLP		
CHIKH Yamina	ECONOMIE-GESTION	Médecine

RE M ER CI E M EN TS

A Monsieur le Professeur Thibault PY, merci de me faire l'honneur de présider ce jury de thèse et de l'intérêt porté à ce travail.

A Monsieur le Professeur Laurent CONNAN, merci d'avoir accepté de diriger ce travail de thèse, et de m'avoir fait confiance pour sa réalisation.

A Madame le Docteur Maria GHALI, merci d'avoir accepté de prendre part à ce jury et du temps que vous m'accordez.

A Madame le Docteur Adeline REGNIER, merci d'avoir accepté de représenter l'Allier dans ce jury, et de m'avoir si bien accueillie lors de mes premiers remplacements.

Aux médecins et cabinets qui m'ont accueillie au cours de mes remplacements et pour l'élaboration de cette thèse. Une mention toute particulière pour l'équipe des frères maristes, pour votre bienveillance, votre bonne humeur constante et vos expressions improbables qui rendent les journées bien plus agréables.

A ma famille, sans qui je n'aurais jamais pu arriver jusqu'ici.

A ma mère, merci de m'avoir toujours encouragée et rassurée dans ce parcours et tout au long de ma vie, et d'être un modèle de courage. A mon frère, merci d'avoir été un grand-frère pas trop pénible, d'avoir grandi à mes côtés, de m'avoir laissé réviser dans son hamac. Nos moments tous ensemble en famille sont toujours attendus avec impatience, même les parties de Skyjo avec Marie et JF.

A ceux qui ne sont plus là. A ma grand-mère dont j'aurais aimé décrypter le petit mot écrit pour l'occasion.

A Camille, mon acolyte de toujours, plus de 20 ans après la classe de madame Radigois, c'est toujours un bonheur de partager des moments avec toi partout où le vent nous mène, avec des BN ou des marguerites. Je suis plus que reconnaissante d'avoir une amie en or comme toi dans ma vie.

A Noémie, ma jumelle d'hémisphère, à nos aventures et nos galères. Te rencontrer en P2 aura été une immense chance, merci de râler avec moi, et de me faire autant rire. J'ai hâte de voir quelles histoires la vie nous réserve encore.

A la team des CCT, pour ce super externat, les pauses goûters juste après l'arrivée à la BU, les vacances au camping, les secret santa, et tout le reste. Merci d'avoir été mes petits soleils pendant ces années.

Aux petits bouts, qui ont su égayer ce semestre improbable à Saumur à base de pauses café dans la salle sur demande, de blagues et de décorations de Noël. A toutes nos soirées angevines.

A Martin, qui a eu le courage de lire toutes ces pages et de me soutenir pendant ces journées de stress, et qui m'aide à prendre confiance en moi chaque jour. Merci d'avoir traversé le pays pour venir manger mes crêpes, et de remplir ma vie d'aventures, d'amour et de peluches depuis ce jour. J'ai hâte de continuer à explorer la vie à tes côtés.

Liste des abréviations

[illegible]

Plan

LISTE DES ABRÉVIATIONS

INTRODUCTION

MÉTHODES

1. Type d'étude
2. Échantillonnage et recrutement
3. Guide d'entretien et recueil des données
4. Analyse des données

RÉSULTATS

1. Caractéristiques de la population
2. Attentes de la consultation
 - 2.1. Attitude du médecin
 - 2.2. Déroulé de la consultation
 - 2.3. Attente de prescriptions médicales
 - 2.4. Conseils et réassurance
3. Perception du traitement
4. Vision de la non prescription médicale
 - 4.1. Vécu des patients
 - 4.2. Non prescription envisagée ou peu concevable ?
5. Ressenti en cas de non prescription
 - 5.1. Acceptation de la NP
 - 5.2. Étonnement et méfiance
 - 5.3. Incompréhension et colère
 - 5.4. Insistance du patient pour mise en place d'un traitement
6. Impact sur la relation médecin-malade
7. Facteurs freinateurs de la non prescription
 - 7.1. La présence en consultation
 - 7.2. Liés à la pathologie et ses symptômes
 - 7.3. Liés au patient
 - 7.4. Liés au médecin
 - 7.5. Suspicion de pressions économiques et politiques
8. Facteurs facilitateurs de la non prescription
 - 8.1. Relation médecin malade
 - 8.2. Bénignité de la pathologie
 - 8.3. Méfiance des traitements médicamenteux
 - 8.4. Liés au patient
 - 8.5. Aspect sociétal

9. Alternatives à la non prescription

- 9.1. Réassurance du patient
- 9.2. Explications de la non prescription
- 9.3. Conseils non médicamenteux
- 9.4. Campagnes gouvernementales

DISCUSSION

1. Représentativité de la population

2. Principaux résultats et comparaison aux données de la littérature

- 2.1. La place de la prescription
- 2.2. Quel impact pour la non prescription ?
- 2.3. Le rôle prépondérant de la relation médecin-patient
- 2.4. L'éducation thérapeutique comme solution ?
- 2.5. Consommation de médicaments en dehors des consultations

3. Forces et limites

4. Perspectives

CONCLUSION

BIBLIOGRAPHIE

LISTE DES TABLEAUX

TABLE DES MATIÈRES

ANNEXES

INTRODUCTION

Les français sont connus comme étant de grands consommateurs de médicaments. En 2020, plus de la moitié des français prenait au moins un médicament par semaine (avec ou sans ordonnance) (1), et la consommation annuelle s'élevait en moyenne à 41 boîtes de médicaments par personne en 2023 (2). La France se classe ainsi en 5ème place du marché pharmaceutique mondial en termes de valeurs de ventes de médicaments, et à la 2ème place en Europe (3). C'est également le 5ème pays le plus consommateur d'antibiotiques (ATB) en Europe d'après les données de Santé Publique France en 2023, avec environ 40% de la population française ayant eu recours à une prescription d'ATB, soit 27 millions de français. (4)

Cette attitude de consommation médicamenteuse peut en partie s'expliquer par des habitudes ancrées de prescription, puisque d'après une étude menée en 2024 pour l'Assurance Maladie, seulement 20% des consultations n'aboutissent pas à une prescription médicale, contre entre un tiers et la moitié des consultations dans les autres pays européens (2).

Cette importante consommation de traitements impacte directement les dépenses de santé. On évalue en effet à 11,8% la part du PIB (Produit intérieur brut) dédiée à la Dépense courante de santé au sens international. En 2023, la Consommation de soins et biens médicaux (qui exclut les soins longue durée, de prévention et de gouvernance du système de santé) s'élevait à elle seule à 249 milliards d'euros, avec pour 3ème poste de dépenses la consommation médicamenteuse en ambulatoire (pour 33 milliards d'euros, après les soins hospitaliers et ambulatoires). (5)

Outre les problématiques financières, la question de l'impact environnemental des médicaments se pose. Avant de parler de la substance thérapeutique, les emballages eux-mêmes posent déjà problème du fait des faibles possibilités de recyclage des blisters, engendrant plus de 70000 tonnes de déchets par an en France. Il faut également ajouter à cela l'empreinte carbone représentée par toute la chaîne de production et de distribution des médicaments avant leur consommation. Concernant les molécules actives, 10% des produits pharmaceutiques sont considérés à risque pour l'environnement du fait de leur faible indice de solubilité, et des difficultés à être complètement éliminés par les stations d'épuration. La surconsommation ou le mauvais usage des antibiotiques peuvent de leur côté entraîner l'apparition de résistances bactériennes aux traitements. (6) D'après une revue menée par le gouvernement britannique, l'antibiorésistance pourrait ainsi devenir la première cause de mortalité dans le monde d'ici 2050, pour atteindre 10 millions de décès par an et dépasser la mortalité attribuée aux cancers. (7) En 2020 en Europe, les infections dues à des agents microbiens résistants aux antibiotiques étaient déjà responsables de 35000 décès par an. (8)

Parmi les motifs de consultation donnant le plus souvent lieu à une prescription de médicaments, les affections des voies aériennes se classent en 2ème position après les problèmes cardio-vasculaires. (9,10) Les symptômes infectieux constituent un des motifs de consultation les plus fréquents des français, notamment la toux (4,8% des consultations), la congestion nasale (2%) ou les maux de gorge (1,8%), faisant des infections respiratoires aiguës le 3ème résultat de consultation le plus fréquent (4,3% pour les rhinopharyngites ou rhinites et 1,5% pour les bronchites et bronchiolites) juste après les consultations de prévention (11%) et l'hypertension artérielle (7%). (11)

Pourtant, ce ne sont pas des consultations nécessitant obligatoirement une prescription médicale. Si l'on explore les recommandations sur les sites de l'Assurance maladie, la HAS (Haute autorité de Santé) ou les collèges des enseignants, il est mentionné qu'une rhinopharyngite (RP), guérit spontanément sans traitement. Il est alors préconisé de suivre des conseils à visée symptomatique (lavages de nez, hydratation, aérer son logement). La prise d'antalgiques ou antipyrétiques peut s'avérer nécessaire (12,13,14), mais la prescription d'autres traitements n'est pas justifiée - voire déconseillée, pour les AINS (anti-inflammatoires non stéroïdiens) ou les vasoconstricteurs. (15,16) De même pour la bronchite aiguë du sujet sain, une pathologie majoritairement virale, sans nécessité de traitement spécifique, notamment antibiotique. (17, 18)

La revue Prescrire publie par ailleurs un bilan annuel de médicaments "à écarter pour mieux soigner", parmi lesquels des sirops pour la toux ou les maux de gorge, n'ayant pas prouvé leur efficacité et pouvant être à l'origine d'effets indésirables sévères, ou encore des décongestionnants (exposant à des risques cardio-vasculaires ou des colites ischémiques). Ces traitements ayant pour but de soulager des symptômes bénins et transitoires, leur utilisation est donc jugée déraisonnable. (19) Malgré ces recommandations, les prescriptions restent nombreuses, comme a pu le démontrer une thèse à Grenoble en 2020 sur les patients consultant pour une infection virale, avec un taux de prescription atteignant 73,6%. Si la majorité des patients recevait du Paracétamol (73,6%), il y avait également plus d'un quart d'ordonnances pour des anti-tussifs, 21,9% d'AINS, ou encore des décongestionnants nasaux. (20)

De nombreux facteurs entrent en compte dans la décision ou non de prescrire pour un médecin généraliste (MG). Parmi les plus cités, on retrouve le besoin de remettre une ordonnance pour matérialiser la fin de la consultation, ou pour "justifier" que la consultation était bien nécessaire. Le manque de temps, particulièrement en période

d'épidémies hivernales avec des journées chargées, rend les MG moins disponibles pour justifier une absence de prescription. Ils déclarent également prescrire pour montrer leurs capacités de médecins à trouver un remède pour leur patient, ou pour se rassurer en anticipant une potentielle évolution défavorable. L'ordonnance est également vue comme une contrepartie du fait du paiement à l'acte. Pour les internes et jeunes médecins, leur statut peut aussi induire plus de prescriptions pour tenter de compenser un manque d'assurance, ou par méconnaissance des traitements, qui les pousse à se baser sur les anciennes prescriptions des patients. Enfin, une des justifications fréquemment évoquée est l'inquiétude d'incompréhension du patient, et de mauvaises réactions en cas de non prescription, avec la crainte de rentrer dans un conflit et d'impacter la relation médecin-patient. (21,22,23,24,25,26,27)

Les antibiotiques sont aussi concernés. En effet, d'après une étude de la DREES (Direction de la recherche des études, de l'évaluation et des statistiques) jusqu'à 43% de médecins déclarent parfois prescrire un ATB à un patient qui n'en aurait peut-être pas besoin, notamment par crainte d'une conséquence médico-légale en cas de doute diagnostique (18%). 96% des médecins déclarent être confrontés à des patients demandeurs d'un ATB au cours d'une consultation pour une infection virale, et 82% s'estiment en difficulté lorsqu'ils doivent refuser de prescrire ce traitement à un patient qui leur demande. (28)

D'après une étude Ipsos de 2005, une forme de "pression de prescription" de manière générale était ainsi ressentie par 46% des médecins (contre 36% en Allemagne et 20% aux Pays-Bas), avec des prescriptions parfois rédigées contre leur gré pour 10% d'entre eux. (29) Dans une étude en 2024, un médecin sur deux déclarait ressentir cette pression de prescription "parfois" et 32% "souvent". (2)

Cette appréhension face aux conflits avec les patients paraît fondée puisque parmi les 1581 incidents déclarés au Conseil de l'Ordre des médecins en 2023, les MG sont les plus touchés, et le 2ème motif le plus fréquent d'agression est lié à un refus de prescription (19% des cas, après les reproches sur la prise en charge). (30)

Si d'après une étude sur les attentes des patients réalisée pour l'Assurance maladie en 2024, 90% d'entre eux seraient satisfaits d'une consultation sans prescription en cas d'explications claires de la part de leur médecin, ils étaient tout de même 57% à attendre en priorité une prescription médicale au décours d'une consultation. (2) Dans le cas des infections virales, une thèse de 2007 en Lorraine a également mis en évidence que 39% des patients étaient en attente de traitement médicamenteux en cas de RP, et jusqu'à 59% en cas de bronchite. Et moins de 15% accepteraient de ne pas recevoir d'ordonnance en cas de RP. (31) Par ailleurs, 92% des patients interrogés lors d'une thèse à Aix Marseille en 2017 déclarent penser qu'il faut entre 1 et 5 médicaments pour soigner une infection virale, alors que seulement 3% jugent qu'il n'en faut aucun. (32)

La prescription médicale revêt différentes symboliques selon les patients. Si pour certains son absence les rassure sur la bénignité du motif de consultation ou est satisfaisante pour éviter une surmédicalisation, pour d'autres, la prescription est vue comme indispensable pour reconnaître leurs symptômes, montrer l'intérêt porté par le médecin, rendre la consultation légitime, ou même vue comme un droit acquis par le paiement de la consultation. (23, 31, 33, 34, 35) Dans ce contexte, la non prescription médicale peut amener à une incompréhension ou une rancœur de la part du patient.

Ainsi, une forme de pression de prescription est admise par les patients, puisque d'après le travail de Julien Arzur mené sur des forums santé en 2011, 76% se sont déjà rendus en consultation (tout motif confondu) avec une demande précise de médicament. Lorsqu'ils ont été confrontés à l'absence de prescription, 54% ont suivi l'avis médical qui leur a été donné, tandis que parmi le reste des patients, 58% ont demandé un second avis, 20% ont insisté et 4% ont exigé une ordonnance. Si pour la majorité, la relation avec leur MG n'a pas été impactée par le refus, 21% ont déclaré avoir changé de médecin suite à cette non prescription. (36) Peu d'études existent sur ce sujet mais des sondages téléphoniques, réalisés en 2006 par Laetitia Esman montraient que 6% des patients avaient déjà demandé une modification de leur ordonnance, majoritairement pour un ajout de traitement (57%, dont 48% d'antalgiques et 31% d'ATB) (37). Dans la thèse d'Apolline Longour, plus de la moitié des interrogés avaient déjà demandé des changements sur leur prescription. (32)

Pour un médecin, il est parfois difficile de comprendre la perception d'un patient en consultation. Des médecins questionnés sur les attentes perçues en cas de RP en 2005 pensaient ainsi que 58% des patients attendaient une prescription, alors qu'ils étaient en réalité seulement 24% à le souhaiter. (29) De nouvelles données en 2024 confirment cet écart de perception entre médecins et patients, puisque 57% des patients mettent la prescription dans le top 3 de leurs attentes, alors que cette proportion est estimée à 76% par les médecins. (2) Cela peut s'expliquer par le fait que les attentes des patients sont souvent peu explicites, et rarement questionnées par leurs médecins. (38)

On peut alors se poser la question de la perception des patients en cas d'affection bénigne courante, puisqu'ils ont finalement été très peu interrogés sur leur vécu en cas de non prescription (NP) dans ce cas précis. Le sentiment de pression de prescription par les médecins généralistes dans cette situation est-il fondé ?

L'objectif de cette étude était de décrypter les attentes des patients lors d'une consultation pour une affection bénigne courante (rhino-pharyngite et bronchite), et d'interroger leur ressenti en cas de non prescription médicale.

L'objectif secondaire était de savoir si la relation médecin-patient se trouvait impactée par cette décision, et si il existait des moyens d'améliorer la compréhension des patients dans ces situations.

MÉTHODES

1. Type d'étude

Une méthode qualitative a été utilisée dans le but de répondre à ces questionnements. Des entretiens semi-dirigés en observation directe ont été effectués par l'investigateur afin de recueillir les propos des participants.

2. Échantillonnage et recrutement

La population cible se constituait de patients majeurs, sans limite supérieure d'âge, résidant dans l'Allier. Les critères d'inclusion étaient l'âge supérieur à 18 ans, l'absence de mesure de protection, et l'absence de troubles cognitifs ou pouvant entraver la compréhension. L'investigateur était médecin remplaçant dans les 3 cabinets où le recrutement a été effectué.

Les patients ont été recrutés directement par l'investigateur au cours de consultations de médecine générale (quel que soit le motif de leur consultation), ainsi que par l'aide d'un cabinet médical ou par effet "boule de neige" à partir d'autres participants. Ils n'étaient pas informés de la totalité du thème de cette thèse, afin de ne pas orienter leurs réponses, il leur était donc expliqué que les entretiens avaient pour but de récolter leur ressenti au cours de consultations afin d'améliorer la compréhension des médecins de leurs patients.

L'échantillonnage a été contrasté par rapport à l'âge, au genre, à la catégorie socio-professionnelle (CSP) ainsi que selon le lieu de recrutement.

3. Guide d'entretien et recueil des données

Le guide d'entretien a été rédigé d'après des questionnaires existants, et testé sur des proches de l'investigateur avant le début de l'étude, et a été affiné au fil des

entretiens pour corriger d'éventuelles incompréhensions et l'enrichir au mieux afin de répondre à la problématique. Ce guide était constitué de trois parties. La première visant à collecter les caractéristiques du patient. La seconde mettant le patient en situation de consultation pour une rhinopharyngite, et enfin la troisième en situation de consultation pour une bronchite (annexe 1).

Nous avons donné le choix aux participants du lieu de l'entretien, qui pouvait être réalisé à leur domicile, au cabinet médical ou dans un lieu public calme. Les participants étaient informés des modalités de l'étude et de leur possibilité de rétractation, et leur consentement éclairé a été recueilli par voie orale et écrite (annexe 2). Une attitude d'écoute active était adoptée par l'investigateur avec des relances sur certains points abordés par le participant.

Ces entretiens ont été enregistrés à l'aide d'un dictaphone et retranscrits intégralement à l'aide du logiciel MICROSOFT WORD. Toutes les données informatisées ont été anonymisées. Les retranscriptions n'ont pas été retournées aux patients pour correction.

L'étude a été menée de juillet 2024 à juillet 2025 jusqu'à saturation théorique des données.

4. Analyse des données

L'analyse des données recueillies était inspirée de la théorisation ancrée. Elle s'est faite de manière inductive par analyse des verbatims au cours de l'étude par codage manuel, permettant d'isoler des unités de sens ensuite regroupées en sous-thèmes puis thèmes à l'aide du logiciel MICROSOFT EXCEL.

A noter que la méthodologie de cette thèse s'est appuyée sur la méthode COREQ (COnsolidates criteria for REporting Qualitative research), avec pour objectif de remplir un maximum des critères de qualité. (39) (annexe 3)

RÉSULTATS

1. Caractéristiques de la population

Onze entretiens semi-dirigés ont été réalisés entre juillet 2024 et juillet 2025. Les entretiens ont duré entre 8 et 28 minutes, avec une durée moyenne de 17 minutes.

A noter qu'une patiente avait été sollicitée mais n'a pas répondu aux relances le jour de l'entretien, et a donc été exclue de la liste des participants.

Les caractéristiques des participants interrogés sont résumées dans le tableau ci-dessous.

Tableau I : Caractéristiques de la population

Patient	Âge	Sexe	Mode de recrutement	Profession	Lieu de suivi
P1	58 ans	Femme	Consultation pour certificat	Ouvrière en abattoir	Le Mayet de Montagne
P2	32 ans	Homme	Consultation pour son fils	Charpentier couvreur	Varennnes sur Allier
P3	76 ans	Homme	Consultation pour renouvellement	Retraitée (vendeuse et assistante maternelle)	Le Mayet de Montagne
P4	67 ans	Homme	Consultation pour renouvellement	Retraité (employé de banque)	Varennnes sur Allier
P5	55 ans	Femme	Consultation suite traumatisme	Professeur de lettres et histoire	Cusset
P6	53 ans	Homme	Consultation pour renouvellement	Directeur export des ventes	Cusset
P7	54 ans	Femme	Consultation pour renouvellement	Conseillère en maintien dans l'emploi	Cusset
P8	82 ans	Femme	Belle mère de P7	Retraitée (opératrice en usine d'armement)	Mayet de Montagne
P9	67 ans	Homme	Connaissance indirecte de P7	Retraité (technicien Enedis)	Cusset
P10	25 ans	Femme	Par l'intermédiaire du cabinet	ATSEM en reconversion	Varennnes sur Allier
P11	33 ans	Homme	Par l'intermédiaire du cabinet	Maroquinier	Varennnes sur Allier

2. Attentes de la consultation

2.1. Attitude du médecin

Au cours d'une consultation, une des attentes mentionnées par certains patients est tout d'abord de retrouver des éléments permettant d'installer un climat agréable et de confiance, que ce soit par l'attitude du médecin, sa ponctualité, ou sa capacité d'écoute.

P4 : "Si le médecin sourit c'est déjà agréable, et s'engage pareil aussi à décontracter le patient je pense"

P7 : "La consultation pour moi elle doit être à l'heure, enfin moi quand je reçois des gens je les reçois dans les 5-10 minutes pas une heure après"

P7 : " Qu'il y ait de l'écoute, euh, du temps, que j'ai l'impression qu'on m'accorde du temps. Ca veut pas dire une heure hein mais ça veut dire que même si ça dure 10 minutes ce soit 10 minutes vraiment où j'ai une écoute et une réponse"

2.2. Déroulé de la consultation

Deux patientes interrogées mentionnent leur souhait que le médecin ait pu lire leur dossier avant le début de la consultation afin de mieux connaître leurs éventuels facteurs de risques vis-à-vis de la maladie.

P6 : "Que le médecin regarde si j'ai des antécédents, est-ce qu'il y aurait des maladies dans le passé ou des choses qui m'affectent en ce moment qui pourraient expliquer un petit peu ce qu'il se passe ou aggraver"

P7 : "J'apprécie et je trouve très important que mon dossier ait été lu avant"

Ensuite, les participants citent un déroulé "classique", avec des étapes clés qu'ils veulent retrouver au cours de la consultation. Pour eux, la consultation doit tout d'abord commencer par un échange permettant au médecin d'interroger le patient sur ses symptômes et d'émettre les premières hypothèses diagnostiques, suivi par un

examen clinique contenant une prise de constantes, une auscultation et un examen ORL, permettant ainsi d'aboutir à l'énoncé du diagnostic posé par le médecin. Plusieurs insistent sur l'importance de l'examen clinique, qui doit être suffisamment exhaustif pour ne pas passer à côté d'éventuelles complications.

P6 : "Premièrement euh, un entretien assez bref avec le docteur pour décrire mes symptômes, pour essayer de réduire le champ d'investigations" " Et après la consultation euh physique en tant que tel, ce serait écouter les poumons, ce serait regarder les oreilles, le fond de la gorge, palpation, et puis regarder la fièvre tout ça" "pour ensuite arriver à une conclusion qui se termine par "donc voilà ce que vous avez""

P9 : "Alors bah je vais voir le médecin, lui dire quels sont mes symptômes, et puis en général il m'ausculte, il me fait un check up"

P1 : "Déjà il m'examine, parce que c'est vrai que ça je pense que c'est la priorité"

2.3. Attente de prescriptions médicales

La prescription est mentionnée par la quasi-totalité des patients dans les deux mises en situations. Un seul d'entre eux évoque que dans le cadre de la rhinopharyngite il ne s'attend pas obligatoirement à recevoir un traitement médicamenteux.

P6 : "Si c'est une rhinopharyngite euh, j'suis pas médecin je connais pas l'étendue des médicaments qu'on peut prescrire pour ça, j'ai bien peur que dans beaucoup de cas ce soit "restez à la maison et prenez pas froid". Pour moi une consultation doit pas obligatoirement se finir par une ordonnance"

Pour les autres, la remise d'une ordonnance est systématiquement évoquée en fin de consultation.

P9 : "Et puis voilà généralement il me donne un traitement qui correspond aux pathologies" ; P11 : "Une ordonnance du coup pour des médicaments pour me soigner"

Dans le cas d'une RP, quelques patients envisagent de recevoir des médicaments vus comme "basiques" ou peu nombreux, contrairement à la bronchite pour laquelle ils imaginent des traitements plus nombreux et intenses.

P1 : "Si c'est vraiment un rhume ça va des gouttes dans le nez, ça va être des trucs euh, des trucs simples quoi" ; P2 : "Ce qui serait normal ce serait de pas partir avec trop de médicaments quoi, enfin le minimum quoi"

P5 : "Si c'est la bronchite y en aura un peu plus" ; P8 : "C'est un petit peu plus grave quand même, donc euh là je vais peut-être insister pour qu'il me donne un traitement d'appoint pour arrêter tout ça"

Dans le contexte d'une RP, les traitements envisagés sont donc le Paracétamol en cas de fièvre, les lavages ou spray nasaux, et les traitements d'appoint de la gorge avec des pastilles ou du spray. Une patiente évoque la possibilité de traitement par suppositoires, et un autre évoque le souhait de traitement vitaminique.

P11 : "Pour une rhino je dirais la prise de médicaments surtout, peut-être des médicaments comme du Doliprane ou des Efferalgan tout ça"

P1 : "Peut-être des fois des gouttes dans le nez des trucs comme ça"

P10 : "Des sprays pour le nez ou la gorge"

P2 : "Quelque chose pour un peu soulager la gorge, j'aime bien les pastilles et puis aussi le truc qu'on injecte là euh ... Le spray"

P3 : "Éventuellement suppositoire moi je suis pour, voilà"

P2 : "Peut-être des vitamines"

Deux patientes évoquent la prescription de traitement antibiotique, et une d'entre elles s'attend également à recevoir des traitements à base de corticoïdes.

P3 : "Et si il y a fièvre : antibiotique, voilà" ; P5 : "Et puis à la fin elle va me donner soit de la cortisone soit un antibiotique"

Lorsqu'ils ont été interrogés sur la bronchite, deux patients ont répondu ne pas avoir d'idée du traitement adéquat, et surtout attendre l'expertise du médecin à laquelle ils se réfèrent.

P6 : "Je sais pas si une bronchite peut être virale, là on tombe en dehors de ma zone de confort on va dire, et là j'attendrais vraiment la conclusion du docteur"

P11 : "Je me dis pour une bronchite peut-être quand même des médicaments à prendre, mais après euh je sais pas du tout ce que mon médecin pourrait dire"

En termes de traitement médicamenteux pour une bronchite, le plus représenté chez les patients est le sirop pour la toux. Ils citent également le Paracétamol et le spray nasal ou buccal. Quelques patients souhaitent repartir avec un traitement antibiotique, ou avec des traitements inhalés notamment corticoïdes.

P4 : "Des fois des sirops c'est le plus simple"

P1 : "Un pulvérisateur là un spray pour mettre dans le nez et dans la bouche"

P8 : "Peut-être des antibiotiques là pour le coup"

P5 : "De l'aérosol là ça marche bien ça, de la cortisone mais en aérosol cette fois"

La réalisation d'examens complémentaires est par ailleurs évoquée par quelques patients dans le cadre d'une consultation pour une bronchite, avec la prescription d'un bilan biologique ou d'une imagerie par radiographie ou scanner pulmonaire.

P10 : "Peut-être qu'il fasse des examens plus poussés qu'une auscultation quoi. Des examens complémentaires, euh une prise de sang, je sais pas, un scanner des poumons peut-être" ; P3 : "Qu'il me fasse passer une radio. Je parle de radio, je parle pas de scanner aujourd'hui, radio suffisante, voilà."

Enfin, deux patients ont abordé la possibilité de recevoir une prescription d'arrêt de travail selon l'intensité des symptômes et l'appréciation du médecin.

P11 : "Et puis savoir si il préconise un arrêt de travail tout ça, pour le repos quoi"

2.4. Conseils et réassurance

Les patients mentionnent le fait de recevoir des conseils non médicamenteux de la part de leur médecin, notamment des conseils en termes d'alimentation ou d'hydratation, les gestes de précaution à suivre, ou le fait de réduire leur consommation tabagique en cas de bronchite. Ils apprécient également qu'on les rassure sur les éléments à surveiller et devant les faire reconsulter.

P6 : " Il faut que le médecin me donne des recommandations. Du genre, un truc tout bête, "mettez une écharpe, mettez de l'essence de romarin dans de l'eau chaude et respirez ça, euh, mangez des fruits, hydratez vous beaucoup"

P5 : "Je fume aussi donc je veux qu'il me rassure tout en me mettant un petit peu en garde, "ce serait bien de diminuer un peu" et tout"

P6 : "On cherche à être rassuré, on veut être rassuré que ça va aller bien"

P1 : "Il va me dire de surveiller si ça passe ou pas, si faut retourner le voir"

3. Perception du traitement

Pour la plupart des patients, le traitement médicamenteux va surtout avoir un objectif de soulagement des symptômes, leur permettant de se sentir mieux au niveau respiratoire surtout en cas de bronchite, de calmer leur toux et ainsi mieux dormir, afin de mieux vivre la maladie.

P3 : "Un soulagement, quand on a le nez bouché, quand on tousse, quand on a mal à la gorge, voilà, un soulagement de... des symptômes voilà"

P4 : "Des médicaments pour que ça dégage ces voies, que je puisse respirer normalement, et sûrement que je dois mal dormir la nuit quand on a les voies respiratoires prises. Des médicaments qui fassent sortir un petit peu tous ces glaires."

P7 : "Soulager la toux, nocturne surtout parce qu'en fait c'est ça le plus pénible"

Pour d'autres, la mise en place d'un traitement doit permettre de prévenir l'apparition d'éventuelles complications.

P8 : "Peut-être pour soigner et puis alors pour éviter que ça prenne des proportions plus graves oui" ; P7 : "Pour moi, pour que ça ne s'aggrave pas"

Mais certains participants considèrent aussi que le médicament est capable de les faire guérir de leur RP, et de stopper la maladie.

P5 : "Ah bah c'est que je guérisse le plus vite possible, c'est tout !" ; P10 : "Pour soigner la rhinopharyngite, pour que la maladie s'en aille, pour que ça guérisse"

4. Vision de la non prescription médicale

4.1. Vécu des patients

La consultation sans prescription reste quelque chose de rare, puisque la majorité des patients interrogés disent ne jamais l'avoir expérimentée dans le contexte d'une RP ou d'une bronchite. Seuls 3 d'entre eux ont déjà vécu une absence de prescription. Si pour un des participants, la NP ne pose aucun problème et est devenue banale, les deux autres ont un vécu plutôt négatif de l'absence de prescription médicale.

P4 : "Non je suis toujours ressorti avec quelque chose"

P3 : "Non. Ça aurait été au moins le spray nasal, mais j'ai jamais vu effectivement un médecin nous laisser repartir sans traitement."

P6 : "Mais bien sûr, et on s'y habitue très très vite"

P7 : "Y a des moments je trouve ça un peu abusé, moi je me suis vue repartir avec une bronchite et avoir strictement rien et galérer pendant 3 mois derrière"

P5 : "Oh oui. Bah souvent c'est "bah oui écoutez vous avez pas tant de fièvre que ça, ça doit être un virus", ça c'est un mot que je supporte plus, parce que tout est viral en fait maintenant, donc l'antibiotique sert à rien parce que c'est viral, la cortisone c'est un peu fort donc finalement c'est pas utile non plus, donc finalement j'ai perdu 2 semaines et en plus de ça bah j'ai guéri moins vite quoi voilà"

4.2. Non prescription envisagée ou peu concevable ?

Si le fait de repartir d'une consultation sans prescription d'un traitement paraît envisageable pour certains patients en cas de RP, cela semble impossible pour d'autres, surtout en cas de bronchite.

P4 : "Oui, on dit "un bon rhume il faut une semaine pour le soigner et 7 jours sans le soigner" (rires), donc pourquoi pas"

P9 : "Oui, oui si il estime qu'il y a pas de, comment dirais-je d'obligation de traitement, oui, oui bien sûr"

P8 : "En principe y a toujours un petit traitement quand même, y a toujours une petite base quand même de de traitement, même pour une rhino" "Moi ça me paraît léger là quand même si il me met pas quelque chose pour la bronchite. Ouais non il va me mettre un petit traitement quand même pour la bronchite moi je pense, oui"

P4 : "Oh pfff non parce que si vous sentez vraiment que c'est pris euh, faut le dégager quoi, donc faut une intervention quoi, donc médicaments"

5. Ressenti en cas de non prescription

5.1. Acceptation de la non prescription

Lorsqu'ils sont interrogés sur leur réaction si leur médecin ne leur prescrivait pas de traitement, une majeure partie des participants déclare qu'ils suivraient les consignes qui leur sont données et accepteraient la NP sans la remettre en question. Ils mentionnent faire confiance à leur MG et se fier à son expertise quelque que soit la décision médicale.

P2 : "J'ai plutôt été éduqué que ce qu'on te donne c'est ce qu'on doit te donner point barre"

P3 : "Si il me dit "y'a rien à, y'a pas de traitement, y'a pas de médicament vraiment efficace pour cette chose là, au bout de quelques jours ça va se passer", moi je patiente hein,

oui. Je suis pas une mauvaise malade (rires) je prendrais un petit Doliprane en rentrant, et puis tout va rentrer dans l'ordre"

P10 : "Bah mon médecin je lui fais confiance, donc euh si il me dit qu'il y a pas besoin bah y'a pas besoin"

5.2. Étonnement et méfiance

La non prescription apparaît comme déconcertante pour une partie des participants interrogés. Si cela est surprenant mais accepté par certains d'entre eux, pour d'autres, cette surprise entraîne une forme de méfiance. Ils émettent l'idée de demander une confirmation ou une explication à leur médecin, et de reconsulter rapidement en cas d'absence d'amélioration malgré les conseils suivis.

P10 : "Alors je serais étonnée qu'elle me dise qu'il y a pas de traitement à mettre, parce que je trouve qu'une bronchite c'est assez fort. Mais si elle me dit qu'il y a pas de traitement, moi comme je dis je fais confiance "

P11 : "Pfff, bah c'est qu'après je me sentirais un peu perdu, je trouverais ça ouais un peu bizarre, surtout que si je viens c'est que je suis mal donc ce serait bizarre. Je serais surpris, je redemanderais je pense 2-3 fois "mais vous êtes sûr, j'ai rien à prendre ?" tout ça. Mais au final je partirais et euh je l'accepterais. Par contre si y a rien qui se passe, si ça empire ou que c'est toujours la même chose quelques jours après je l'aurais mauvaise je pense"

P8 : "Ah bah alors là j'insisterais peut-être un petit peu pour euh, bah pour qu'il me donne plus d'explications. Si il me prescrit rien bon bah je veux savoir pourquoi j'ai pas besoin de médicaments hein" ; "Dans un premier temps je vais le croire, et puis je rentrerai, et puis au bout de 2 jours si ça va pas mieux je vais retourner le voir"

5.3. Incompréhension et colère

Un sentiment d'incompréhension vis-à-vis de la NP est partagé par plusieurs patients, qui manifestent une impression de perte de temps en cas de NP lors de leur

consultation. Ils se sentent résignés à devoir reconsulter en l'absence de guérison, et considèrent que leur médecin rallonge leur problématique de façon inutile.

P5 : "C'est le docteur qui a l'autorité, c'est le docteur qui décide hein. Je négocie pas dans le sens ou je me dis, bon parfois on m'écoute pas, je sais que je vais revenir la semaine prochaine. Et la semaine d'après ça va toujours pas mieux, elle se décide à me donner soit de la cortisone soit de l'antibiotique, donc finalement j'ai perdu 2 semaines et en plus de ça bah j'ai guéri moins vite quoi voila"

P11 : "J'aurais l'impression de perdre du temps en fait, parce que de base si je viens c'est que je suis pas bien, et en fait si sur un premier rendez-vous mon médecin me dit "voilà vous avez ça euh, bon bah on va attendre de voir comment ça se passe, rappelez-moi si ça va pas", enfin ouais j'aurais l'impression d'avoir perdu du temps."

Ils expriment également un sentiment d'inquiétude en lien avec l'absence de solution pour contrer leur pathologie, ainsi que la sensation de ne pas être écoutés, ou d'être comme abandonnés par leur médecin. Une patiente émet même l'idée qu'un MG est dans le devoir - du fait de son statut - de soulager ses patients quelque que soit leur pathologie, et qu'une absence de prescription est synonyme d'incompétence médicale.

P7 : "Je pense que je serais fâchée. Même si au fond de moi je pense qu'il y a pas toujours des traitements à donner effectivement, mais je serais un peu, euh je serais frustrée et puis j'aurais un peu peur aussi, de me dire voilà j'ai un problème on me donne rien donc je suis toute seule avec ma problématique il va falloir que je fasse avec" ; "j'aurais l'impression d'être un peu abandonnée avec ma bronchite, de repartir avec ma bronchite sous le bras et de me débrouiller avec pendant 3 mois"

P5 : "Il faut me donner quelque chose. Si en face on me dit "alors on va vous donner du Doliprane, là je me dis on m'écoute pas" ; "Je lui dirais "écoutez je pense que vous vous êtes trompé dans vos études". Enfin je dis ça mais je lui dirais peut-être pas parce que je suis quand même polie et courtoise, donc je dirais peut-être "bon ok j'entends ce que vous me dites" et puis bah c'est fini quoi" ; "Si sur les pathologies légères vous enrayez pas le mal... si on va voir le médecin c'est pour qu'il nous soigne. Si vous vous contentez de me dire, je

schématise "laissez le temps au temps ça va passer" et que vous me donnez un placebo quelconque, ou un petit coup de Doliprane et ça va passer, oui c'est bien ça rassure déjà mais quelque part euh, bah ça je le savais hein, et j'ai pas fait 12 ans de médecine"

5.4. Insistance du patient pour mise en place d'un traitement

Parmi les mécontents de l'absence de traitement reçu, une patiente affirme qu'elle insisterait pour que son médecin lui rédige une ordonnance.

P8 : "J'insisterais un peu, là peut-être hein quand même, pour qu'il me donne quelque chose"

Pour les autres personnes souhaitant un traitement malgré l'avis de leur MG, d'autres moyens seraient mis en place afin de recourir à des médicaments, que ce soit par de l'automédication, en se rendant à la pharmacie pour qu'on leur conseille sur les possibilités de traitement, ou en consultant un autre médecin pour avoir un deuxième avis.

P7 : "je me débrouillerais toute seule, je ferais de l'automédication, je vais acheter du Doliprane, parce que le médecin en aura pas forcément donné non plus, euh, pour au moins calmer un peu les problèmes de sinus. Sinuspax, et voilà" "J'expliquerais à la pharmacie que je suis allée voir le médecin et que je suis pas contente du tout parce qu'il m'a rien donné du tout, et je lui expliquerais mes symptômes, et le pharmacien certainement me donnerait le fameux spray et peut-être autre chose"

P3 : "Je vais ailleurs, là oui par contre je vais ailleurs, parce que je sais que je suis fragile. Pas forcément un pneumologue hein, mais un autre généraliste"

6. Impact sur la relation médecin-malade

Les réactions étant variées dans l'hypothèse de la NP, leurs attitudes vis-à-vis de leur MG par la suite est également très variable. Dans la majorité des cas, même s'ils

évoquent une déception ou une crainte en cas de NP, la relation médecin-malade ne s'en trouve pas impactée, et ils poursuivent leur suivi sans problème. Une patiente évoque cependant le besoin d'en discuter avec son médecin afin d'apaiser la situation.

P3 : "Non, non non. Moi je pars du principe, j'ai un médecin, j'ai confiance en lui. Voilà , je pars de ce principe là. Après euh, il se peut qu'on se trompe hein, voilà mais moi je pars comme ça. Donc ça ne change rien à mon comportement"

P7 : "Alors déjà moi je suis pas quelqu'un de rancunier du tout. Je serais peinée, je serais un peu inquiète suite à ça, et je pense que peut-être je lui en parlerais la prochaine fois. C'est à dire si je retournais pour la même pathologie, lui dire "voilà je suis venue déjà la dernière fois et vous m'aviez rien donné, là j'ai vraiment besoin que vous me donniez quelque chose pour euh, pour m'aider quoi, parce que ça a trainé", non moi c'est ce que je ferais. Mais ça changerait pas la relation."

Pour d'autres participants, le rapport avec leur médecin serait modifié, avec une certaine rancœur persistante si l'évolution de leurs symptômes n'est pas favorable, et parfois même une rupture de confiance entraînant l'arrêt des consultations pour le même motif, ou même un changement de médecin pour une patiente.

P11 : "Si ça passe pas je pense que oui, au niveau de la relation tout ça, je pense que je serais pas forcément hyper content."

P7 : "J'y vais plus hein depuis des années pour la bronchite parce que je sais qu'elle me donne rien donc euh je n'y vais pas, et je fais avec"

P5 : "Je crois que je le reverrais plus là, plus du tout. Si vraiment son but c'est de ne pas soulager un patient y a un problème quoi. Autant je peux entendre l'antibio c'est pas nécessaire, c'est pas automatique c'est pas ceci. Mais si vraiment je tousse je tousse je tousse et qu'il réagit pas et qu'il veut pas me donner de traitement autre que du Doliprane et pourquoi pas du Vicks vaporub aussi, euh, à mon avis il s'est trompé de métier donc là j'y vais plus."

7. Facteurs freinateurs de la non prescription

7.1. La présence en consultation

Nous nous sommes également interrogés sur ce qui - d'après les patients - justifiait d'une prescription médicale, ou ce qui pouvait rendre leur perception de la NP négative. Parmi les raisons avancées, ils évoquent que de se rendre en consultation est synonyme de dernier recours après avoir déjà mis en place des mesures de base ou pris certains traitements en automédication sans amélioration. Ils estiment également avoir des symptômes suffisamment importants pour légitimer la consultation. Ils ne viennent donc "pas pour rien" et estiment qu'une prescription est justifiée.

P4 : "Je suis toujours ressorti avec quelque chose, parce que j'attends toujours le dernier moment, j'y vais pas pour une bricole quoi"

P5 : "Pour ce genre de pathologie j'ai attendu. C'est-à-dire que j'aurai pris tout ce qui est possible de prendre. Donc si vraiment pour ce genre de choses je vais consulter c'est que ça passe pas et c'est qu'il faut passer à l'étape supérieure."

7.2. Liés à la pathologie et ses symptômes

Pour un participant, la maladie quelle qu'elle soit est quelque chose d'anormal, et doit être associée à un traitement médicamenteux.

P4 : "Comme c'est pas naturel faut que ça parte avec l'aide de médicaments"

Mais pour la majorité, c'est surtout l'intensité des symptômes, ou du moins la pénibilité ressentie face à leur pathologie qui doit motiver la mise en place d'un traitement afin de retrouver du confort et de stopper l'impact négatif sur leur quotidien.

P2 : "Je vais plus pousser parce que moi je suis plutôt quelqu'un de douillet donc si je peux demander quelque chose pour soulager la gorge ou quoi que ce soit je vais le demander"

P11 : "Je me dis que ok c'est peut-être quelque chose qui peut passer sans forcément de médicaments tout ça, mais le fait est que y a quand même beaucoup de truc qui soulagent, par exemple même un gros rhume en général, le plus gros c'est le soir, le soir c'est là où on se mouche le plus, c'est là où on est vraiment pas bien et du coup pour dormir c'est vraiment la galère et c'est vrai que y a certains trucs qu'on peut prendre pour réussir à mieux dormir. C'est juste histoire d'être soulagé quoi."

Et ce besoin de traitement est ressenti de manière plus forte lorsqu'ils estiment être arrivés à un stade de la maladie plus inquiétant, ou selon la pathologie. En cas de bronchite, la maladie est vue comme plus grave et nécessitant donc des médicaments afin de stopper l'évolution et d'éviter des complications.

P2 : "La bronchite ouais c'est quand même quelque chose d'un tout petit peu plus important, faut pas que ça s'infecte"

P8 : "C'est un petit peu plus grave quand même , donc euh là je vais peut-être insister pour qu'il me fasse passer quelque chose et qu'il me donne un traitement d'appoint pour arrêter tout ça quand même au niveau des bronches on a tendance à... c'est plus important peut-être"

7.3. Liés au patient

Il existe un aspect culturel façonnant les attentes de traitements de la part des patients. Si pour certains, la prescription est ancrée dans leurs habitudes en cas de consultation depuis toujours, les expériences médicales passées influencent également leurs attentes. Ils peuvent être convaincus de l'efficacité et de la nécessité d'un traitement pour leur pathologie lorsqu'ils l'ont déjà expérimenté dans une situation similaire, et souhaitent le recevoir de nouveau.

P7 : "On a eu une mauvaise éducation aussi par rapport à ça, on allait chez le médecin c'était pour avoir des antibiotiques et qu'on soit soigné dans la semaine qui suit, moi c'était ça le médecin pour moi"

P5 : "Et si il vous dit que l'aérosol de cortisone ne changera pas les symptômes ? (question de l'investigateur) Et bah je lui dirai que c'est pas vrai parce que j'ai déjà eu des épisodes comme ça et que c'est ce qui m'a fait du bien"

Certains patients avouent par ailleurs demander de façon explicite à leur médecin qu'on leur prescrive des traitements quand ils en ressentent le besoin.

P2 : "Si je peux demander quelque chose pour soulager la gorge ou quoi que ce soit je vais le demander"

7.4. Liés au médecin

Un patient évoque le rôle de la personnalité du médecin dans la décision de prescription, qui pourrait prescrire un traitement non indispensable mais vu comme inoffensif pour satisfaire son patient en cas d'insistance.

P6 : "Je pense que euh, oui y a des médicaments qui sont aussi plus inoffensifs que d'autres, je pense en tant que médecin si y a des gens vraiment qui insistent on leur prescrit un truc ou deux, en se disant "voilà, ça va pas leur faire de mal, c'est pas ça qui va accélérer la guérison d'un rhume", mais si ils veulent absolument voilà. "

7.5. Suspicion de pressions économiques et politiques

Les interrogés soupçonnent également une possible influence des laboratoires pharmaceutiques ou d'avantages financiers accordés aux médecins s'ils prescrivent certains médicaments, pouvant les inciter à la prescription de traitements injustifiés.

P6 : " Quand j'étais jeune j'avais pas mal d'amis dont les parents étaient visiteur médical, et euh c'était la belle époque hein, c'était les séminaires au Maroc, les conférences à Miami, les choses comme ça, en échange de prescriptions de médicaments qui entre vous et moi n'étaient pas révolutionnaires. Et donc c'était vraiment pousser du médicament vers du patient parce qu'il y avait un intérêt particulier pour certains médecins."

A l'inverse, une patiente se méfie des médecins ne prescrivant pas de traitement, et incrimine des contraintes posées par l'Ordre des médecins ou la Sécurité sociale, avec

une menace de sanctions en cas de non respect des recommandations. Elle estime également que des décisions économiques sont prises afin d'influencer la prescription ou la NP de certaines spécialités médicamenteuses.

P5 : "Y a ceux qui sortent des sentiers battus mais en général c'est ceux qui s'approchent de la retraite parce qu'ils en ont rien à foutre de se faire taper les doigts par la sécu et par l'ordre des médecins. Et pis y a ceux qui suivent strictement les protocoles, pour avoir les petites primes, les petits machins, les petits trucs qui vont bien. Je peux pas me battre contre ça, je peux pas me battre contre une institution. Donc mon rhume il mettra 2 fois plus de temps à passer mais il finira par passer" ; "Y a des raisons économiques aussi, faut pas rêver, je vais pas croire un instant que notre société a juste des raisons médicales, j'y crois pas. L'ARS, je pense qu'ils vous empêchent de prescrire ou qu'ils vous font prescrire des choses. Enfin pour moi y a un gros lobby, je suis pas du tout complotiste hein, mais je pense qu'il y a quand même un gros lobby pharmaceutique, les médecins, l'ARS je pense donc euh, ouais je pense qu'il y a des décisions économiques qui sont prises "

8. Facteurs facilitateurs de la non prescription

8.1. Relation médecin malade

Certains facteurs sont à l'inverse évoqués par les patients comme permettant plus facilement la NP. Un des principaux éléments émis est la relation de confiance avec le MG, qui facilite la discussion et rassure le patient sur la décision médicale prise. De nombreux interrogés expriment aussi voir leur MG comme celui ayant l'expertise dans la situation, et donc ne pas remettre les consignes médicales en question. Une personne mentionne que les explications répétées par le médecin au cours du suivi médical permettent une meilleure éducation des patients à la NP et aux raisons devant faire consulter.

P2 : "Je pense que déjà dans un premier temps c'est l'état de confiance qu'on a, je pense que la confiance que vous aurez avec votre patient et du moins que la confiance qu'a

votre patient avec vous poussera plus facilement les choses sur du positif ou du moins les rend moins difficiles à vivre, ça c'est une certitude"

P9 : "J'ai pas de jugement vraiment par rapport à ça, si je vais voir le médecin c'est justement parce que c'est le médecin qui va me dire ce qu'il faut faire, c'est pas à moi de dire "il faut me donner ça ou ça ou ça"

P6 : "Plus on aura d'entretiens avec le médecin qui se finissent sans médicament, et qu'on explique pourquoi - parce que ça sert à rien, parce que des antibiotiques c'est dangereux au bout d'un moment y a une accoutumance - il faut que ce message là soit dispensé encore et encore et encore, et moins en fait je serai tenté d'aller chez le médecin dès que j'ai le nez qui coule"

8.2. Bénignité de la pathologie

L'absence de prescription est permise par le type de maladie rencontrée par les patients, qui ont conscience du caractère bénin et de la guérison spontanée possible, que ce soit dans le cadre de la RP ou de la bronchite. Savoir que les symptômes disparaîtront sans traitement leur permet d'accueillir la NP plus facilement.

P9 : "C'est vraiment des symptômes bénins et il y a pas besoin de traitement"

P11 : "Naïvement je peux peut-être me dire que ça peut passer tout seul, au bout d'un moment ça passe et voilà"

8.3. Méfiance des traitements médicamenteux

La prescription peut également ne pas être souhaitée par les patients du fait de leur vision négative des médicaments. Plusieurs d'entre eux affirment vouloir éviter une surmédicalisation, et préfèrent prendre le moins de traitements possible. Ils craignent aussi d'éventuels effets indésirables, et veulent donc éviter les effets négatifs encourus en cas de prescription médicamenteuse.

P1 : "Si le traitement est pas obligatoire c'est que y'a pas besoin d'y marquer, ça sert à rien de prendre des trucs pas indispensables. Perso les antibiotiques si j'en ai pas besoin je préfère m'en passer."

P2 : "Moi quand il m'en donne le moins possible ça me va aussi bien"

P9 : "J'ai l'impression que la prise à outrance de médicament n'est pas pour moi quelque chose de normal, tant que les symptômes ne me perturbent pas outre mesure dans ma vie de tous les jours j'en éprouve pas le besoin" "Je pense que le fait de trouver systématiquement un traitement pour soigner telle ou telle chose a quand même un impact sur la santé parce que quand vous prenez un médicament quel qu'il soit y a quand même un impact sur la santé parce que souvent un traitement guérit d'une chose mais en contrepartie on sait que derrière ça y a des choses euh voilà soit l'estomac qui prend soit le foie"

8.4. Liés au patient

L'âge et l'expérience sont aussi vus comme permettant de mieux comprendre la NP. Le fait d'avoir déjà été confronté à plusieurs reprises à des pathologies ayant guéri sans traitement permet d'accepter la NP sans crainte, voire de ne même pas ressentir de nécessité de consultation médicale.

P6 : "Quand on est jeune on panique beaucoup pour beaucoup de choses, et moi je vois avec ma mère euh à son âge, il faut vraiment que je sais pas, un arbre lui tombe dessus pour qu'elle aille voir son médecin. Parce qu'elle a tout vu, elle a été malade plein de fois, et elle sait en fait d'elle même, c'est son expérience, que pour sa sinusite le médecin va rien faire, donc voilà."

P9 : "Je pense qu'avec l'âge on a l'habitude aussi, on a déjà eu plein de fois des rhumes donc on sait que ça passe tout seul en quelques jours sans avoir besoin de médicaments"

8.5. Aspect sociétal

Il existe en outre une prise de conscience globale de la population sur la consommation médicamenteuse. Les participants considèrent que les attentes de

traitements ont diminué depuis plusieurs années, en partie grâce aux campagnes publicitaires sur la bonne utilisation des médicaments et plus particulièrement des antibiotiques.

P7 : "C'est entré dans les mœurs, enfin les patients ont accepté ça, peut-être qu'il y a 20 ans c'était pas recevable de repartir sans antibiotique. Maintenant on accepte de plus avoir d'antibiotique systématiquement, et on est en train d'accepter aussi d'avoir plus de traitement du tout"

P4 : "Alors pas forcément d'antibiotiques, parce que vu la publicité à la télévision" "Y a une campagne de publicité y a quelques années, on disait "ne prenez pas plus de médicaments qu'on vous dit sur l'ordonnance", donc je serais plutôt pour réduire que le sens inverse"

9. Alternatives à la non prescription

9.1. Réassurance du patient

Le dernier point exploré par cette thèse réside dans les moyens qui pourraient être mis en place afin d'améliorer l'acceptation de la NP par les patients. Pour beaucoup des interrogés, le rôle du médecin sera surtout de rassurer le patient sur l'absence de gravité de leur pathologie, et sur l'évolution des symptômes. Ils espèrent donc des paroles bienveillantes et des explications claires sur ce qu'ils doivent surveiller.

P6 : "Sans rien du tout en médicament oui, mais sans rien du tout sans recommandations, sans même un petit discours d'accompagnement ça j'aimerais pas. Parce que on cherche à être rassuré, on veut être rassuré que ça va aller bien"

P7 : "On a besoin de vous aussi pour être rassuré. Peut-être que juste le simple fait de voir le médecin et qu'il me dise "bah non je vous donne rien parce que ça va passer comme ça", bah je repars je sais que je vais en avoir pour 3 semaines 1 mois mais au moins euh j'ai été rassurée."

P8 : "Si il me dit que je vais tousser pendant combien de temps bon bah j'attendrais."

D'après un patient, ce discours pourrait être renforcé par la remise d'une fiche explicative sur la pathologie, qui mentionnerait l'absence de traitement spécifique ainsi que l'évolution normale attendue et la durée des symptômes.

P4 : "Faudrait peut-être voir, vous faire financer par des laboratoires pour qu'ils vous fassent des petites fiches. Pour dire voilà telle pathologie c'est ça... Qui disent vous avez telle maladie, ça peut se soigner sans médicaments. Pour dire que ça peut se passer, et entre guillemets les durées, voilà. Écoulement de nez pendant 2 à 5 jours euh, fièvre pendant 1 ou 2 jours, voilà quoi."

Une patiente confie quant à elle souhaiter qu'on lui propose un rendez-vous de suivi de manière systématique, afin de revoir facilement son médecin si cela s'avère nécessaire.

P7 : "Peut-être un rendez-vous de suivi. C'est-à-dire, dire "bah voilà on se revoit dans 15 jours et puis on voit comment ça a évolué dans 15 jours, si vous êtes mieux vous annulez le rendez-vous, si vous êtes pareil bah vous revenez me voir", ça peut être un rendez-vous téléphonique aussi hein, téléphonique ou visio"

9.2. Explications de la non prescription

En cas de NP, les patients attendent pour certains des explications plus précises. Ils ont pour souhait de savoir pourquoi les traitements ne sont pas indiqués dans leur cas, et estiment ne pas être suffisamment informés sur les facteurs rentrant en compte dans la décision médicale (que ce soit les indications ou non de traitement, ou les effets indésirables potentiels).

P8 : "A ce moment là faudra qu'il me convainque pour euh, qu'il ait les bonnes paroles pour me convaincre et puis pour me dire qu'il y a pas besoin de médicament. Si il me prescrit rien bon bah je veux savoir pourquoi j'ai pas besoin de médicaments hein."

P7 : "Mais il y a peut-être ça aussi, le fait qu'on ait pas les infos nécessaires. Alors peut-être qu'il faudrait que vous aussi en tant que médecin, alors ça va vous prendre un temps

fou, mais peut-être qu'il faudrait nous expliquer pourquoi vous nous donnez pas tel ou tel truc."

9.3. Conseils non médicamenteux

En supplément des paroles rassurantes, l'intégralité des patients interrogés mentionne qu'en absence de remise d'ordonnance, leur médecin devrait leur proposer des conseils non médicamenteux ou leur expliquer les règles hygiéno-diététiques à suivre afin de mieux supporter leurs symptômes. Que ce soit par l'intermédiaire de conseils "de grand-mère", en leur disant de bien rester au chaud, de s'hydrater, ou encore en leur conseillant des traitements dits naturels, à base de phytothérapie notamment.

P2 : "Y a toujours un peu les petits remèdes de grand-mère qui peuvent éventuellement faire plaisir"

P6 : "Si vous avez vraiment mal à la gorge alors vous prenez de la glace à la vanille, ça va vous atténuer, gargarismes au sel, de l'eau avec du sel. Alors là c'est super le patient il va repartir, il a peut-être pas les médicaments mais il a des médicaments de perlimpinpin et c'est pareil, c'est pareil au bout du compte le traitement sera très bien accepté" ; "Vous ne fumez pas, vous évitez les courants d'air, d'être dehors et tout ça, ventilez un peu votre maison", moi c'est vraiment plutôt tout ce côté là qui va être intéressant si y a pas de médicament"

P11 : "Par exemple je sais pas boire énormément d'eau, des trucs comme ça et tout. Des petits conseils qui peuvent m'aider à prendre le truc un peu plus positivement."

P7 : "Il peut aussi nous orienter vers des médecines douces, tant pis si c'est nous qui payons, peut-être ouais je pense peut-être plus ça. Par exemple du propolis dès que j'ai mal à la gorge, des inhalations, huiles essentielles, ou je connais pas les noms, mais homéopathie et tout ça"

9.4. Campagnes gouvernementales

Enfin, un patient aborde la responsabilité des politiques de santé sur le sujet, avec la nécessité de sensibiliser la population à la possibilité de NP et au respect des décisions médicales pour améliorer les relations médecins-malades.

P6 : "Je pense que le gouvernement a une grande part à faire là-dessus aussi, on l'a vu sur les antibiotiques et tout ça, de dire euh voilà "mon médecin je l'écoute et je me conforme à ses recommandations", "mon médecin sait si je suis malade ou pas, mon médecin est formé pour le savoir"

DISCUSSION

1. Représentativité de la population

L'âge moyen de notre échantillon est de 54,7 ans, il peut difficilement être comparé à la population française (dont la moyenne d'âge est de 42,7 ans), du fait de l'exclusion des patients mineurs, représentant 22% des français. (40)

Concernant le territoire étudié, on remarque que la densité médicale est faible, avec 134 médecins généralistes pour 100000 habitants dans l'Allier, contre 182 pour la moyenne nationale (41). Cette différence a pu influencer les réponses des patients, du fait d'une difficulté d'accès aux consultations médicales. À noter que tous les patients interrogés ont déclaré avoir un médecin traitant.

2. Principaux résultats et comparaison aux données de la littérature

2.1. La place de la prescription

Tout d'abord, les attentes des patients suivent les habitudes de consultations passées, avec une volonté de retrouver un schéma habituel comportant l'interrogatoire, suivi de l'examen clinique, du diagnostic, et tout cela aboutissant à la prescription médicale. La remise d'une ordonnance comme finalité de la consultation est donc vue comme un passage obligatoire pour la grande majorité des patients, ce que confirme notre étude puisqu'un seul patient évoque la possibilité de ne pas recevoir de traitement, et cela uniquement dans le cas d'une RP. Leur souhait principal se porte sur des traitements symptomatiques (Paracétamol, spray nasal ou buccal, et sirop pour la toux), afin d'éviter un trop grand inconfort, et de moins subir leur maladie. Le travail de Thibaud Pons mené en 2020 sur les attentes des français en cas d'infection virale concorde

avec ces résultats, puisque la 1ère attente évoquée à près de 94% était celle d'un traitement afin de soulager leurs symptômes. (20)

2.2. Quel impact pour la non prescription ?

L'absence de prescription au décours d'une consultation est inhabituelle pour la plupart des patients, qui n'y ont que très peu été confrontés. Cela n'est pas étonnant au vu des chiffres mentionnés par les études déjà réalisées sur le sujet. L'avis des patients sur le sujet diverge, si la NP peut être envisagée pour beaucoup en cas de RP, elle reste peu concevable en cas de bronchite.

On constate que pour beaucoup, l'acceptation est immédiate, grâce à la confiance envers la décision médicale énoncée. Si la NP entraîne une surprise pour certains, nécessitant des explications et une justification de la part de leur médecin, elle peut aussi causer une véritable déception, voire amener à une véritable colère. Une patiente évoque même un sentiment d'incompétence à la soigner si elle ne reçoit pas d'ordonnance, avec un changement de médecin en cas de NP.

Lorsqu'ils ne sont pas satisfaits de la décision de NP, des solutions sont mises en place pour se traiter autrement, que ce soit en insistant auprès de leur MG, en ayant recours à l'automédication, ou en consultant un autre médecin.

Ces réactions ont également été retrouvées dans les enquêtes menées sur les attentes et réactions des français, notamment dans la thèse d'Elisa Charra en 2012 qui a abouti à des conclusions similaires sur la variété des réactions, tant positives que négatives. (34)

Pour les patients se satisfaisant de la NP, les principaux facteurs résident dans la confiance portée à leur médecin, et parfois l'expertise rendant la décision indiscutable selon certains patients. Pierre Mayaud évoquait en 2022 une forme similaire de "soumission à l'autorité" entraînant une toute confiance envers les décisions du MG,

améliorant l'observance des patients en cas de NP. (42) Il citait également la prudence des patients envers les prises médicamenteuses, que nous retrouvons dans notre étude avec une volonté d'éviter une surmédicalisation, et une crainte d'éventuels effets indésirables. De même, le côté rassurant sur la bénignité du motif au vu de l'absence de prescription était évoqué dans plusieurs études. (23, 34)

Concernant les réactions négatives, le fait d'avoir consulté sans que cela n'aboutisse à la remise d'une ordonnance est vu comme une perte de temps, et amène un sentiment à la fois d'inquiétude vis-à-vis de leur pathologie, mais aussi d'abandon de la part du médecin qui refuse de les soulager de leurs symptômes jugés comme difficilement supportables. Ces réactions étaient également rapportées dans l'article de Denis Deleplanque en 2022 ainsi que dans une thèse de Lorraine de 2009. (23, 31) Cependant, les patients citaient aussi une volonté d'ordonnance en contrepartie au paiement de la consultation, que nous n'avons pas retrouvée dans nos entretiens.

2.3. Le rôle prépondérant de la relation médecin-patient

Si une chose ressort dans l'ensemble des entretiens, que ce soit au cours de la consultation en elle-même, dans les facteurs améliorant le ressenti en cas de NP, mais également dans les mesures alternatives à la prescription, c'est bien le besoin d'une relation de confiance avec leur médecin. Ils souhaitent avant tout se sentir écoutés par leur médecin, percevoir de l'empathie envers leur situation, et recevoir des explications permettant de les rassurer en cas d'absence de traitement. Une thèse de Rennes en 2014 concorde avec ces résultats, en évoquant l'importance de la reconnaissance de la plainte du patient, des explications ainsi que de la confiance accordée, aboutissant à une forme d'effet thérapeutique de la relation médicale. (33)

La place des conseils non médicamenteux et de la réassurance par l'intermédiaire du MG apparaît aussi comme essentielle en absence de prescription. Les participants

expriment leur besoin d'explications sur leur pathologie, afin de savoir à quoi s'attendre, d'être rassurés, et d'avoir des moyens d'agir sans traitement grâce à des mesures simples à appliquer. En 2017, Apolline Longour avait mentionné que 76% des patients considéraient que les conseils pouvaient remplacer la prescription de traitements, et que 73% jugeaient la durée de consultation plus importante que la remise d'une ordonnance. (32)

On peut donc considérer que le médecin, à travers son attitude d'écoute, la mise en place d'une relation de confiance, et le temps accordé pour la réassurance, a un véritable rôle à jouer dans l'amélioration du ressenti en cas de NP.

Mais cette relation est fragile, et peut aussi être mise à mal par des doutes sur l'objectivité du médecin par les patients, à travers l'influence de l'industrie pharmaceutique ou des politiques de santé rapportée par des participants de notre étude. Ces soupçons sont partagés par une partie des français, probablement majorés par les scandales sanitaires ou la crise Covid notamment. (43, 44) La méfiance envers les traitements et les laboratoires peut alors causer un scepticisme sur les décisions médicales prises, et compliquer la relation médecin-patient. Le rôle du MG sera alors d'autant plus important pour retrouver et maintenir une relation de confiance.

2.4. L'éducation thérapeutique comme solution ?

Au cours des entretiens, on a pu noter une méconnaissance chez quelques patients, notamment dans le cadre de la bronchite, avec un doute sur l'origine virale ou bactérienne, et des interrogations sur les traitements possibles. Pour beaucoup, la bronchite apparaît comme une pathologie plus inquiétante, et nécessitant par conséquent des traitements plus intenses. De même, les médicaments sont vus comme pourvoyeurs de guérison dans les deux situations, avec une patiente

mentionnant souhaiter des antibiotiques pour soulager la fièvre. Il existe donc des idées reçues erronées, tant sur les pathologies que sur les traitements.

L'Assurance Maladie avait questionné les français en 2005, montrant que 41% d'entre eux ignorait la différence entre un virus et une bactérie, et un quart estimait qu'un ATB avait un effet antipyrétique. (45) La thèse de Céline Gras de 2019 évoque également ce problème, puisque seuls 56% savent qu'un ATB est efficace sur les bactéries mais inutile sur les virus. Elle mentionne également qu'environ 40% pensent qu'un ATB est toujours efficace quelque soit la situation, et qu'une personne sur deux pense que sa prescription doit être automatique en cas de bronchite. (46) Le MG pourrait donc avoir un réel impact sur les représentations des patients en leur expliquant les subtilités de leurs pathologies, afin de leur expliquer leur bénignité et les raisons permettant la NP.

Par ailleurs, les patients interrogés manifestent l'envie de recevoir des explications, à la fois sur la pathologie qu'ils présentent, leurs symptômes et leur durée, mais aussi sur les traitements, leurs éventuels effets indésirables et les raisons justifiant la NP. Ils expriment donc un certain manque d'informations qu'ils souhaiteraient combler, et un participant évoque la possibilité de se voir remettre une fiche explicative sur le sujet. Ces documents existent déjà, sous la forme d'"Ordonnances de non prescription", créées par l'Assurance Maladie. Elles reprennent plusieurs pathologies virales, dont la RP et la bronchite, et mentionnent la durée des principaux symptômes, des conseils médicamenteux et de surveillance, les raisons expliquant l'absence d'antibiotiques ainsi que des informations sur le risque d'antibiorésistance. (annexe 4) Ombeline Morisset a pu mesurer en 2020 l'impact de la remise de ce document aux patients en cas de symptômes d'allure virale. Au vu des résultats, les connaissances des patients semblent améliorées par la présence de cette trace écrite, et ils se disent satisfaits de se voir remettre cette fiche et de ne pas recevoir d'ATB. (47) De même, une thèse de

2015 a étudié l'intérêt d'un compte-rendu personnalisé dans la RP et la gastro-entérite. Si elle n'a pas pu mettre en évidence de différence significative sur le nombre de médicaments prescrits entre le groupe "compte-rendu" et le groupe contrôle, elle a par contre pu constater une diminution nette de l'automédication de 34 à 10% pour ceux ayant reçu ce compte-rendu. (48)

2.5. Consommation de médicaments en dehors des prescriptions

En parlant de l'automédication, on peut voir que la consommation de médicaments débute avant la consultation chez le MG, plusieurs patients avouant consulter comme un dernier recours, après s'être déjà traités par eux-même. Par ailleurs, notre étude s'intéresse aux attitudes des patients au cours d'une consultation, mais les français ne se rendent pas systématiquement chez leur médecin. En effet, d'après Amandine Garet et Céline Guyot, environ un quart ne consultent pas en cas de RP, et 11,5% en cas de bronchite. (31) Ils sont alors nombreux à se tourner vers l'automédication, ce que confirme Thibault Pons, avec 68% de patients ayant déjà pris des traitements avant leur consultation pour une infection virale. (20)

Et même au décours d'une consultation sans prescription, certains patients de notre étude confient se rendre à la pharmacie pour demander des traitements complémentaires. Cette attitude était déjà mise en évidence par Apolline Longour, pour qui 11% des patients interrogés estimaient que leur médecin les incitait à l'automédication en absence d'ordonnance de traitement. (32)

La problématique de consommation médicamenteuse nécessite donc peut-être une prise en charge plus globale de la population pour cibler ceux ne consultant pas, ou pour renforcer le discours médical. Des participants ont évoqué la possibilité de campagnes gouvernementales et publicitaires qui les ont marqués et ont changé leur

regard sur les antibiotiques notamment. Le gouvernement a en effet mis en place plusieurs campagnes, de 2002 à 2005 avec le fameux slogan "Les antibiotiques c'est pas automatique" afin de sensibiliser les français, ou encore en 2009 avec "Les antibiotiques, utilisés à tort ils deviendront moins forts". Si la première campagne a pu permettre une baisse de consommation des ATB de 26% sur les 5 premières années, les suivantes n'ont pas eu le même succès, et semblent ne pas toujours être comprises ou retenues par la population avec le temps. (46)

3. Forces et limites de l'étude

Une des forces de cette étude est son originalité, puisqu'à notre connaissance, si des travaux ont été réalisés sur les attentes des patients en cas pathologies bénignes, ou sur leur perception de la NP au sens large, ils n'ont jamais été interrogés sur leur ressenti face à la NP dans le cadre précis des affections virales courantes.

Par ailleurs, ce sujet s'inscrit dans le cadre d'une politique de santé publique, puisque l'Assurance Maladie se questionne en ce moment sur la pertinence des soins et des prescriptions, avec notamment des objectifs de diminution de prescription des antibiotiques de 10 à 25% dans les prochaines années. Une campagne a également débuté en novembre 2024, après le début de cette étude, avec le slogan "Le bon traitement ce n'est pas forcément un médicament. Ne soyez pas surpris si votre médecin ne vous prescrit pas de médicament. Faites-lui confiance", afin de sensibiliser les patients à la possibilité de non prescription. (2)

Concernant la forme de l'étude, la méthode qualitative par entretiens semi-dirigés paraît adéquate afin de recueillir des propos plus libres et développés que par l'intermédiaire d'un questionnaire, tout en évitant l'émergence d'individus leaders qui aurait pu être retrouvée dans des focus group.

Plusieurs biais peuvent être cités comme des limites de cette étude. Tout d'abord un biais d'investigation, s'agissant de la première étude qualitative de l'auteur, qui était donc novice dans la réalisation des entretiens ainsi que dans l'analyse de données.

Ensuite, il existe un biais de sélection lié au recrutement basé sur le volontariat des patients. Celui-ci peut être atténué par un échantillon contrasté sur l'âge, le genre, la CSP et le lieu de recrutement, afin d'avoir une population la plus représentative possible.

Le biais de désirabilité peut également être questionné, avec une possible influence du statut de médecin de l'investigateur sur les patients, qui pourraient avoir tendance à répondre de manière à satisfaire l'auteur.

Enfin, un biais d'interprétation existe au vu du codage individuel réalisé, qui induit une part de subjectivité de l'auteur.

4. Perspectives

Au vu des constatations faites dans cette étude, plusieurs questions restent à se poser. Tout d'abord, il serait intéressant de se renseigner sur les connaissances et les croyances des patients concernant les infections virales et plus précisément sur la bronchite, qui apparaît comme une pathologie alarmante à leurs yeux, rendant la NP plus difficile au vu de leur inquiétude à ce sujet. Connaître leurs craintes et permettre aux MG de les rassurer et de les éduquer sur la bénignité de cette maladie éviterait peut-être des réactions négatives.

Ensuite, cette étude a été réalisée dans l'Allier, territoire sous doté en médecins, ce qui a pu influencer certaines réponses, les patients pouvant être plus demandeurs d'un traitement immédiat au vu de la difficulté à consulter, ou au contraire, acceptant plus facilement la NP du fait de l'impossibilité de changer de MG ou de prendre un deuxième avis. Il pourrait donc être utile de reproduire l'étude dans un département moins déficitaire en médecins pour comparer les résultats.

Enfin, une campagne gouvernementale a été mise en place en novembre 2024 afin d'inciter les citoyens à mieux accepter l'absence de prescription médicamenteuse. On peut donc se demander si les affiches et publicités vues par les patients permettront une meilleure compréhension de la non prescription et faciliteront la NP pour les médecins.

CONCLUSION

Notre travail avait donc pour but de s'interroger sur la perception des patients en cas de NP pour des affections bénignes courantes, afin de mieux comprendre leurs attentes et leurs réactions, et d'analyser des moyens d'améliorer la relation médecin-patient dans ces situations.

Nous avons pu voir que la prescription fait partie des habitudes ancrées en cas de consultation médicale et tient une place importante d'après les participants. La NP reste méconnue pour la majorité, et suscite des réactions très variées. Si elle peut pour beaucoup être acceptée grâce à la confiance accordée au MG et à l'aide de réassurance et d'explications, elle entraîne également son lot de réactions négatives. Que ce soit par le sentiment de perte de temps, d'abandon face à la maladie, ou à cause de l'inquiétude ressentie par les patients, elle peut causer une véritable colère allant jusqu'à un changement de MG.

Ces réactions peuvent en partie être expliquées par la méconnaissance de ces pathologies virales, puisque tous ne savent pas qu'elles guérissent spontanément, ou que les antibiotiques n'ont pas d'effet en cas de virose. Le médecin généraliste occupe une place importante dans l'éducation thérapeutique, et pourrait donc aider à casser les idées reçues.

Les patients accordent également un rôle important envers la confiance mise en leur médecin traitant. Que la NP soit acceptée d'emblée ou avec réticence, la place de l'écoute du médecin, ses conseils et la réassurance permettent d'apaiser les craintes et de mieux envisager l'absence d'une ordonnance. On peut donc dire que le MG est un acteur essentiel dans la compréhension de la NP.

Afin de l'aider dans cette mission, des aides extérieures peuvent être mises en place, par l'intermédiaire d'ordonnances de non prescription notamment, afin de fournir un

support écrit aux patients, renforçant le discours et permettant une meilleure observance. Les pouvoirs publics peuvent quant à eux avoir un impact sur une population plus importante et ne consultant pas les MG en cas de pathologie virale, afin de limiter l'automédication, mais également favoriser le respect des prescriptions médicales.

La campagne diffusée il y a quelques mois pourrait aller dans ce sens, et il pourra être intéressant d'étudier si des effets positifs en ressortent sur la perception des patients de la NP.

BIBLIOGRAPHIE

1. **IPSOS Santé pour le Leem.** Étude sur le bon usage du médicament, mars 2020.
2. **Assurance Maladie** - Le bon traitement, ce n'est pas forcément un médicament - Dossier de presse – 14 novembre 2024
3. **LEEM (Les Entreprises du Médicament).** Le marché pharmaceutique, février 2024
4. **Cavalié Philippe, Ben Hmidene Ghaya, Maugat Sylvie, Opatowski Marion, Gambotti Laetitia.** Consommation d'antibiotiques en secteur de ville en France 2013-2023. Santé publique France, 2024. 21 p.
5. **DREES (Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques)** Les dépenses de santé en 2023 - Résultats des comptes de la santé - sous la direction de Mathilde Didier et Geoffrey Lefebvre - Édition 2024 - paru le 21/11/2024
6. **Zuercher B.** Impact des médicaments sur l'environnement. Revue Médicale Suisse. 2022;18(790-2):1471-3.
7. **Jim O'Neill.** Tackling drug-resistant infections globally : final report and recommendations, mai 2016
8. **Ministère du travail, de la santé, des solidarités et des familles.** L'antibiorésistance : pourquoi est-ce si grave ?
9. **Amar, E et Pereira, C.** Les prescriptions des médecins généralistes et leurs déterminants. Études et Résultats. s.l. : DREES, 2005. 440.
10. **Darmon, D et Al.** Facteurs associés à la prescription médicamenteuse en médecine générale : une étude transversale multicentrique. Santé Publique 27, no 3 (2015): 353-62.
11. **Laurent Letrilliart et Al.** ECOGEN : étude des Éléments de la COnsultation en médecine GÉNérale. Exercer 2014;114:148-57.
12. **Haute autorité de santé.** Choix et durée d'antibiothérapie : rhinopharyngite aiguë adulte. Recommandations de bonne pratique. Publié le 27/08/21, mis à jour le 15/07/24
13. **Assurance maladie.** Rhinopharyngite de l'adulte : quel traitement ? Publié le 20/12/2024
14. **Collège français d'ORL et de chirurgie maxillo-faciale.** Infections naso-sinusiennes de l'enfant et de l'adulte. ECN, 4ème édition, 2017. Elsevier Masson
15. **ANSM (Agence nationale de sécurité du médicament.** "Anti inflammatoires non stéroïdiens (AINS) et complications infectieuses graves" publié le 18/04/2019 et mis à jour le 28/04/2023
16. **ANSM.** "Rhume, nez qui coule, nez bouché ? Attention : l'utilisation des vasoconstricteurs expose à des risques, soyez vigilants !" publié le 17/12/2021 et mis à jour le 10/12/2024
17. **"La consultation et le traitement de la bronchite aiguë"** publié sur le site de l'Assurance maladie le 26/02/2025
18. **Collège des enseignants de pneumologie.** "Infections broncho-pulmonaires communautaires de l'adulte", édition 2023
19. **Revue Prescrire.** Médicaments à écarter pour mieux soigner - bilan 2025. Prescrire, 44, 494, 931-1.
20. **Pons, T.** Quelles sont les attentes des patients adultes lorsqu'ils consultent pour une infection virale en hiver? [Th med], Grenoble, 2020
21. **Bedoin, D. & Charles, R.** (2012). La prise en charge des affections transitoires bénignes en médecine générale : avec ou sans médicaments ?. *Pratiques et Organisation des Soins*, 43, 111-119.

22. **Bourbon, L.** La consultation sans prescription médicamenteuse: perceptions des médecins généralistes, obstacles à la non-prescription, et conditions pour une évolution des pratiques. [Th med], Rennes, 2016.
23. **Deleplanque, D, et al.** Consultations sans prescription médicamenteuse : ressentis des médecins et des patients. *exercer*. 2015, Vol. 26, 117, pp. 13-21.
24. **Osadtchy-Urvoas, Z.** La non-prescription en consultation de médecine générale: pourquoi et comment: étude qualitative à partir de 3 focus group. [Th med], Rennes, 2016.
25. **Mauffrey, V.** Rhinopharyngite en médecine générale: pourquoi encore tant de prescriptions médicamenteuses? Etude qualitative explorant les motifs de cette surprescription et les remèdes proposés par les médecins. [Th med], Lorraine, 2012.
26. **Bliecq, A. et Garnier, R.** La non prescription en médecine générale. Etude qualitative auprès des internes de la subdivision d'Angers. [Th med]. Angers, 2020.
27. **Gonzalez, C, et Villemain, Y.** Prescription de médicaments à service médical rendu insuffisant dans la rhinopharyngite aiguë: une étude qualitative sur les pratiques au cours de l'internat de médecine générale. [Th med], Grenoble, 2019.
28. **DREES.** Un médecin généraliste sur deux est confronté à des problèmes d'antibiorésistance. *Études et Résultats* n° 1217, janvier 2022
29. **IPSOS Santé.** Les Européens, les médicaments et le rapport à l'ordonnance : synthèse générale. CNAM. Fév. 2005.
30. **Vacas, F.** pour le CNOM (Conseil National de l'ordre des Médecins). Observatoire de la sécurité des médecins en 2023. Consultable sur : https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/analyse_et_ude/6g2wqz/cnom_observatoire_securite_2023.pdf
31. **Amandine France-Garet.** Prescription médicamenteuse en médecine générale : les attentes des français en cas de pathologies bénignes. Enquête d'opinion évaluant la demande de traitement médicamenteux des Français. Enquête qualitative évaluant les facteurs associés à l'attente de médicaments. *Sciences du Vivant [q-bio]*. 2011. ffhal-01734077f
32. **Apolline Longour.** La rédaction d'une ordonnance est-elle le seul gage de réussite d'une consultation en médecine générale. *Sciences du Vivant [q-bio]*. 2017. ffdumas-02044569f
33. **Salacroup, M.** La prescription de médicaments en médecine générale : attentes, représentations et perspectives. [Th med], Rennes, 2014.
34. **Charra, E.** Représentations et vécu des patients à propos de la non-prescription médicale : étude qualitative à partir de 4 focus groups. [Th Méd]. Lyon, 2012.
35. **Mohammed El Amine Bouras.** Prise en charge des pathologies bénignes : les attentes des citoyens. *Sciences du Vivant [q-bio]*. 2013. ffhal-01734323
36. **Arzur, J.** Le refus de prescription : impact sur la relation médecin-patient. [Th Méd]. Caen, 2011.
37. **Lætitia Esman.** Rôle du patient dans la rédaction de l'ordonnance en médecine générale. *La Revue du Praticien - Médecine générale* 2006;20:594-6
38. **Angélique Guglielmi.** Les attentes des patients lorsque le médecin généraliste ressent une pression de prescription d'antibiotiques. Une revue systématique de la littérature. *Médecine humaine et pathologie*. 2022. ffdumas-03863485f
39. **Gedda M.** Traduction française des lignes directrices COREQ pour l'écriture et la lecture des rapports de recherche qualitative. *Kinésithérapie Rev.* janv 2015;15(157):50-4.
40. **INSEE (institut national de la statistique et des études économiques)** Population par sexe et groupes d'âge, données annuelles 2025.
41. **INSEE.** Professionnels de santé au 1er janvier 2023. Comparaisons régionales et départementales.
42. **Mayaud, P.** Prescription et non-prescription en Médecine Générale. Le ressenti des patients. [Th med], Marseille, 2022.

43. **Le quotidien du médecin.** Les français trouvent que les labos ont trop d'influence sur les médecins. Publié le 10/07/2017.
44. **Marc Dulaco.** La défiance "antiscience" a atteint une défiance sans précédent. Publié le 09/06/2022 sur le site du Vidal.
45. **Assurance maladie.** Des antibiotiques aux médicaments : les français sont-ils prêts à changer de comportement ? Dossier de presse publié en octobre 2005.
46. **Céline Gras.** Connaissances des patients concernant les antibiotiques : enquête de pratique en médecine générale en Limousin en 2017. [Th Méd] Limoges, 2019
47. **Ombeline Morisset.** Impact et acceptabilité de l'ordonnance de non prescription d'antibiotique auprès des patients. Médecine humaine et pathologie. 2020. <dumas-03145386>
48. **Alexandra Brescon-Devault.** Aide à la non-prescription : intérêt d'un compte-rendu de consultation personnalisé dans la rhinopharyngite et la gastro-entérite, une étude contrôlée randomisée. [Th Méd] Paris, 2015

LISTE DES TABLEAUX

Tableau I : Caractéristiques de l'échantillon	10
---	----

TABLE DES MATIÈRES

LISTE DES ABRÉVIATIONS

INTRODUCTION	1
MÉTHODES	8
1. Type d'étude	8
2. Échantillonnage et recrutement	8
3. Guide d'entretien et recueil des données	8
4. Analyse des données	9
RÉSULTATS	10
1. Caractéristiques de la population	10
2. Attentes de la consultation	11
2.1. Attitude du médecin	11
2.2. Déroulé de la consultation	11
2.3. Attente de prescriptions médicales	12
2.4. Conseils et réassurance	15
3. Perception du traitement	15
4. Vision de la non prescription médicale	16
4.1. Vécu des patients	16
4.2. Non prescription envisagée ou peu concevable ?	17
5. Ressenti en cas de non prescription	17
5.1. Acceptation de la NP	17
5.2. Étonnement et méfiance	18
5.3. Incompréhension et colère	18
5.4. Insistance du patient pour mise en place d'un traitement	20
6. Impact sur la relation médecin-malade	20
7. Facteurs freinateurs de la non prescription	22
7.1. La présence en consultation	22
7.2. Liés à la pathologie et ses symptômes	22
7.3. Liés au patient	23
7.4. Liés au médecin	24
7.5. Suspicion de pressions économiques et politiques	24
8. Facteurs facilitateurs de la non prescription	25
8.1. Relation médecin malade	25
8.2. Bénignité de la pathologie	26
8.3. Méfiance des traitements médicamenteux	26
8.4. Liés au patient	27
8.5. Aspect sociétal	27
9. Alternatives à la non prescription	28
9.1. Réassurance du patient	28
9.2. Explications de la non prescription	29
9.3. Conseils non médicamenteux	30
9.4. Campagnes gouvernementales	31

DISCUSSION	32
1. Représentativité de la population	32
2. Principaux résultats et comparaison aux données de la littérature	32
2.1. La place de la prescription	32
2.2. Quel impact pour la non prescription ?	33
2.3. Le rôle prépondérant de la relation médecin-patient	34
2.4. L'éducation thérapeutique comme solution ?	35
2.5. Consommation de médicaments en dehors des consultations	37
3. Forces et limites	38
4. Perspectives	39
CONCLUSION	41
BIBLIOGRAPHIE	43
LISTE DES TABLEAUX	46
TABLE DES MATIERES	47
ANNEXES	
Annexe 1 : grille d'entretien	I
Annexe 2 : formulaire de consentement des patients	II
Annexe 3 : critères de la grille COREQ	IV
Annexe 4 : ordonnance de non prescription	X

ANNEXES

Annexe 1 : Guide d'entretien

Questions pour caractériser l'échantillon :

- Sexe du patient
- Est-ce que je peux connaître votre âge ?
- Que faites-vous comme travail ? Qu'avez vous fait (si retraité) ?
- Avez-vous un médecin traitant ? Si oui, depuis quand est-il votre médecin traitant ?
- Est-ce que vous êtes suivi pour des pathologies chroniques / pour lesquelles vous prenez des traitements tous les jours ?

Mise en situation n°1:

- Nous allons imaginer que vous consultez votre médecin pour des symptômes apparus il y a quelques jours, vous avez le nez bouché ou qui coule, mal à la gorge, de la toux, une sensation de "tête pleine".

Quel devrait être selon vous le déroulé de la consultation ?

(Si besoin de préciser, le médecin vous diagnostique une rhinopharyngite)

- *Si pas de réponse claire* : comment pensez-vous que la consultation devrait se terminer ?
- *Si pas de notion de rédaction d'ordonnance* : pensez-vous que la consultation amène à la remise d'une ordonnance ?
- *Si pas de précision sur les traitements attendus* : Quel type de traitement pensez-vous que l'on vous prescrive pour ce type de consultation ?
Pour quel motif / dans quel but ?
- Vous paraît-il envisageable que votre médecin ne vous prescrive pas de traitement spécifique / rien à l'issue de cette consultation ?
Pour quelle raison ? Qu'est-ce qui expliquerait qu'il ne vous prescrive rien ?
- Cela vous est-il déjà arrivé ? Si oui, pouvez-vous décrire cette consultation, comment avez-vous réagi ?
- *Si ce n'est jamais arrivé* : Quelle serait votre réaction si on ne vous remet pas d'ordonnance au terme d'une consultation pour ce motif ? / Qu'est-ce que vous en penseriez ?
- Pensez-vous que cela impacterait votre relation avec votre médecin ?

- *Si le patient n'est pas satisfait en cas d'absence de prescription* : si votre médecin vous dit qu'un traitement ne lui paraît pas nécessaire, pourrait-il dire ou faire quelque chose qui permettrait d'améliorer votre ressenti de cette consultation ? Pour vous rassurer ?
- *Si pas satisfait* : Est-ce que vous consulteriez de nouveau votre médecin si il ne vous prescrit pas de traitement ? Pour le même motif ou seulement pour autre chose ?

Mise en situation n°2:

Vous consultez pour de la toux sèche depuis quelques jours, qui commence à devenir productive (grasse), une respiration sifflante, parfois une sensation de brûlure en toussant, sans gêne respiratoire. Votre médecin diagnostique une bronchite.

- Avez-vous des remarques supplémentaires ?

Annexe 2 : formulaire de consentement des patients

FORMULAIRE D'INFORMATION ET DE CONSENTEMENT

N° d'identification du participant :

Qu'est ce qui se passe si je participe?

Vous participerez à un entretien individuel où l'on vous posera des questions auxquelles vous répondrez librement. Cet entretien sera enregistré, et sera retranscrit mot à mot de façon anonyme et confidentielle. Les transcriptions seront gardées de façon sécurisée, et les résultats seront utilisés dans le cadre de la thèse.

Vous avez la possibilité de quitter l'étude à n'importe quel moment sans fournir d'explication.

Merci de cocher les cases auxquelles vous consentez :

- ☐ Je confirme avoir lu et compris l'information ci-dessus et que j'ai eu la possibilité de poser des questions.
- ☐ Je comprends que la participation est entièrement basée sur le volontariat et que je suis libre de changer d'avis à n'importe quel moment. Je comprends que ma participation est totalement volontaire et que je suis libre de sortir de l'étude à tout moment, sans avoir à fournir de raison.
- ☐ Je donne mon consentement à l'enregistrement et à la transcription mot à mot de cet entretien.
- ☐ Je donne mon consentement à l'utilisation éventuelle mais totalement anonyme de certaines citations de l'entretien dans une thèse ou dans une publication.
- ☐ Je suis d'accord pour participer à l'étude.

Signature (participant)_____

Signature (investigateur)_____

Annexe 3: Critères de la grille COREQ (consolidated criteria for reporting qualitative research)

Tableau établi à partir de la traduction française de la grille de lecture COREQ: Michel Gedda, Traduction française des lignes directrices COREQ pour l'écriture et la lecture des rapports de recherche qualitative, Kinesither Rev 2015;15(157):50–54.

N° et Item	Guide questions/description	Réponse
Domaine 1 : Équipe de recherche et de réflexion		
Caractéristiques personnelles		
1.Enquêteur/a nimateur	Quel(s) auteur(s) a (ont) mené l'entretien individuel ?	L'étudiante (Lisa VIOLLIER)
2.Titres académiques	Quels étaient les titres académiques du chercheur ?	Etudiante en année de thèse de médecine générale
3.Activité	Quelle était leur activité au moment de l'étude ?	Médecin généraliste remplaçante
4.Genre	Le chercheur était-il un homme ou une femme ?	Une femme
5.Expérience et formation	Quelle était l'expérience ou la formation du chercheur ?	Pas d'expérience pratique de recherche qualitative. Formation à la recherche bibliographique réalisée à la Faculté de médecine d'Angers.

Relations avec les participants

6. Relation antérieure	Enquêteur et participants se connaissaient-ils avant le commencement de l'étude ?	Oui pour certains patients seulement, déjà rencontrés au cours d'une consultation de médecine générale
7. Connaissances des participants au sujet de l'enquêteur	Que savaient les participants au sujet du chercheur ?	Médecin remplaçante en cours de travail de thèse
8. Caractéristiques de l'enquêteur	Quelles caractéristiques ont été signalées au sujet de l'enquêteur ?	Étudiante réalisant un projet de thèse basée sur les attentes des patients au cours de certaines consultations dans le but de favoriser la compréhension des médecins et la communication entre médecins et patients

Domaine 2 : Conception de l'étude**Cadre théorique**

9. Orientation méthodologique et théorie	Quelle orientation méthodologique a été déclarée pour étayer l'étude ?	Analyse inductive du discours après retranscription en verbatim puis codage pour l'analyse thématique
--	--	---

Sélection des participants

10. Échantillonnage	Comment ont été sélectionnés les participants ?	En variation maximale. 9 participants issus de 3 cabinets de médecine générale, d'âge, sexe et profession différents. 2 patients recrutés de proche en proche à partir d'autres participants.
11. Prise de contact	Comment ont été contactés les participants ?	Par contact direct au décours d'une consultation par l'investigateur ou par un autre médecin, ou par contact téléphonique.
12. Taille de l'échantillon	Combien de participants ont été inclus dans l'étude ?	11 participants

13. Non-participation	Combien de personnes ont refusé de participer ou ont abandonné ? Raisons ?	Une patiente recrutée par l'investigateur n'a pas répondu aux sollicitations téléphoniques pour mise en place de l'entretien
-----------------------	--	--

Contexte

14. Cadre de la collecte de données	Où les données ont-elles été recueillies ?	Au choix du patient, soit au cabinet médical, à leur domicile ou dans un lieu public calme
15. Présence de non participants	Y avait-il d'autres personnes présentes, outre les participants et les chercheurs ?	Non
16. Description de l'échantillon	Quelles sont les principales caractéristiques de l'échantillon ?	Cf tableau 1

Recueil des données

17. Guide d'entretien	Les questions, les amorces, les guidages étaient-ils fournis par les auteurs ? Le guide d'entretien avait-il été testé au préalable ?	Oui, guide d'entretien testé sur des proches de l'investigateur
18. Entretiens répétés	Les entretiens étaient-ils répétés ? Si oui, combien de fois ?	Non
19. Enregistrement audio/visuel	Le chercheur utilisait-il un enregistrement audio ou visuel pour recueillir les données ?	Enregistrement audio à l'aide d'un dictaphone numérique
20. Cahier de terrain	Des notes de terrains ont-elles été prises pendant et/ou après l'entretien individuel ?	Oui, pendant l'entretien

21. Durée	Combien de temps ont duré les entretiens individuels ?	De 8 minutes à 28 minutes
22. Seuil de saturation	Le seuil de saturation a-t-il été discuté ?	Oui
23. Retour des retranscriptions	Les retranscriptions d'entretien ont-elles été retournées aux participants pour commentaire et/ou correction ?	Non

Domaine 3 : Analyse et résultats

Analyse des données

24. Nombre de personnes codant les données	Combien de personnes ont codé les données ?	L'étudiante
25. Description de l'arbre de codage	Les auteurs ont-ils fourni une description de l'arbre de codage ?	Non
26. Détermination des thèmes	Les thèmes étaient-ils identifiés à l'avance ou déterminés à partir des données ?	Ils ont été déterminés à partir des données recueillies
27. Logiciel	Quel logiciel, le cas échéant, a été utilisé pour gérer les données ?	Traitement manuel à partir du logiciel Microsoft Word® et Excel®
28. Vérifications par les participants	Les participants ont-ils exprimé des retours sur les résultats ?	Non

Rédaction

<i>29. Citations présentées</i>	<i>Des citations de participants ont-elles été utilisées pour illustrer les thèmes/résultats ? Chaque citation était-elle identifiée ?</i>	<i>Oui</i>
<i>30. Cohérence des données et des résultats</i>	<i>Y avait-il une cohérence entre les données présentées et les résultats ?</i>	<i>Oui</i>
<i>31. Clarté des thèmes principaux</i>	<i>Les thèmes principaux ont-ils été présentés clairement dans les résultats ?</i>	<i>Oui</i>
<i>32. Clarté des thèmes secondaires</i>	<i>Y a-t-il une description des cas particuliers ou une discussion des thèmes secondaires ?</i>	<i>Oui</i>

Annexe 4 : Ordonnance de non prescription

Infection virale : comment vous soigner ?

LES ANTIBIOTIQUES
bien se soigner, c'est d'abord
bien les utiliser

DATE : / /






NOM DU PATIENT :

CACHET MÉDECIN

Pourquoi n'avez-vous pas besoin d'un antibiotique aujourd'hui ?

Le rhume (rhinopharyngite), la grippe, la bronchite aiguë et la plupart des otites et des angines sont de nature virale et guérissent donc sans antibiotiques.

Avec ou sans antibiotiques, vous ne guérirez pas plus vite. Le tableau ci-dessous vous indique la durée habituelle des symptômes de ces maladies (avec ou sans antibiotiques).

<input checked="" type="checkbox"/>	MALADIE	DURÉE HABITUELLE DES PRINCIPAUX SYMPTÔMES
<input type="checkbox"/>	 RHINOPHARYNGITE (RHUME) • <i>Toujours virale.</i>	• Fièvre : 2-3 jours. • Nez qui coule (sécrétions de couleur blanche, jaune ou verte), nez bouché : 7-12 jours. • Toux : 1 à 3 semaines.
<input type="checkbox"/>	 GRIPPE • <i>Infection virale.</i>	• Fièvre, courbatures : 2-4 jours. • Toux : 2-3 semaines. • Fatigue : plusieurs semaines.
<input type="checkbox"/>	 ANGINE VIRALE • <i>Test diagnostique rapide de recherche de streptocoque négatif.</i>	• Fièvre : 2-3 jours. • Mal à la gorge : 7 jours.
<input type="checkbox"/>	 BRONCHITE AIGUË • <i>Quasiment toujours virale.</i> • <i>Les toux grasses avec des sécrétions jaunes ou verdâtres font partie de l'évolution naturelle de la maladie.</i>	• Fièvre : 2-3 jours. • Toux : 2-3 semaines.
<input type="checkbox"/>	 OTITE AIGUË • <i>Après l'âge de 2 ans, guérit le plus souvent sans antibiotiques.</i>	• Fièvre, douleur : 3-4 jours.

CE QUE VOUS POUVEZ FAIRE POUR SOULAGER VOS SYMPTÔMES

- Buvez suffisamment : vous ne devez pas avoir soif.
- Adaptez votre activité physique, cela aide votre corps à guérir.
- Il existe des médicaments contre la fièvre ou la douleur. Suivez la prescription de votre médecin ou demandez conseil à votre pharmacien.



Si vous avez de la fièvre (température > 38,5°C) durant plus de 3 jours, ou si d'autres symptômes apparaissent, ou que votre état de santé ne s'améliore pas, vous devez reconsulter votre médecin.

Pourquoi faut-il prendre un antibiotique seulement quand c'est nécessaire ?

- Les antibiotiques peuvent être responsables d'effets indésirables, comme les allergies ou la diarrhée.
- Les bactéries peuvent s'adapter et survivre en présence d'antibiotiques. Ainsi, plus vous prenez des antibiotiques, plus les bactéries présentes dans votre corps (peau, intestin) risquent de devenir résistantes.
- Les bactéries résistantes aux antibiotiques peuvent être la cause d'infections difficiles à guérir, et vous pouvez aussi les transmettre à vos proches.

En prenant un antibiotique uniquement lorsque c'est indispensable, vous contribuez à prévenir l'apparition de bactéries résistantes aux antibiotiques.



Ce document est adapté à votre cas. Ne le donnez pas à quelqu'un d'autre, même en cas de symptômes identiques.

Affections virales courantes en médecine générale : attentes des patients et réactions de la non prescription médicale

R É S U M É

Introduction : La consommation médicamenteuse est importante en France, y compris dans des pathologies virales malgré la discordance au vu des recommandations officielles. Une des raisons évoquées par les médecins est le sentiment de pression de prescription, du fait de l'attente importante des patients. Notre étude visait donc à interroger les patients sur leurs attentes en cas de consultation pour une rhino-pharyngite ou une bronchite, et d'étudier leurs réactions en cas de non prescription (NP). Le but secondaire était d'identifier des facteurs améliorant leur ressenti.

Méthodes : Une étude qualitative basée sur des entretiens semi-dirigés auprès de 11 patients de l'Allier, recrutés au cours de consultations diverses ou par boule de neige.

Résultats : La prescription est citée par la quasi-totalité des patients comme une attente au cours de la consultation, avec principalement des traitements symptomatiques permettant de limiter l'inconfort lié aux symptômes. La NP est peu connue des patients, et entraîne des réactions très diverses. Acceptée par certains, elle crée aussi parfois une méfiance, une déception, voire une véritable colère avec un sentiment de perte de temps ou d'abandon du médecin. Si la relation médecin-malade est rarement impactée, une patiente changerait de médecin en cas de NP pour une bronchite. Les participants évoquent attendre de leur médecin une écoute, de la réassurance, et la transmission de conseils non médicamenteux en cas de NP. Ils aimeraient se sentir mieux informés sur leurs pathologies, et imaginent la remise d'une fiche explicative ou des campagnes gouvernementales pour y parvenir.

Conclusion : La NP n'est pas toujours facile pour les médecins, et nécessite une compréhension des patients afin de favoriser son acceptation. Celle-ci passe par une bonne communication et de la réassurance par leur médecin, primordiale pour maintenir une relation de confiance. Une nouvelle campagne gouvernementale pourra peut-être rendre la tâche plus aisée et agir sur l'ensemble de la population avant même la consultation.

Mots-clés : prescription médicamenteuse, médecine générale, relation médecin-patient

Common viral infections in primary care : patient's expectations and reactions to the absence of drug prescription

A B S T R A C T

Introduction : Medicine consumption is important in France, included for viral diseases, which isn't aligned with the official guidelines. One of the reasons given by the general practitioners (GP) is the pressure felt by the patients who expect a prescription. Our study goal was to question the patients about their expectations in a consultation for a nasopharyngitis or bronchitis, and to study their reactions in case of non prescription (NP). The secondary goal was to identify ways to improve their feeling.

Methods : A qualitative study based on semi-structured interviews with 11 patients in Allier, recruited during various consultations on by word of mouth.

Results : Prescription is mentioned by almost all participants as an expectation, mostly for symptomatic treatments to limit the discomfort due to their symptoms. The NP is not very common, and leads to various reactions. Some accept it, but it also creates mistrust, deception, or real anger, feeling that they are wasting their time, or are abandoned by their GP. If the GP-patient relation is rarely impacted, one patient would change GP in case of NP for a bronchitis. The participants expect from GP to be listening, and hope to be reassured, and to be given non-drug advices in case of NP. They wish to be better informed about their diseases, and imagine receiving an explaining paper, or government campaigns to help it.

Conclusion : Not prescribing is not easy for GP, and needs patients' understanding to help its acceptance. This goes by a good communication and reassurance by their GP, which is essential to maintain a trusting relation. A new government campaign may help and act on the whole population ever before the consultation with the GP.

Key-words : drug prescription, general practice, physician-patient relation