

**UNIVERSITE DE NANTES  
FACULTE DE MEDECINE**

Année 2010

N° 54

**THESE**  
pour le  
**DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE**  
DES de Médecine Générale

par

**Marie LAGNEAU**  
née le 31/08/1979 à Vernon

Présentée et soutenue publiquement le 30 septembre 2010

**PRISE EN CHARGE DES INFECTIONS RESPIRATOIRES HAUTES  
COMPARAISON ENTRE LA FRANCE ET LES PAYS DU NORD DE L'EUROPE**

Président : Monsieur le Professeur Gilles POTEL

Directeur de thèse : Monsieur le Docteur David BOUTOILLE

*“I love the doctors-they are dears ;  
But must they spend such years and years  
Investigating such a lot  
Of illnesses which no one’s got,  
When everybody, young and old,  
Is frantic with the common cold?  
And I will eat my only hat  
If they know anything of that!”*

*[1]*

**PRISE EN CHARGE DES INFECTIONS RESPIRATOIRES HAUTES  
COMPARAISON ENTRE LA FRANCE ET LES PAYS DU NORD DE L'EUROPE**

<b>I. Introduction .....</b>	<b>7</b>
A. Les infections respiratoires hautes de l'adulte .....	7
B. La consommation antibiotique : un problème de santé publique.....	8
C. Objectif du travail.....	12
<b>II. Méthode .....</b>	<b>13</b>
<b>III. Résultats .....</b>	<b>14</b>
A. Etat des lieux .....	14
B. Les systèmes de santé.....	21
1. Principes.....	21
2. Les systèmes universels ou de Beveridge .....	21
3. Les systèmes professionnels ou de Bismarck .....	25
4. Entre Bismarck et Beveridge : la France .....	28
5. Quelques chiffres .....	30
C. Accès aux soins .....	34
1. Organisation des soins primaires .....	34
2. Participation financière des patients .....	40
3. Soins et travail.....	43
4. La consommation de soins.....	47
5. Automédication.....	49
D. Les données culturelles .....	54
E. La prise en charge des infections respiratoires hautes : de la théorie à la réalité.....	57
1. Etat des recommandations nationales .....	57
2. Les campagnes de santé publique : impact et enseignements.....	62
3. Comportement et vécu des patients sur le terrain .....	66
4. Comportement et vécu des médecins sur le terrain .....	71
F. Les enseignements des différentes prises en charges.....	78
<b>IV. Discussion .....</b>	<b>80</b>
A. Synthèse .....	80
B. Les limites de cette comparaison .....	83
C. Les pistes pour une amélioration.....	84
1. La formation.....	84
2. Les facteurs systémiques.....	85
3. L'exercice médical.....	86
4. Les médicaments.....	87
5. La diffusion de l'information.....	87

6. Les facteurs culturels et l'évolution des mentalités .....	88
<b>V. Conclusion.....</b>	<b>89</b>
<b>VI. Bibliographie.....</b>	<b>90</b>
<b>VII. Annexes.....</b>	<b>97</b>
A. Table des abréviations .....	97
B. Table des illustrations.....	98
C. Fiche patient « Le rhume de l'adulte ». Afssaps, juin 2008.....	99

# **I. INTRODUCTION**

## **A. Les infections respiratoires hautes de l'adulte**

Il s'agit d'infections fréquentes, bénignes et très contagieuses : en moyenne un adulte présente deux à quatre infections des voies aériennes supérieures par an. Parmi elles, la rhinopharyngite est la maladie infectieuse la plus fréquente. On regroupe sous le terme infections respiratoires hautes (IRH) : les angines, les rhinopharyngites et leurs complications potentielles, rares chez l'adulte : sinusites aiguës, otite moyenne aiguë.

Leur incidence est influencée par les saisons en climat tempéré, avec une augmentation très nette en automne et en hiver, ainsi qu'un rebond possible au printemps.

Leur étiologie est majoritairement virale : les rhinovirus sont retrouvés dans 30 à 50% des infections respiratoires, pouvant atteindre jusqu'à 80% de ces infections pendant le pic saisonnier hivernal. Il existe plus de 200 virus à l'origine des infections des voies aériennes supérieures, et plus de 100 sérotypes différents de rhinovirus. Ils n'induisent pas d'immunité durable ni de protection croisée entre les différents sérotypes, ce qui explique la fréquence élevée de ces infections.

Ces infections ne sont pas des pathologies bien individualisées mais plutôt des syndromes, constitués de symptômes inconfortables tels que rhinorrhée, fièvre, toux, céphalée, dysphagie, otalgie. Ils sont rarement évoqués dans le cursus de formation médicale. Le diagnostic des IRH est clinique, le traitement symptomatique et la guérison habituellement spontanée en 7 à 10 jours. Elles constituent ainsi une source d'inconfort pour les patients, sans risque pronostic réel, plaçant ces infections dans le champ de la demande de soins mais également dans celui de la consommation [2-4].

Leur retentissement est important, puisqu'elles génèrent de nombreuses consultations en soins primaires. Elles sont le 3<sup>e</sup> diagnostic le plus fréquent par patient en médecine générale en 2007 en France [5]. Elles sont parmi les causes les plus fréquentes de demande d'arrêt de travail et d'absentéisme, de consultations multiples et de prescriptions antibiotiques souvent inappropriées. En moyenne, il y a 25 millions de cas de rhinopharyngites par an en France, aboutissant à 15 millions de consultations en médecine générale (Agence du Médicament, 1998). [6-7]

## **B. La consommation antibiotique : un problème de santé publique**

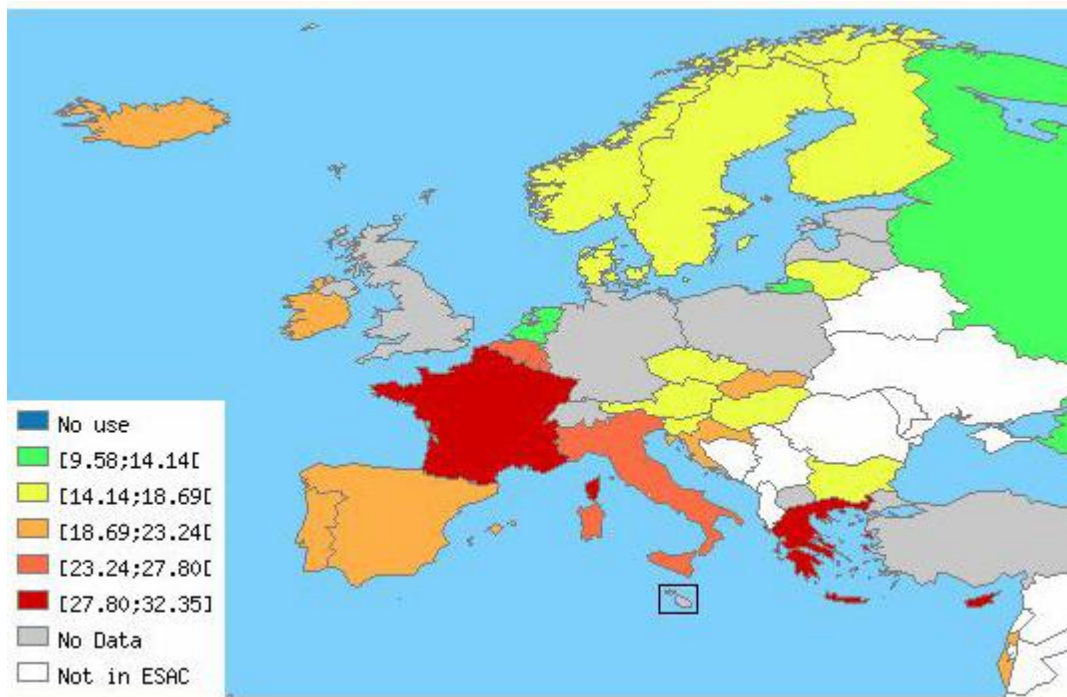
L'avènement des antibiotiques au XXe siècle a permis la guérison de maladies infectieuses auparavant létales ou responsables de séquelles telles que le rhumatisme articulaire aigu survenant après une infection ORL d'origine streptococcique. Cette avancée thérapeutique majeure a été largement adoptée et utilisée par le corps médical pour améliorer l'état de santé et le confort des individus. Cependant, parallèlement à cette utilisation, on a vu l'émergence progressive de résistances bactériennes.

Il est dorénavant établi que le mésusage et la surconsommation des antibiotiques sont à l'origine de ces résistances bactériennes multiples, pouvant aboutir à des impasses thérapeutiques à court terme.

Des modifications de la prise en charge des pathologies infectieuses sont ainsi devenues nécessaires. Les spécialistes en infectiologie préconisent depuis quelques années une utilisation plus raisonnée des antibiotiques en général et de certaines familles en particulier, en mesurant les bénéfices et risques attendus pour les individus et la collectivité. Des recommandations de bonne pratique clinique ont été établies, prônant l'abstention de traitement antibiotique et la surveillance clinique lorsqu'une étiologie virale est possible.

Or, malgré les recommandations et la campagne d'information de l'Assurance Maladie sur le bon usage des antibiotiques, nous demeurons parmi les plus forts consommateurs d'antibiotiques par habitant de l'Union Européenne (figure 1 p.9). Notre consommation en 2005 est deux à trois fois supérieure à celle de l'Allemagne ou de la Hollande en 2002 [8-9].

Quatre-vingt dix pour cent des prescriptions antibiotiques françaises émanent de la médecine ambulatoire, avec cinquante pour cent de ces prescriptions pour des diagnostics d'infection respiratoire haute, et un taux de croissance moyen en volume de 2 à 3% par an depuis 10 ans [10].



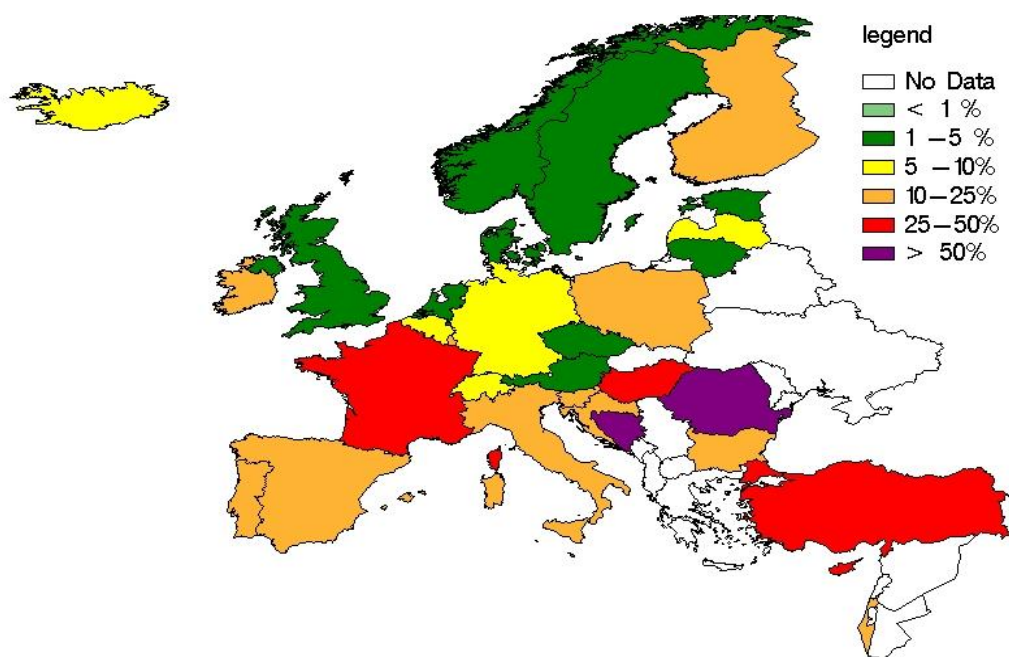
**Figure 1:** Consommation ambulatoire d'antibiotiques en DDD/1000 hab/j.

*Données ESAC 2006*

La mesure de l'exposition aux antibiotiques est la *Defined Daily Dose* ou DDD, qui correspond à la posologie quotidienne nécessaire pour traiter un adulte de 70kg dans l'indication principale du médicament. Les consommations en DDD sont généralement présentées rapportées à 1000 personnes et par jour. Cette unité de mesure permet de s'abstraire de la composition, de la présentation, du prix des médicaments et de réaliser des études de consommation dans différents groupes de population ou de comparer différents pays. Ces unités de mesure sont régulièrement actualisées pour tenir compte des évolutions et posologies admises pour traiter les patients.

L'Europe apparaît schématiquement divisée en trois blocs : les pays du Nord, faibles consommateurs d'antibiotiques, les pays de l'Est, consommateurs modérés et les pays du Sud, forts consommateurs. Parmi les pays du Sud, l'ESAC (European Surveillance of Antimicrobial Consumption) identifie la France comme l'un des pays les plus forts consommateurs d'antibiotiques.

L'exposition des populations aux antibiotiques a déterminé le développement de résistances bactériennes, ce qui est bien illustré par les taux de résistance bactérienne élevés en France et faibles dans les pays d'Europe du nord (figure 2, p.10). Parmi les germes concernés figurent les bactéries responsables d'infections respiratoires hautes. *Streptococcus pneumoniae* est un des pathogènes pour lesquels les données descriptives de surveillance de la résistance sont les plus documentées. [9,11, 12]



Map downloaded from <http://www.rivm.nl/earss/database/> on 24/08/2009

**Figure 2 :** Résistance de *Streptococcus pneumoniae* à la pénicilline en 2008.  
Données European Antimicrobial Resistance Surveillance System



Le Dr Castelain, de l'UFR de Lille, commente ainsi un article du Lancet sur les prescriptions ambulatoires d'antibiotiques en Europe [12] :

« Les taux de prescriptions ambulatoires des antibiotiques varient d'un facteur quatre en Europe alors qu'il n'y a pas de différence en termes épidémiologiques pour les maladies infectieuses. [...]

Dans les pays à faibles prescriptions d'antibiotiques, il n'y a pas eu de différence significative sur la fréquence des pathologies infectieuses par rapport aux pays à fortes prescriptions. [...]

Cette étude européenne doit faire réfléchir les médecins français exerçant en ambulatoire. Ils prescrivent 3 fois plus d'antibiotiques que leurs confrères néerlandais, alors que l'épidémiologie des maladies infectieuses est comparable. Même si les habitants des pays du nord de l'Europe consultent moins fréquemment leurs médecins pour les infections respiratoires bénignes, la différence de comportement des patients n'explique pas la différence de prescriptions d'antibiotiques. En France, ces infections sont étiquetées « bronchite » et reçoivent un antibiotique dans 96% des cas. Dans les pays nordiques, elles sont nommées « rhume » ou « grippe » et ne sont pas traitées par antibiotiques. »

### **C. Objectif du travail**

Il est d'explorer les déterminants de la prise en charge médicale des infections respiratoires hautes en France, en Allemagne, aux Pays-Bas et en Scandinavie. Y a-t-il des divergences dans les recommandations concernant les prescriptions antibiotiques dans les IRH?

Nous tenterons d'expliquer ces différences par l'étude des paramètres suivants : les modalités, y compris financières, d'accès aux soins, d'exercice de la médecine générale, les composantes culturelles de chaque pays, les modes de diffusion de l'information médicale et les données sur les consultations pour IRH.

## **II. METHODE**

Elle a consisté en une étude qualitative de la littérature concernant la prise en charge médicale des IRH chez les adultes en France, aux Pays-Bas, en Allemagne, et en Scandinavie.

Les recherches ont été menées dans Cismef, Pubmed et Google, avec les mots clés suivants: système de santé, campagne de santé publique, automédication, antibiothérapie, recommandations de bonne pratique clinique, épidémiologie, arrêt maladie, rhinopharyngite, infections respiratoires hautes, Europe, health system, sick leaves, antibiotics prescribing, common cold, upper respiratory tract infections, practice guidelines, Norway, Sweden, Finland, Netherlands, Germany, France.

Nous avons exclu en majorité les références antérieures à l'année 2000, les données non ambulatoires, celles relatant les prises en charge pédiatriques et les gripes (en raison de la polémique récente de grippe H1N1).

Dans une première partie socioéconomique, après avoir fait un état des lieux des consommations d'antibiotiques dans les pays étudiés, nous aborderons les paramètres qui nous ont paru déterminants pour expliquer les différences constatées. Nous détaillerons les systèmes de santé, les modalités d'exercice de la médecine et d'accès aux soins en vigueur dans chaque pays. Nous envisagerons l'absentéisme au travail, la consommation de soins, l'automédication, les particularités culturelles pouvant moduler les relations soignants-soignés ainsi que leur rapport à la maladie.

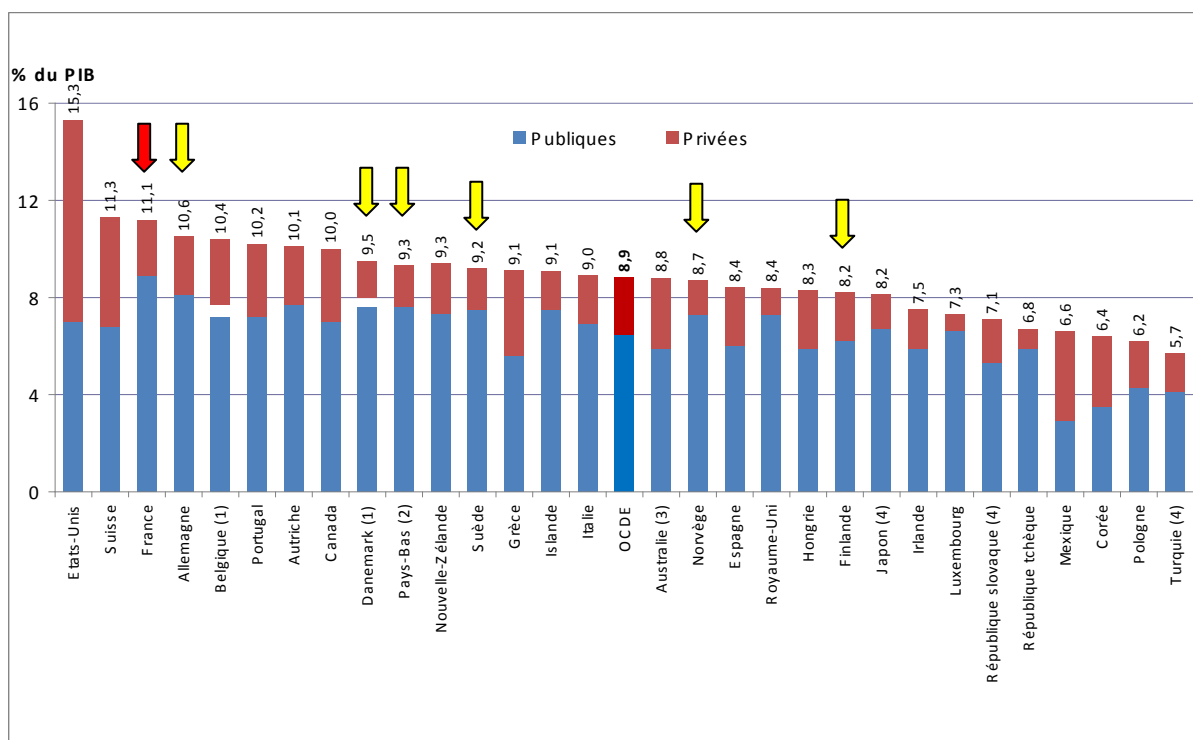
Nous décrirons ensuite les recommandations théoriques de prise en charge des IRH et leur mise en œuvre pratique sur le terrain, en abordant notamment la problématique de la diffusion de l'information au grand public et aux médecins généralistes.

Nous tenterons dans la discussion de synthétiser l'ensemble de ces données et d'en tirer d'éventuelles pistes pour améliorer nos pratiques.

### III. RESULTATS

#### A. Etat des lieux

Les différents pays étudiés ont un niveau de vie et une part de leur budget national consacré aux dépenses de santé relativement équivalents (figure 3, p.14).

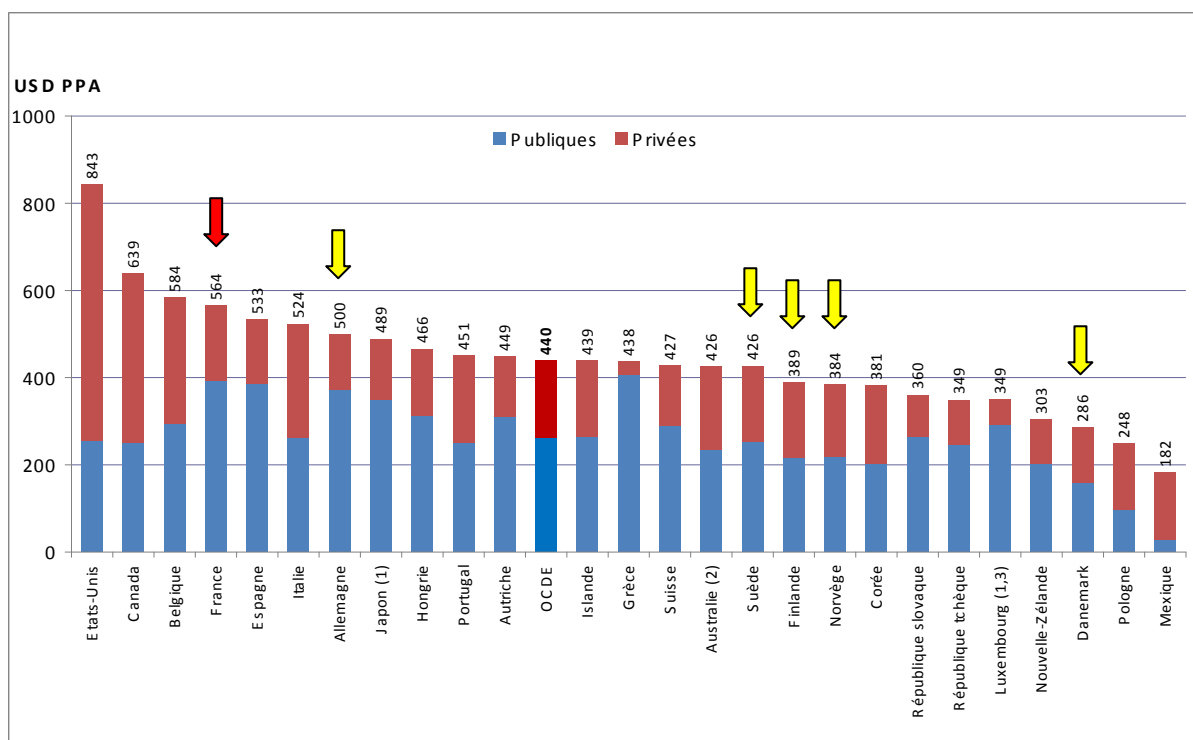


**Figure 3: Dépenses de santé en pourcentage du PIB, 2006**

Source : OCDE [13]

La flèche rouge désigne les données françaises, les flèches jaunes les autres pays de notre étude

Cependant la part des dépenses pharmaceutiques est deux fois plus importante en France et en Allemagne, qu'aux Pays-Bas et au Danemark. La moyenne en France est de 506 € de dépenses médicamenteuses par habitant, alors qu'elle est de 275€ en Hollande par exemple [14] (figure 4, p.15).

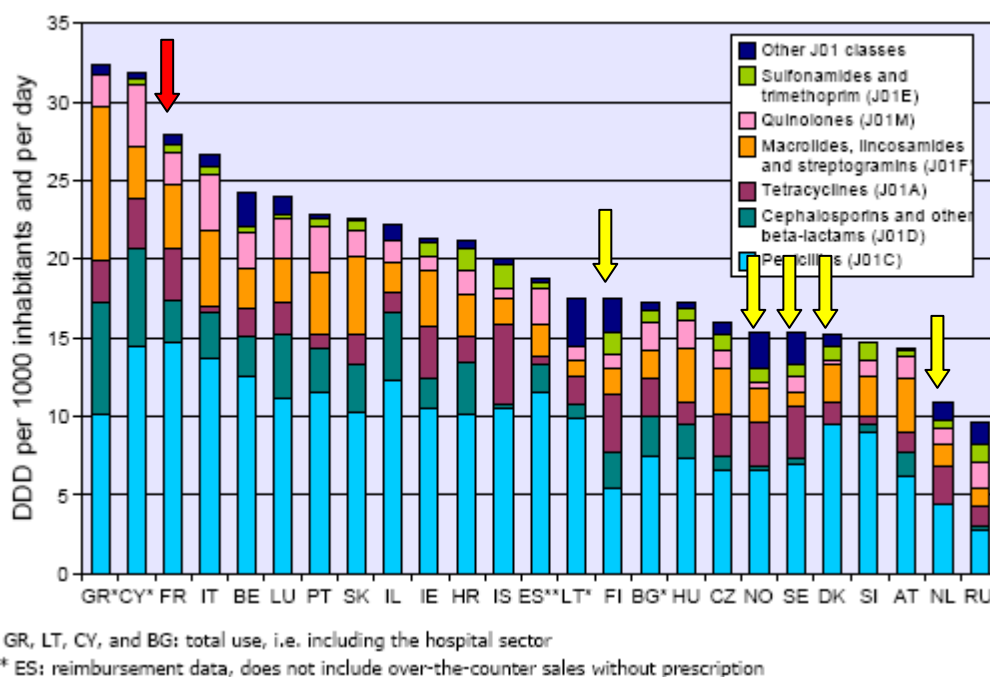


**Figure 4: Dépenses pharmaceutiques par habitant en 2006**

Source OCDE [13]

La flèche rouge désigne les données françaises, les flèches jaunes les autres pays de notre étude.

Ces variations se reflètent notamment dans la consommation antibiotique : la France est le 3<sup>e</sup> pays consommateur d'antibiotique en Europe (figure 5, p.16). [9-11]



**Figure 5:** Consommation antibiotique pour les principales classes de molécules.

Données ESAC 2006.

La flèche rouge désigne les données françaises, les flèches jaunes les autres pays de notre étude.

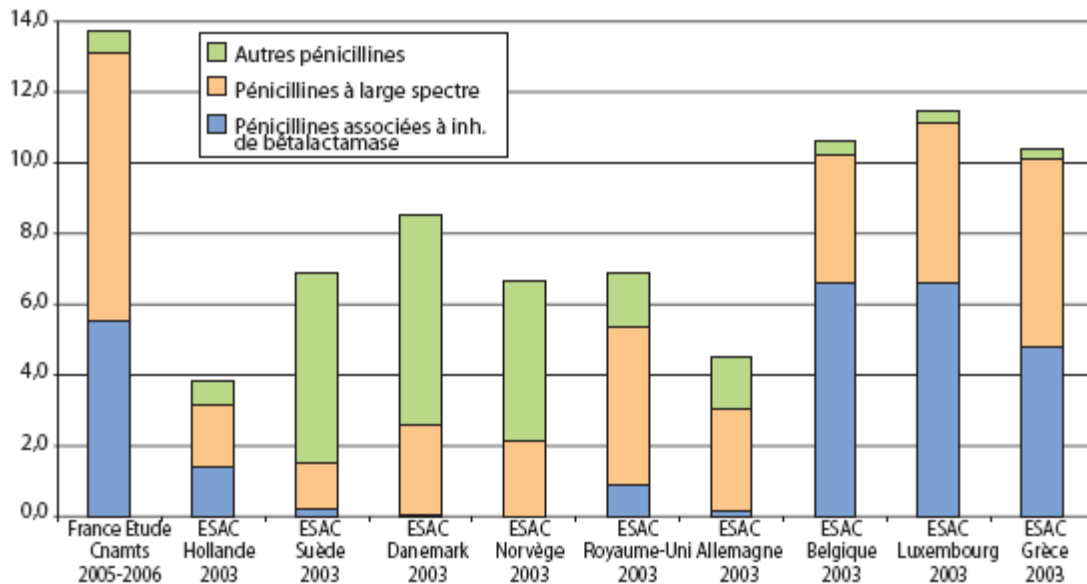
Certaines familles d'antibiotiques enregistrent des niveaux de consommation très élevés en France comparativement au niveau observé dans d'autres pays européens. C'est le cas des macrolides et des céphalosporines de 3<sup>e</sup> génération (C3G).

Or ces molécules plus récentes se caractérisent par un spectre d'activité large, risquant de faire apparaître rapidement des phénomènes de résistance. Leur prescription est, d'ailleurs, précisément motivée par l'apparition de résistances bactériennes. De plus, le coût d'une DDD de macrolides va de 2,5 à 7€, et celui des C3G de 3,5 à 5,5 €, tandis qu'une DDD d'amoxicilline, pénicilline à large spectre, est de 0,4 €, et celui d'une DDD d'association pénicilline/inhibiteur de bêtalactamase de 0,8 €. La consommation d'antibiotiques est ainsi à la fois un enjeu de santé publique si l'on veut préserver l'efficacité de ces médicaments, et un enjeu économique pour la collectivité puisque les molécules les plus récentes et les plus prescrites, sont aussi les plus onéreuses. [8-15]

Les pénicillines sont, en 2005-2006, en France, la classe d'antibiotiques la plus consommée (13,6 DDD/1000hab/jour soit 46% de l'ensemble des antibiotiques d'après des données CNAMTS). Dans cette classe, les associations pénicillines/inhibiteurs de bêtalactamases représentent une part de 40% (figure 6, p.17).

Dans la plupart des pays de l'Union Européenne, la consommation de cette classe d'antibiotiques est bien moindre. Ainsi en 2003, dans les pays nordiques, les Pays-Bas et l'Allemagne, la consommation de pénicilline se situait entre 4 et 8 DDD/1000 habitants et par jour. Des niveaux bien inférieurs étaient constatés pour la consommation d'associations pénicillines/inhibiteurs de bêtalactamase : moins de 0,2 DDD/ 1000 personnes par jour en Allemagne, en Suède, en Norvège et au Danemark, alors qu'en France, elle était de 5,5 DDD/ 1000 personnes par jour en 2005-2006.

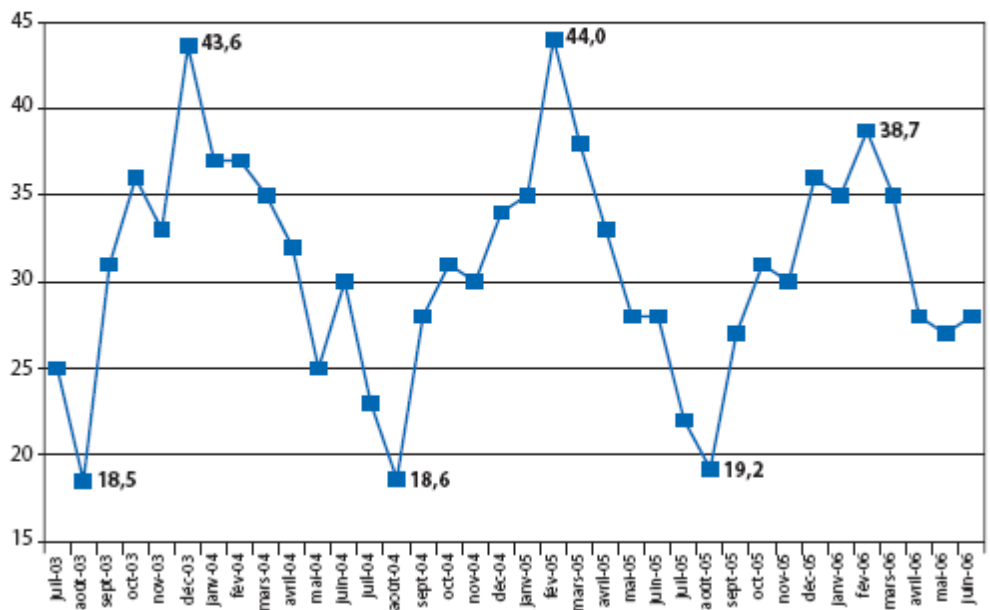
A l'inverse, les autres pénicillines, et notamment les pénicillines à spectre étroit, devenues inactives en France, sont encore très utilisées dans les pays nordiques et en Allemagne. Ces habitudes de prescription antimicrobiennes très conservatives semblent être à l'origine des bas niveaux de résistance bactérienne de ces pays. [8-15]



Source CNAMTS

**Figure 6:** Consommation de pénicillines en ville en Europe en DDD/1000pers/jour

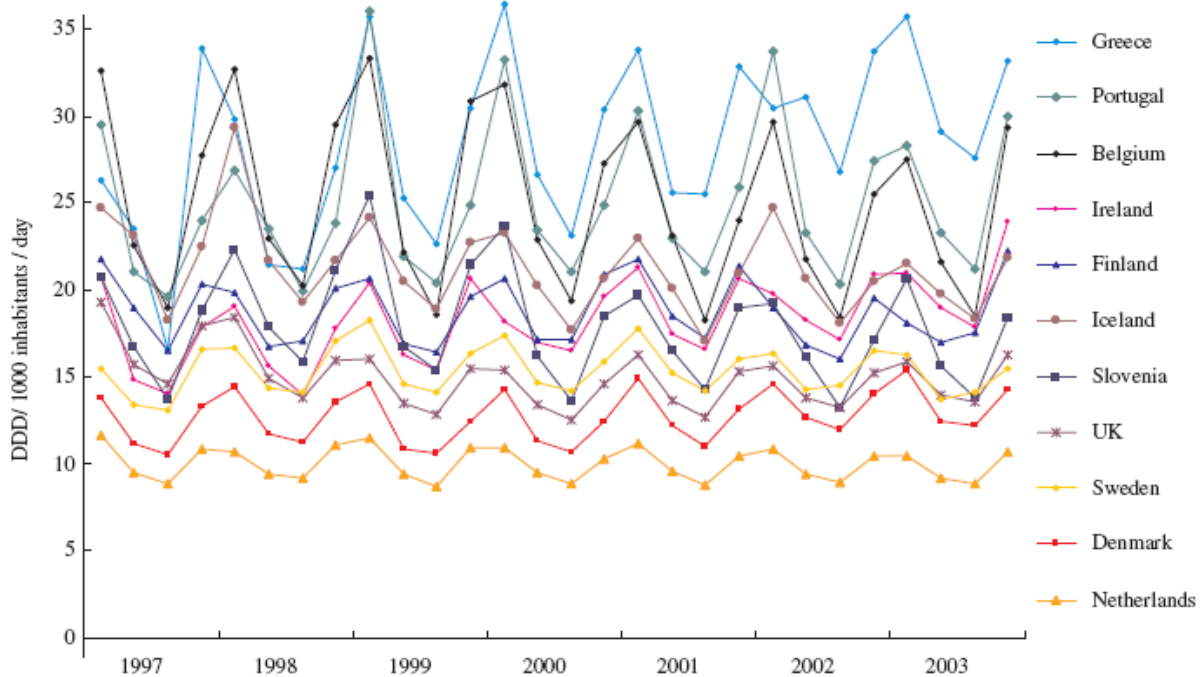
La France se distingue également par une augmentation excessive de l'exposition aux antibiotiques durant les mois d'hiver, alors que l'épidémiologie des pathologies infectieuses est comparable aux autres pays. Les pays étudiés n'ont pas connu de variations saisonnières de cette ampleur ( figure 7 p.18 et figure 8 p.19 ).



Source CNAMTS

**Figure 7:** Evolution de la consommation d'antibiotiques remboursés en France en DDD/1000 hab/jour entre juillet 2003 et juin 2006





**Figure 8:** Variations saisonnières de la consommation en antibiotiques de ville entre 1997 et 2003

Les variations saisonnières sont observées de façon ubiquitaire et sont attribuées à l'augmentation hivernale des IR. Cependant une consommation excessive d'antibiotiques en hiver suggère des prescriptions inappropriées pour ces IR en majorité virales.

En moyenne, le ratio hiver/été d'exposition de la population aux antibiotiques est supérieur à 1,33 en France, alors qu'il est autour de 1,20 dans les pays du nord de l'Europe pour la période 2003-2004. [8-9]

Par ailleurs, une étude de 2004 [16] a effectué une comparaison internationale des prescriptions antibiotiques pour un même diagnostic. Les résultats démontrent qu'à molécule similaire, les posologies, fréquences d'administrations et durées de traitement varient également (tableau 1, p.20). L'exemple des prescriptions pour une angine aiguë est éloquent : la DDD n'est pas comparable.

	<b>Molécule</b>	<b>Dosage</b>	<b>Durée en jours</b>	<b>DDD correspondante</b>
<b>Danemark</b>	Pénicilline V	1g x 2	10	10
<b>Finlande</b>	Pénicilline V (71%)	1500 UI x 2	10	15
<b>France</b>	Amoxicilline	2g x 1	6-8	14
<b>Allemagne</b>	Pénicilline V	654 mg x 3	10	9,8
<b>Pays-Bas</b>	Pénicilline V	250-500 mg x 3	7	3,5
<b>Suède</b>	Pénicilline V	1g x 2	10	10

*Tableau 1: Prescription antibiotique type pour une angine aiguë par pays en 2003*

Il existe ainsi de grandes disparités dans l'utilisation des antibiotiques en médecine de ville pour un même diagnostic.

## **B. Les systèmes de santé**

### **1. Principes**

Les systèmes de santé européens sont nés au XIXe siècle, inspirés de différents courants de pensée : en Allemagne, G. Schmoller et A. Wagner voyaient l'Etat comme le « grand instituteur moral », en Angleterre ensuite, S. et B. Webb ont souhaité atteindre « le plus haut idéal moral », et W. Beveridge a fait dans son rapport en 1942 de l'Etat providence « une composante de tout progrès social ».

Ils ont en commun un consensus philosophique basé sur ces principes :

- tout citoyen doit bénéficier d'une assurance maladie
- chacun doit la financer selon sa capacité contributive, mais accéder aux soins selon ses besoins
- l'Etat ne pouvant laisser le marché réguler, doit imposer un bon rapport coût/efficacité.

Ils se divisent ensuite en systèmes universels, dits de Beveridge, et en systèmes professionnels, dits de Bismarck. [17 p103]

Nous n'avons retenu ici que les données pertinentes au regard de la médecine générale, l'organisation des systèmes hospitaliers ne concernant en rien cette étude.

### **2. Les systèmes universels ou de Beveridge**

Ils se distinguent par un droit à la santé et à l'assurance maladie comme attribut de la citoyenneté. Tous les citoyens et résidents en situation régulière en bénéficient, il n'y a pas d'exclus. La couverture est universelle, et le rôle joué par la sphère publique, tant en ce qui concerne le financement que la fourniture des soins, est majeur. L'Etat et les collectivités locales sont considérés comme responsables de la santé. Les soins sont financés par les impôts nationaux, régionaux ou locaux. La prise en charge publique couvre 75 à 82% des dépenses contre 74% en moyenne dans l'Union Européenne. [19]

Le gouvernement central définit le panier de soins et les priorités de santé publique, appliquées à leur rythme par les comtés ou les communes. Il régleme le système et a un pouvoir de contrôle et de sanction en cas de défaillance de l'échelon décentralisé. Des

médiateurs jouent le rôle de conciliateur dans les conflits qui opposent l'administration et les citoyens. La décentralisation permet à l'échelon local une très large autonomie dans l'organisation et dans la gestion des soins primaires et secondaires. [20]

Les médecins sont salariés, employés dans les hôpitaux ou sous contrat, payés à la capitation (cf infra). [17 p103, 18]

#### a) La Suède

La *couverture* est universelle pour les résidents.

Le *financement* est généré par les impôts nationaux et locaux (les comtés lèvent directement les impôts affectés à la santé) pour un total de 85% des dépenses de santé couvertes par le financement public en 2005. Le système d'assurance privée concerne 2,5% de la population, et offre un accès aux soins plus rapide, et des fournisseurs de soins privés.

Les trois niveaux d'*organisation* impliqués dans les soins de santé sont le gouvernement central, les comtés et les municipalités. Le premier détermine les objectifs et moyens de régulation, et les gouvernements locaux adaptent les services aux conditions locales. Il en résulte une organisation pouvant varier à l'échelon des vingt et un comtés. Le Bureau National de la santé et du bien-être, autorité publique semi-indépendante suit et évalue les services de santé proposés par les Comtés à leurs administrés afin de garantir leur adéquation avec les principes généraux définis au niveau central.

Les *soins primaires* : la majorité des centres de santé appartiennent aux comtés et les professionnels de santé y sont employés en tant que salariés. Traditionnellement l'affiliation des patients dans les différents centres de santé se faisait en fonction de leur zone de résidence, mais depuis 1999 les patients peuvent choisir leurs médecins et fournisseurs de soins. Ils sont encouragés financièrement à consulter leur médecin traitant en premier recours.

Les *délais d'accès aux soins* très longs au début des années 90, ont été réduits par un accord passé entre le gouvernement central et les comtés en 1997. Cet accord garanti aux patients un accès à une infirmière dans un centre de santé le jour même, à un médecin généraliste sous 7 jours, et le cas échéant, à un médecin spécialiste sous 90 jours. Lorsque cet accord n'est pas respecté, les patients peuvent recourir à l'aide du comté pour obtenir un autre fournisseur de soin.

Le *contrôle des dépenses de santé* : la loi fixe le budget annuel des comtés, ainsi que des subventions accordées aux comtés en fonction de leur richesse notamment.

A un échelon local, la majorité des professionnels de santé étant salariée sous contrat avec les comtés et municipalités, et les budgets étant globaux, la maîtrise des coûts en est facilitée. Enfin il est à noter que dans quelques comtés les fournisseurs de soins primaires sont financièrement responsables des coûts de prescription, ce qui crée une incitation au contrôle des dépenses pharmaceutiques. [18-20]

b) Le Danemark

Le système danois a été initialement bismarckien (modèle d'assurance sociale où les droits sont déterminés par l'activité professionnelle). L'évolution vers un système national de santé sera longue puisque le principe des assurances sociales ne sera aboli qu'en 1973. Aujourd'hui il a rejoint le modèle nordique associant service public universel et décentralisation politique.

La *couverture* est universelle pour les résidents.

Le *financement* a été modifié par une réforme majeure qui a donné au gouvernement central la responsabilité du financement de santé publique en 2007. Les soins de santé sont maintenant principalement financés par une taxe de « contribution à la santé » s'élevant à 8% des revenus imposables. Ce revenu est ensuite alloué aux 5 régions (80%) et aux 98 municipalités (20%) selon une formule basée sur l'activité et la capitation (cf infra). Les dépenses de santé publique s'élevaient à 82% des dépenses totales de santé en 2005.

Environ 36% de la population est couverte par une mutuelle privée pour la prise en charge des dépenses restant à la charge des patients (produits pharmaceutiques, soins dentaires, physiothérapie, correction visuelle par lentilles). Les assurances privées supplémentaires couvrent 13,5% de la population, principalement proposées par des employeurs à leurs employés comme avantages divers. Ces deux types de couverture sont parfois cumulés. En 2005 les assurances privées de santé couvraient 1,6% des dépenses totales de santé.

L'*organisation* et le financement des soins de ville et hospitaliers sont du ressort des régions.

Les *soins primaires* : les médecins généralistes peuvent exercer dans un cadre libéral et sont alors conventionnés et rémunérés par le service national de santé, ou être salariés au sein d'hôpitaux. Ils ont une fonction de régulation d'accès aux soins secondaires (dite gatekeeper). Les spécialistes peuvent être hospitaliers donc salariés, ou extrahospitaliers et payé au « service ».

Le *contrôle des dépenses de santé* inclut la substitution par des médicaments génériques, que ce soit par les médecins ou les pharmaciens, des directives de prescriptions, et une évaluation systématique des habitudes de prescriptions. Les évaluations de santé sont maintenant parties intégrantes du système de santé, conduites à des niveaux central, régional et local. [18-20]

c) La Finlande

La *couverture* est universelle pour les résidents.

Le *financement* et l'*organisation* sont du ressort des 415 municipalités autonomes et du système d'assurance nationale de santé (NHI : National Health Insurance). De leur côté les municipalités lèvent une taxe municipale dont le montant est particulier à chaque municipalité, complétée par d'autres revenus, dont des subventions d'état. Les dépenses de santé publique s'élevaient à 78% des dépenses de santé en 2005.

Quant au NHI, il finance les dépenses de santé à hauteur de 17%. Il est sous l'autorité du Parlement, offre une couverture à tous les résidents finnois, et est représenté dans 260 bureaux locaux répartis sur le territoire. Il est financé par les assurés pour 38% (ce prélèvement d'assurance étant basé sur les revenus), par les employeurs pour 33% et par l'état pour 28%.

Il en résulte trois systèmes de santé différents : le système de soin municipal, le système de soin privé et le système de médecine du travail. Les municipalités financent et organisent en toute liberté le système de soin municipal (sauf les dépenses pharmaceutiques et les dépenses liées aux transports), avec cependant un plafond annuel des dépenses fixé par la loi, et le NHI finance le système de soin privé, le système de médecine du travail, les dépenses pharmaceutiques et liées aux transports, les indemnités de maladie et de maternité. Il y a des différences significatives entre ces systèmes, notamment concernant le type de service proposé, les honoraires et le temps d'attente.

Cette dualité dans le financement public crée une compétition de coût et d'efficacité. Actuellement il y a peu de coordination du système de santé au niveau national.

Les *soins primaires* : ils sont répartis entre la médecine du travail (qui propose des soins curatifs), les services de médecine privés et municipaux. La majorité des médecins est salariée des services municipaux, mais depuis 10 ans le mode d'exercice se modifie, avec une migration des médecins des services publics vers les services privés ou le développement d'exercice mixte public et privé.

Une réforme a également vu le jour en 2005 pour réguler les délais d'attente de consultation. [19-21]

### 3. Les systèmes professionnels ou de Bismarck

Le droit à la santé y constitue un attribut du travailleur et de ses ayants droit, c'est-à-dire sa famille et ceux qui vivent avec lui. Ces systèmes organisent ainsi une solidarité à l'intérieur des professions, mais excluent les chômeurs et les inactifs pour lesquels un filet de sécurité doit être organisé selon le principe universel. Les soins et leurs coûts relèvent de la responsabilité sociale collective.

Le financement se fait par des cotisations sociales prélevées sur les salaires, versées par les entreprises. La gestion corporatiste est prépondérante avec des soins financés et régulés par les caisses de sécurité sociale administrées par les partenaires sociaux qui représentent les cotisants. Ces caisses ont le monopole vis-à-vis de leurs adhérents.

Ces systèmes garantissent une grande liberté de choix et une qualité de soins mais contrôlent moins bien leurs dépenses du fait de déséquilibre financier structurel d'origine économique. En effet, le nombre de cotisants n'évolue pas comme celui des bénéficiaires, avec des caisses déficitaires pour les professions en perte de vitesse (marins, agriculteurs, artisans), et des caisses excédentaires pour les professions modernes (employés, salariés). Des inégalités peuvent également être générées dans le niveau de couverture selon les capacités contributives des différentes professions. Par exemple les caisses des fonctionnaires sont souvent plus « généreuses » que les caisses agricoles. [17]

#### a) L'Allemagne

La *couverture* par le service de santé publique concerne les employés gagnant jusqu'à 48 000 € par an, et leurs ayants droit. Les employés dont le revenu est supérieur peuvent, s'ils le souhaitent, adhérer à ce système sur la base du volontariat, avoir une assurance de santé privée, ou ne pas être assurés. Au total 88% de la population est couverte par le système de santé publique, 10% par un système d'assurance privé (principalement les personnes travaillant à domicile et les professions libérales), et moins d'1% n'est pas couvert par une assurance. Depuis 2009 la couverture par une assurance est obligatoire.

Au total les dépenses restant à la charge des patients s'élevaient à 13,8% des dépenses totales de santé en 2005, avec une participation n'excédant pas 2% des revenus annuels du foyer (1% pour les patients porteurs de maladie chronique).

Le *financement* est effectué par plus de 200 fonds d'assurance de santé ou fonds maladie autonomes, à but non lucratif, non gouvernementaux mais régulés par le gouvernement. La majeure partie est basée sur les cotisations obligatoires à partir de 43 000 € de revenu annuel brut, soit 8% des revenus bruts des employés en moyenne, et 7% pour les employeurs. Les sans-emploi contribuent en proportion de leurs revenus, et depuis 2004 l'agence pour l'emploi du gouvernement verse une somme fixe pour chaque chômeur de longue durée. Les dépenses de santé publique s'élevaient à 77,2% des dépenses totales de santé en 2005. On notera qu'en 2009, dans un souci d'uniformisation et de répartition, un nouveau fond national centralisant et redistribuant les contributions a été créé.

Les assurances de santé privées ont un rôle substitutif pour les exclus du système de santé public (les travailleurs à domicile, les professions libérales, et les gros revenus n'ayant pas opté pour le système de santé publique). Le contrat est fait sur la base d'une assurance vie, avec un risque évalué à la création du contrat uniquement. Ces assurances privées sont régulées par le gouvernement afin de s'assurer de l'absence d'augmentation des cotisations avec l'âge ou en cas de baisse des revenus.

Ces assurances privées peuvent également avoir un rôle complémentaire des fonds d'assurance de santé pour compléter la part des remboursements du service de santé publique. Au total les assurances de santé privées prenaient en charge 9,1% des dépenses totales de santé en 2005.

L'*organisation* des soins est laissée à la responsabilité des fonds maladie, sous le contrôle d'un Comité Fédéral créé en 2004 pour accroître l'efficacité et la qualité des soins. L'Institut pour la qualité et l'efficacité pilote des évaluations économiques pour des décisions de santé adéquates, appropriées et efficaces.

Les *soins primaires* : les patients ont le libre choix de leur médecin, mais depuis 2004 il existe des bonus gérés par les fonds maladie pour ceux qui choisissent un médecin traitant suivant le système du gatekeeping. La rémunération des médecins travaillant en ambulatoire est mixte, basée sur un forfait horaire et le type de procédure médicale, fixées annuellement. La formation médicale continue est obligatoire pour tout médecin.

Des prix de références sont fixés pour chaque spécialité pharmaceutique, avec des contrats d'incitations à la baisse des prix en dessous de ces prix de référence depuis quelques années. [18]



b) Les Pays-Bas

Le système existant a été bouleversé par une réforme début 2006.

La *couverture* : depuis 2006, quiconque réside ou paie des impôts sur le revenu aux Pays-Bas est susceptible d'avoir une couverture par une assurance de santé. Ce statut est stipulé dans l'Acte d'Assurance de Santé, mais est fourni par des assureurs de santé privés et régulé par les lois privées. Dans la population, la proportion de non assurés est estimée à 1,5% en 2009. Les demandeurs d'asile sont couverts par le gouvernement, et plusieurs mécanismes sont en place pour rembourser les dépenses de santé des immigrés illégaux qui ne peuvent payer pour leurs soins. D'après la législation, les assureurs doivent couvrir les soins médicaux, y compris les soins par les médecins généralistes, les soins hospitaliers et par les sages-femmes, les aides médicales, les soins paramédicaux, les soins de maternité et les transports médicaux. Les assureurs peuvent décider par qui et comment ces soins sont prodigués, ce qui donne aux assurés le choix entre les polices basées sur la qualité et le coût. La majorité des gens souscrit également à une assurance privée complémentaire de santé pour les services n'entrant pas dans la couverture standard.

Le *financement* : il est constitué d'une contribution sur le revenu (6,5% des premiers 30 000 € de revenus annuels imposables) et des primes des assurés. Les employeurs doivent rembourser leurs employés pour cette contribution, et les employés doivent payer une taxe sur ce remboursement. Pour ceux qui n'ont pas d'employeur, cette contribution s'élève à 4,4%. Ces contributions sont collectées centralement et redistribuées aux assureurs en fonction de leur volume d'assurés et de la répartition des risques. Le gouvernement paie les primes des enfants jusqu'à l'âge de 18 ans.

Les sources publiques de financement couvraient 65,7% des dépenses totales de santé en 2005, et 78% en 2006. Les assureurs privés finançaient 20,1% des dépenses totales de santé en 2005, 7% en 2006.

L'*organisation* du financement : les assureurs sont autorisés à faire des profits. Ils doivent être enregistrés au Bureau de Supervision des assurances de santé pour autoriser la surveillance des services qu'ils proposent sous couvert de l'Acte d'Assurance de Santé et pour justifier de leurs paiements. Les assurés ont le choix de leur assureur, et les assureurs sont obligés d'accepter chaque résident qui le souhaite. La compétition entre les assureurs régule l'efficacité du système de soins.

Les *soins primaires* : les médecins travaillent directement ou indirectement sous contrat avec les assureurs privés. Les médecins généralistes ont un mode de rémunération mixte : à la

capitation pour chaque patient sur leur liste d'affilié, et à l'acte. Des budgets supplémentaires peuvent être négociés pour d'autres services. [18]

#### 4. Entre Bismarck et Beveridge : la France

Selon Béatrice Majnoni d'Intignano, membre du Conseil d'analyse économique [17]: « Le système français aspire à l'universalité, dans les ordonnances de 1945 comme dans la terminologie de la CMU, mais reste professionnel de droit et pour sa gestion. La répartition illogique des responsabilités en résulte : le ministère de la Santé contrôlant les hôpitaux et les laboratoires, et l'assurance maladie les médecins, dualité qui rend difficile toute coordination des soins. 5 (...)

Les français doivent s'assurer, selon leur profession, soit au régime des travailleurs salariés, créé en 1946 (CNAMTS, 83% de la population et 90% de la dépense), soit à un régime spécial de fonctionnaires, soit à un régime autonome d'agriculteurs (MSA) ou de travailleurs indépendants (CANAM non salariés non agricoles) ; enfin les plus pauvres relèvent de la CMU depuis 2000 (financée par l'Etat, qui offre une assurance de base et un régime complémentaire). Quatre vingt douze pour cent de la population s'assure en plus auprès d'assurances ou de mutuelles pour une partie du débours restant à sa charge. »

Les caractéristiques de notre système sont [18] :

La *couverture* : universelle entre le régime professionnel, la CMU et l'Aide Médicale d'Etat pour les résidents illégaux.

Le *financement* : assuré à différents niveaux. Les employeurs et les employés y contribuent à hauteur de 43%, l'impôt sur le revenu ou Contribution Sociale Généralisée créée en 1990 à 33%, les taxes sur le tabac et l'alcool à 8%, et des transferts d'autres branches à 10%. La CMU quant à elle est financée par une taxe sur le tabac et par les revenus générés par les complémentaires de santé privées. Les sources publiques de financement couvraient 79,1% des dépenses totales de santé en 2005.

Les fonds de l'assurance maladie sont gérés par le bureau des représentants qui comporte autant de représentants d'employeurs que d'employés. Chaque année le Parlement détermine le plafond d'augmentation des dépenses de santé ou Objectif National de Dépenses d'Assurance Maladie (ONDAM) pour l'année suivante. Les mutuelles, à but non lucratif, ne couvrent que les services

couverts par l'Assurance Maladie, en proportion des montants de cotisation. Depuis peu des assureurs ont commencé à proposer d'autres services que le panier de soins public.

L'*organisation* des soins : l'affiliation aux caisses d'Assurance Maladie se fait en fonction du lieu d'habitation, il n'y a donc pas de compétition entre les Caisses. La compétition entre les mutuelles est limitée, l'adhésion se faisant majoritairement par l'intermédiaire de l'employeur. La plupart des employés ont habituellement le choix entre une ou deux mutuelles.

Les *soins primaires* : depuis la loi de réforme du financement de la santé en 2004, les adultes à partir de l'âge de 16 ans peuvent choisir un médecin traitant. Cette introduction de la notion de gatekeeping est encouragée par des incitations financières.

Les médecins ont une activité libérale et sont payés à l'acte. Le coût de la consultation est fixé par un accord entre le gouvernement, l'Assurance Maladie et les représentants des médecins. En fonction du type de formation poursuivi, les médecins peuvent demander un dépassement d'honoraires, aucun plafond n'ayant été fixé, mais tact et mesure sont recommandés.

L'évaluation de la qualité des soins ambulatoires repose sur un système d'évaluation des pratiques professionnelles, sous la responsabilité de la Haute Autorité de Santé, créée en 2004, qui mandate une entreprise indépendante.

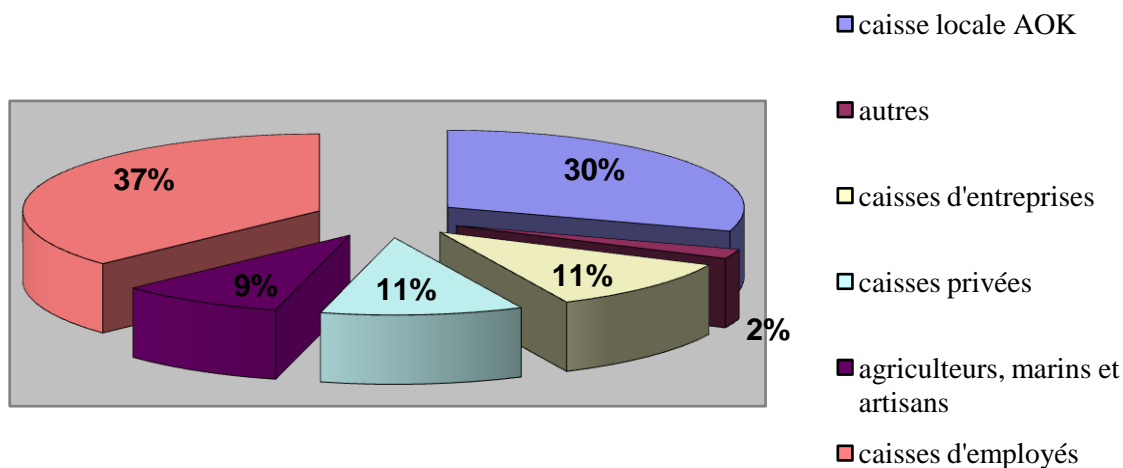
Le *contrôle des dépenses* : c'est une question clef dans le système de santé français qui a dû faire face à de larges déficits pendant les vingt dernières années. Récemment ce déficit a été réduit de 10-12 milliards par an en 2003 à 6 milliards en 2007.

De nombreux changements ont vu le jour ces deux dernières années :

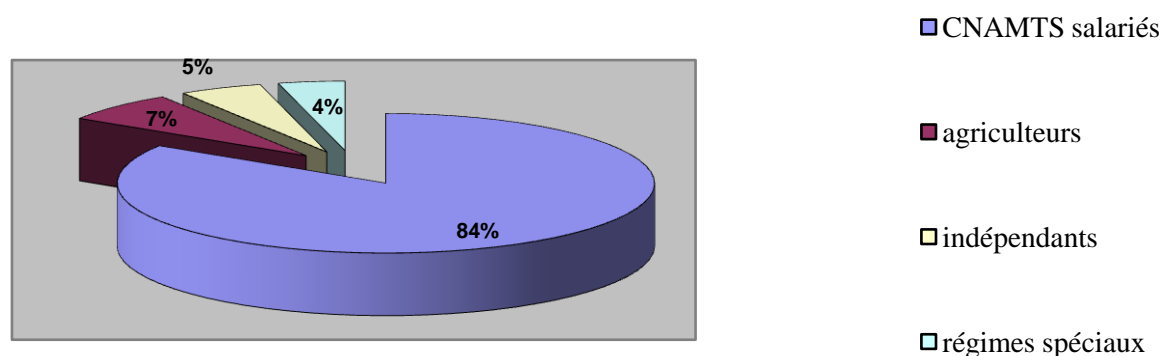
- la réduction du nombre de lits d'hospitalisation en soins aigus,
- la limitation du nombre de médicaments remboursés (environ 600 médicaments ont été déremboursés),
- une augmentation de la prescription de médicaments génériques et l'utilisation de médicaments over-the-counter (littéralement « de l'autre côté du comptoir » sous-entendu du pharmacien, c'est-à-dire des médicaments en libre service),
- l'introduction de la possibilité de choix du médecin traitant,
- les protocoles de gestion des maladies chroniques,
- depuis 2008, de nouveaux systèmes de participation forfaitaire non remboursables ont vu le jour concernant les prescriptions médicamenteuses, les consultations médicales et les transports en ambulance. [17]

## 5. Quelques chiffres

Les figures 9 et 10 (p.30) permettent d'appréhender la répartition entre les caisses d'assurance maladie des deux systèmes professionnels étudiés.



*Figure 9: Distribution du système professionnel d'assurance maladie en Allemagne*  
Source [17]



*Figure 10: Distribution du système professionnel d'assurance maladie en France*  
Source [17]

La performance des systèmes de santé s'apprécie selon plusieurs dimensions [17] : efficacité et qualité des soins (tableau 3 p.32), égalité d'équipement (tableau 4, p.33), d'accès aux soins et de participation au financement (figure 11 p.31), l'emploi créé et la réactivité du système aux désirs de la population, l'efficacité (rapport coût/efficacité).

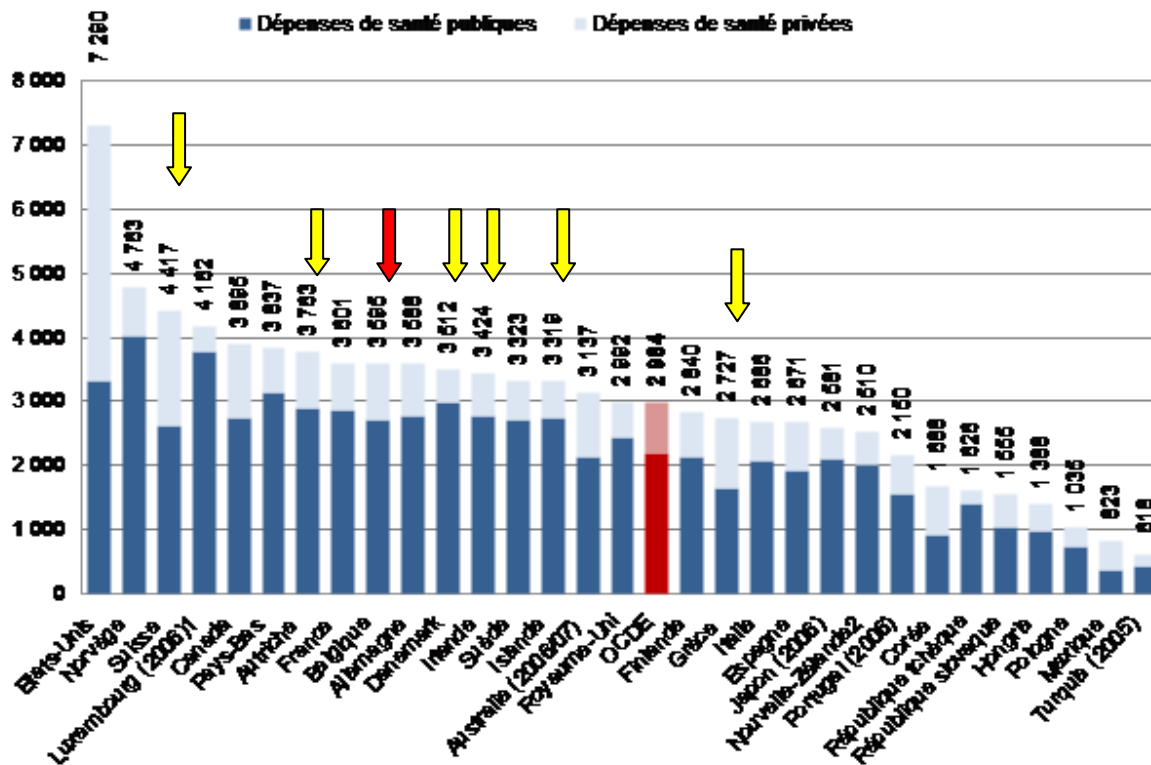


Figure 11 : Dépenses de santé totales par habitant, publiques et privées, 2007

Source: Eco-Santé OCDE 2009 [13].

La flèche rouge désigne les données françaises, les flèches jaunes les autres pays de notre étude.

On constate ici qu’il n’existe pas de différence significative, notamment si l’on se compare aux Etats-Unis, dans la part restant à la charge des ménages, pour les pays qui nous intéressent.

Depuis 1980 le rythme de croissance des dépenses de santé de la majorité des pays a ralenti, et converge d’un pays à l’autre. On notera que la Suède, l’Allemagne, le Danemark et la Finlande les ont stabilisées. La France après une amélioration entre 1993 et 2000, voit ses chiffres exploser mais une baisse est amorcée depuis 1,5 an semble-t-il. [17]

Le tableau 2 (p.32) précise la répartition entre les différents postes de dépenses de santé en France.

<b>Hôpital</b> 44,4%	<b>Honoraires, transports</b> 27,5%	<b>Biens médicaux</b> 26,3%	<b>Total</b>
Public 34,4% Privé 10%	Médecins 12,8% Dentistes 5,7% Auxiliaires 6,3% Laboratoires 2,6% Transports 2%	Médicament 21% Lun. ,Orthop. 6%	
1144€/hab	709€/hab	677€/hab	2577€/hab/an

**Tableau 2 : Dépenses de soins en France**

Chiffres : Comptes de la santé, 2007. [17]

	Esp. de vie femmes	Esp. de vie hommes	APVP (<70 ans) hommes	Mortalité infantile
Danemark	80	76	4311	3,8
Finlande	83	76	5037	2,8
France	84	77	4665	3,8
Allemagne	82	77	4044	3,8
Pays-Bas	82	77	3402	4,4
Suède	83	78	3191	2,8

**Tableau 3 : Indicateurs d'efficacité et de qualité des soins dans les pays étudiés**

Sources : Eco-Santé, OCDE, chiffres 2006 [13]

APVP : années potentielles de vie perdues. C'est un indicateur synthétique de mortalité prématurée qui rend compte des décès survenant à un âge précoce, et qui sont donc a priori évitables. Le calcul de l'APVP consiste à additionner le nombre de décès pour chaque âge et à multiplier ce nombre par les années qui restent à vivre jusqu'à une limite d'âge choisie.

Mortalité infantile : calculée pour 1000 naissances vivantes.

	Médecins généralistes en activité	Médecins en activité	Infirmières en activité
Danemark	0,8	3,2	14,3
Finlande	0,7	3,0	10,3 *
Suède	0,6	3,6	10,8
France	1,6	3,4	7,7
Allemagne	1,5	3,5	9,9
Pays-Bas	0,5	3,9	8,7

**Tableau 4 : Offre de soins /1000 habitants en 2007**

Source : Eco-Santé OCDE 2009 [13]

*\*spécificité finlandaise : les infirmières peuvent constituer une « porte d'entrée » aux soins secondaires au même titre que les médecins.*

On peut constater à la lecture du tableau 4 une offre plus importante de médecine générale en France et en Allemagne, pour une offre médicale globale équivalente. De manière intéressante, l'offre infirmière est plus faible en France et aux Pays-Bas qu'en Allemagne et en Scandinavie.

## **C. Accès aux soins**

### **1. Organisation des soins primaires**

Le terme de soin primaire, peu utilisé en France, désigne l'organisation des systèmes de soins extra-hospitaliers. Il est porteur d'une ambition de justice sociale visant à garantir l'accès de tous à des soins de base. Sa définition a été posée par l'OMS lors de la Conférence d'Alma-Ata en 1978 et réaffirmée en 2008 dans son rapport annuel. En substance, les soins primaires doivent pouvoir assurer des activités très variées et se rapportent à l'ensemble des politiques contribuant à améliorer la santé, qu'il s'agisse de soins délivrés aux populations ou d'actions de santé publique. Ils peuvent être définis comme un niveau de soins, un ensemble de fonctions et d'activités ou encore comme des professionnels qui offrent des services.

Trois modèles types d'organisation sont recensés: le modèle normatif hiérarchisé où le système de santé est organisé autour des soins primaires et régulé par l'Etat, le modèle professionnel hiérarchisé dans lequel le médecin généraliste est le pivot du système, et le modèle professionnel non hiérarchisé qui traduit une organisation des soins primaires laissée à l'initiative des acteurs. [22]

#### *a) Le financement des acteurs*

Selon Béatrice Majnoni d'Intignano [17], les soins primaires, comme toutes les institutions de soins sont influencés par la manière de financer les soignants. Pour elle, tout mécanisme de rémunération contient des incitations financières avec leurs vertus et leurs effets pervers, qui modifient les comportements des agents des systèmes de santé. Cela agit sur l'efficacité des soins, l'efficience du système de santé, l'accès aux soins et l'équité, sans oublier la répartition du risque financier entre le payeur et les professionnels.

Il existe trois formules de rémunération des médecins en ville :

- le paiement à l'acte : les honoraires  $H$  sont le produit de la valeur de chaque acte  $P$  par le nombre d'acte  $Q$ :

$$H = P \times Q$$

Cette formule incite donc, selon l'auteur, à multiplier le volume d'actes, le tarif étant souvent fixé par l'assurance maladie. Elle confère une grande liberté au médecin et au patient et



façonne une médecine plus curative que préventive (la prévention en souffre car y est rarement rémunérée).

- la capitation ou paiement per capita : cette formule, souvent associée à d'autres modes de rétribution, rémunère la continuité des soins ce qui convient, selon l'auteur, aux généralistes surtout lorsqu'ils sont gatekeeper, cerbères filtrant l'accès aux soins spécialisés. Le revenu du médecin sera :

$$C = C0 + (CI \times NI) + F + (P \times Q)$$

Avec  $C0$  qui finance l'installation et les frais fixes,  $CI$  qui dépend de l'âge de la clientèle  $NI$ , et les forfaits  $F$  qui incitent à se spécialiser ou à s'installer dans des régions défavorisées. La part de paiement à l'acte permet l'exécution d'actes auxquels la capitation seule n'inciterait pas à s'intéresser. Ce type de rémunération implique que les médecins sont sous contrat avec le payeur et mieux répartis sur le territoire. Le risque financier repose en grande partie sur le généraliste, surtout si la capitation comprend les médicaments et l'hospitalisation. Selon Béatrice Majnoni d'Intignano, le temps de travail est moindre, les malades ne payent rien et sont mieux orientés, la dépense et les gaspillages sont moins importants qu'ailleurs.

- le salaire : cette rémunération forfaitaire ne comporte pas de risque financier pour le payeur, sauf s'il génère un surnombre de médecins ou des hospitalisations inutiles.

La plupart des pays européens combinent les formules pour diversifier les incitations, comme aux Pays-Bas, en Suède (les généralistes suédois touchent 60% de salaire, 20% de capitation, 15% de paiement à l'acte et 5% de forfaits) et au Danemark (30% de capitation, 65% de paiements à l'acte et le solde sous forme de gratifications). Dans ces pays, les enveloppes financières ont une gestion décentralisée ce qui confère une grande indépendance aux localités, permettant des expériences locales de régulation des soins.

L'Allemagne et la France se caractérisent par des enveloppes attribuées aux professions : l'enveloppe nationale est répartie entre les honoraires médicaux, les hôpitaux, les infirmiers, les laboratoires...

En Allemagne, l'enveloppe est versée dans chaque Land par l'Union des caisses de sécurité sociale à l'association régionale des médecins de caisse, qui la répartit entre ses membres selon le nombre d'actes individuels. Cette formule transfère le risque financier sur l'ensemble des médecins, puisque le prix individuel des actes est flottant, réévalué chaque trimestre, et le

volume des actes indéterminé et dépendant du comportement des médecins ou des institutions. On notera également qu'en Allemagne, une enveloppe de médicament est définie par médecin. Les enveloppes d'honoraires de ville font contrepoids à l'effet inflationniste du paiement à l'acte ou à la journée.

En France les lettres clés rémunérant les médecins ne sont pas flottantes avec l'enveloppe globale d'honoraires, ce qui déresponsabilise les médecins. Le paiement à l'acte des médecins généralistes traitants peut les inciter, selon l'auteur, à multiplier les volumes grâce à leur nouvelle clientèle captive, système qui génère également des prescriptions injustifiées, parfois dangereuses. [17]

b) Le modèle normatif hiérarchisé : Danemark, Finlande, Suède

Les textes législatifs organisent de façon relativement détaillée le système de soins primaires incluant par exemple une taille de liste minimum et maximum de patients inscrits chez un médecin, comme en Finlande où le nombre de patients par médecin varie dans chaque centre de 1500 à 2000. Dans ces pays, ce type d'organisation datant des années soixante-dix et quatre-vingt a été mis en place simultanément à la décentralisation.

Les caractéristiques communes de ces modèles sont :

- la décentralisation de la gestion des soins. Les autorités locales gèrent l'offre et le financement des dépenses de santé, éventuellement réorganisées au niveau central en cas de déséquilibre patent.
- le statut public des centres de santé qui constituent généralement le pivot du système de soins primaires. Ils comprennent des médecins généralistes et des professionnels paramédicaux (assistants de laboratoire, sage-femme, kinésithérapeute et parfois des spécialistes –pédiatres, gynécologues, psychiatres etc.), offrant des soins curatifs et préventifs financés par les collectivités locales. Il s'agit d'un exercice de groupe pluriprofessionnel et plurispécialisé fournissant des soins et services sociaux et de santé à une population définie. Les médecins spécialistes exercent principalement à l'hôpital.

On notera qu'en Suède, les rendez-vous de consultation sont pris après entretien téléphonique avec une infirmière, ce qui peut réguler le délai ou la demande de consultation. [17,22,23]

c) Le modèle professionnel hiérarchisé : Pays-Bas

Le médecin généraliste est le pivot de l'organisation de soins, et fournit des services à une clientèle. De ce fait les soins primaires sont largement assimilés à la médecine générale qui a un rôle de gatekeeping mis en place depuis 1941. Ce principe organisateur des soins primaires a évolué vers des fonctions de prévention et de coordination des soins dans une logique populationnelle, parallèlement avec le regroupement des médecins au sein de cabinets. Le plus souvent il s'agit de groupes de deux médecins monospécialisés. Ils travaillent avec des assistantes médicales qui effectuent des travaux de secrétariat médical et des tâches cliniques telles que l'ablation de points de suture, la réalisation d'ECG, des audiométries, des pansements, des prélèvements sanguins, des injections, des mesures de pression artérielle. Pour autant ces cabinets ne sont pas considérés comme pluriprofessionnels. Seule une petite minorité de médecins exerce dans des centres de santé, qui desservent environ 10% de la population et où il existe des équipes multidisciplinaires.

Les échelons d'organisation médicale territoriaux visent à mutualiser des ressources pour des activités complémentaires à la pratique quotidienne (formation continue, programmes de promotion de la santé, éducation thérapeutique et systèmes d'information). Les modes de rémunération et de contractualisation sont mixtes, grâce à l'enregistrement de la population auprès des médecins généralistes. Cela a également permis l'introduction de mécanismes de paiement à la performance et le soutien financier au développement de la pratique en équipes, associé à l'émergence de nouveaux rôles infirmiers. [17,22,23]

d) Le modèle professionnel non hiérarchisé : Allemagne

Il se caractérise par la coexistence d'un système de financement collectif des dépenses de santé et d'une offre de soins privée sans projet global explicite des soins primaires, ni organisation populationnelle ou territoriale des soins ambulatoires. Il en résulte une pratique solo dominante de la médecine générale et une offre de soins spécialisée en ambulatoire avec un accès direct possible pour les patients, parfois assorti d'une pénalité financière. Le contraste est important entre la médecine libérale majoritaire, payée à l'acte, et les centres de santé, minoritaires, pour les populations défavorisées. [17,22,23]

e) La France

Selon une étude de l'Institut de Recherche et de Documentation en Economie de la Santé (IRDES) [22], « l'organisation des soins ambulatoires en France suit un modèle professionnel non hiérarchisé, et repose en grande partie sur la Charte de la médecine libérale de 1927 : libre choix du médecin par le patient, respect absolu du secret professionnel, droit à des honoraires pour tout malade soigné, paiement direct par l'assuré, liberté thérapeutique, de prescription et d'installation. L'activité libérale est majoritaire et coexiste avec d'autres structures et services de soins ambulatoires organisés sur une base territoriale, soit à l'échelle municipale (services de soins infirmiers à domicile, centres de santé), soit à l'échelle départementale (PMI, services départementaux d'incendie et de secours). L'exercice isolé de la médecine générale reste la forme privilégiée, la pratique de groupe étant essentiellement monospécialisée.

Les soins ambulatoires sont largement développés en France mais faiblement hiérarchisés et répartis inégalement sur le territoire. La coordination des soins reposait en grande partie, jusqu'en 2004, sur le patient ou sa famille, et sur les modalités d'entente entre les différents professionnels. La réforme du médecin traitant et du parcours de soins de 2004 a introduit un principe de hiérarchisation de l'accès au système de soins, inscrivant ainsi potentiellement les pratiques des médecins généralistes dans une logique populationnelle et de territorialisation. Les soins de premier recours ont ainsi de nouvelles perspectives en terme d'organisation, de prévention, d'éducation thérapeutique, de coordination des soins et de réduction des inégalités de santé. A ce titre les soins ambulatoires semblent évoluer vers un modèle normatif hiérarchisé avec les différences suivantes comparé aux pays d'Europe du Nord précités :

- les médecins ambulatoires restent des travailleurs indépendants, dont l'exercice est déterminé par la Convention Nationale qui régit leurs relations avec l'Assurance Maladie.
- la territorialisation se fait dans une optique de déconcentration et non pas de décentralisation par le biais des diverses Agences Régionales de Santé, Schémas régionaux d'organisation sanitaire, et Missions Régionales de Santé. Il leur reviendra d'organiser les soins de premiers recours, ce qui comprend définir les objectifs et services à rendre aux populations, ainsi que mettre en œuvre les outils de la régulation des soins de premier recours. » [22]

f) Les tendances récentes

En dépit des modèles contrastés d'organisation et de financement des soins primaires, les évolutions des différents pays convergent devant des défis similaires : vieillissement des populations et des professionnels de santé, augmentation de la demande de soins dans un contexte de baisse de la densité médicale, recherche de conditions de travail moins contraignantes et féminisation des médecins, spécialisation, poids des maladies chroniques nécessitant une meilleure coordination des soins. Tout ceci favorise le regroupement des médecins afin de mieux répondre à une demande dont on anticipe l'augmentation et la modification, tout en améliorant simultanément la productivité et les conditions de travail.

Le phénomène de disease management ou approche plus coordonnée des soins est partout source de regroupement de professionnels autour de pratiques de médecine générale étendues comme les cabinets de groupe, les centres de santé et les polycliniques. [23]

Parallèlement les évaluations des économistes de la santé anglosaxons ont révolutionné la décision thérapeutique et la prescription dans les pays du Nord de l'Europe depuis une vingtaine d'années. Elles ont amené les médecins à évaluer le service médical rendu (SMR) et les conséquences financières de leurs décisions, révélant le décalage majeur entre les résultats de l'expertise et la pratique médicale courante. La définition de règles de bonne pratique (Référence Médicale Opposable) ou de populations cibles ont ainsi vu le jour. L'éthique déontologique et individuelle (fondée sur la règle et le devoir) habituelle dans les pays latins, où la décision médicale échappe à toute contrainte économique, se transforme dans le monde médical européen en une éthique téléologique et collective (fondée sur les résultats), où l'évaluation économique constitue un paramètre du processus de décision. La nouvelle rédaction du Code de Déontologie français traduit ce changement en imposant aux médecins de prendre en compte l'efficacité et le coût des soins dans leur décision. Enveloppe globale de dépense et maîtrise médicalisée des soins se révèlent complémentaires : la première, macroéconomique, permet de maîtriser la dépense globale, et la seconde garantit le bon usage microéconomique des fonds ainsi définis. Aucune ne peut suppléer l'autre. [17]

L'observation de ces systèmes étrangers faite par l'IRDES [22] révèle que simultanément aux missions spécifiques confiées aux professionnels de santé, des instances de recherche et de formation se sont développées. Ainsi, tant dans le cadre de la formation théorique que de l'exercice, les pratiques validées ont été mises en forme, diffusées et transmises.

Le tableau 5 (p.40) permet de comparer les différents types d'exercice ambulatoire.

	Taux moyen de regroupement des médecins généralistes	Cadre d'exercice dominant du groupe	Professionnels concernés	Nombre moyen de médecin par groupe	Mode de Rémunération des médecins
<b>Finlande</b>	Plus de 90%	Centre public de santé	Principalement pluriprofessionnel		Formules combinées capitation/salaire/actes
<b>Suède</b>	98%	Centre public de santé	Plurispécialisé et pluriprofessionnel		Formules combinées capitation/salaire/actes
<b>Pays-Bas</b>	57%	Cabinet privé	Monospécialisé	2	Formules combinées capitation/salaire/actes
<b>France</b>	39%	Cabinet privé	Monospécialisé	Environ 3	Acte
<b>Allemagne</b>	25 à 30%	Cabinet privé	Monospécialisé	Groupe de 2 médecins en majorité	Acte

*Tableau 5 : L'exercice de la médecine générale dans les différents pays étudiés*

*Source : rapport IRDES n° 1675*

## 2. Participation financière des patients

Selon Béatrice Majnoni d'Intignano [17], la participation financière des patients agit comme un instrument de régulation de la demande de soins, la responsabilisation financière du patient limitant l'effet de l'aléa moral. Elle est déterminée par la population couverte, le panier de soins inclus, et les mécanismes déterminés pour cette participation. Les paniers de soins des pays étudiés ici sont comparables mais comme nous l'avons vu, les rôles dévolus à l'Assurance Maladie et la part de financement privé sont assez différents.

Les deux pays ayant le plus utilisé la participation financière des patients pour responsabiliser au coût des soins, les Etats-Unis et la France, ne régulent pas bien leurs dépenses, tandis que les pays l'utilisant peu comme l'Allemagne, où l'accès aux médecins est gratuit, les régulent bien.

Il peut s'agir :

- d'un pourcentage restant à la charge du malade, ou ticket modérateur,

- d'un forfait fixe remboursé par médicament ou par consultation, les patients devant payer la différence entre ce montant et le prix réellement facturé, ou prix de référence,
- d'une franchise globale au-delà de laquelle le malade sera remboursé,
- d'une avance faite au médecin avant le remboursement, ou débours,
- d'un copaiement, où le patient paie un montant forfaitaire pour chaque bien ou service consommé, indépendamment du coût réel (par exemple 5 euros par consultation) .

Le reste à charge est influencé par la disposition des patients à payer et l'ampleur de l'automédication, déterminants difficiles à évaluer. Il est à noter qu'en Allemagne comme aux Pays-Bas, des déductions fiscales sont prévues en fonction du reste à charge supporté par les ménages.

« Chaque pays doit choisir des techniques de régulation compatibles entre elles, adaptées à sa culture médicale, à ses objectifs et à sa situation. Leur mise en œuvre exige de longs délais: au moins six années, dont deux pour concevoir et choisir les mécanismes, deux pour les mettre en place et voter les lois, et deux pour en percevoir les effets. Il importe pour leur réussite, que les incitations financières soient appropriées et respectées. » [17, 24]

Les tableaux 6 et 7 (p.41 et 42) donnent le détail de la participation financière des patients pour les pays étudiés. Le tableau 8 (p.42) précise les mécanismes de protection existants dans chaque système de soin examiné.

On note que le poids de la participation financière des patients est très comparable, mais la répartition entre les différents types de dépenses peut varier d'un pays à l'autre

	Dépenses totales De santé	Dépenses publiques De santé	Dépenses privées De santé	Versements Des ménages	Assurance privée	Autres privées
<b>Allemagne</b>	2855	2233	622	298	250	74
<b>Suède</b>	2757	2354	403	355	48	--
<b>France</b>	2743	2149	595	211	336	47
<b>Pays-Bas</b>	2673	1686	987	211	478	298

**Tableau 6 : Financement des dépenses de santé en euros par personne. 2003**

Source OCDE Eco Santé 2006.

	<b>Consultations généralistes</b>	<b>Médicaments remboursables</b>	<b>Franchise tous biens et services</b>
<b>Allemagne</b>	10€ par trimestre par praticien consulté même en cas de permanence des soins	TM 10% (minimum de 5€ et maximum de 10€) Prix de référence	Non
<b>France</b>	TM 30% + de 1 à 2,5€ par consultation	TM de 0 à 65% Prix de référence + 1€ par boîte	Non
<b>Pays-Bas</b>	0	Prix de référence	De 0 à 500€
<b>Suède</b>	Copaiement de 11 à 17€ en fonction des Comtés Plafond de 100€/an pour les consultations	Franchise 100€ puis TM jusqu'à 478€ de dépenses cumulées Plafond de 200€/an pour les médicaments	Non

**Tableau 7 : Les mécanismes de participation financière à la demande**

Source : [24]

Seuls les Pays-Bas n'ont pas institué de participation financière pour les soins médicaux délivrés en ville au-delà de la franchise annuelle choisie par le patient. Quatre-vingt douze pour cent des assurés ont opté pour un contrat sans franchise d'après une étude du Nivel Institute. [24]

	<b>Mécanisme(s) de protection ciblés</b>	<b>Mécanisme(s) de protection généraux</b>
<b>Allemagne</b>	En fonction de l'état de santé : maladies chroniques En fonction de l'âge Dispositif spécifique pour les femmes enceintes	Plafonds proportionnels au revenu : 2% du revenu annuel des ménages (population générale) Plafond annuel de dépenses pour les soins hospitaliers: 280€
<b>France</b>	En fonction de l'état de santé : maladies chroniques En fonction du statut : femmes enceintes, invalides, accidents du travail, etc	Néant
<b>Pays-Bas</b>	Néant	Plafond annuel de dépenses : entre 0€ et 500€, selon le contrat choisi par l'assuré
<b>Suède</b>	En fonction de l'âge Dispositif spécifique pour les femmes enceintes	Plafond annuel de dépenses : 522€

Source : [24]

**Tableau 8 : Les mécanismes de protection**



Il apparaît que le champ, les modalités de calcul et l'ampleur du reste à charge des ménages sont très variables d'un pays à l'autre, avec cependant de façon ubiquitaire des mécanismes de protection performants contre le risque financier que peut entraîner une politique de responsabilisation des ménages. Les systèmes de plafond impliquent un partage des risques totalement différent de celui prévalant en France : de facto il est impossible dans les autres pays étudiés de supporter un reste à charge « catastrophique » contrairement à la France où un tel risque, certes très faible, existe. [17]

Cette analyse datant cependant de situations observables entre 2005 et 2006, il est possible qu'une comparaison plus actuelle verrait ses conclusions modifiées.

### 3. Soins et travail

Les rhinopharyngites constituent une pathologie bénigne certes, mais source d'inconfort dans les activités quotidiennes, y compris au travail. Il en résulte des consultations pour des demandes d'arrêt de travail et un absentéisme en France. Nous n'avons pas trouvé de données sur le nombre d'arrêts imputables aux IRH, mais la comparaison des systèmes en termes de modalités d'arrêt de travail nous a semblé pertinente.

Une comparaison internationale a été faite en 2002 à partir des données de la base DICE (Database of Institutional Comparison in Europe) [25]. Il faudra toutefois garder à l'esprit les facteurs rendant la comparaison difficile :

1. Les statistiques publiques ne contiennent que les arrêts maladie des employés couverts par le système de santé public. Les professions libérales ou les employés couverts par une assurance de santé privée ne sont pas inclus. S'il y a une différence d'arrêt entre les assurés privés ou publics, on ne peut ramener ces chiffres à la totalité de la population avec exactitude.

2. Cependant les statistiques officielles sont minorées, en ce sens qu'elles ne contiennent que les cas d'incapacité pour maladie certifiés par un médecin. Dans certains pays, les certificats médicaux ne sont exigés qu'après quelques jours d'absence. Le nombre d'arrêts pour maladie non comptabilisés pour cette raison peut être considérable. L'exemple en est l'Allemagne, où un arrêt maladie doit être présenté après le quatrième jour d'absence. Environ 30% des cas

d'absence dure moins de trois jours, ce qui correspond à un chiffre de 8% parmi les arrêts maladie enregistrés.

3. Le délai d'accès aux soins joue un rôle probablement non négligeable dans les chiffres déclarés, dépendant de l'organisation des soins primaires dans chaque pays.

4. Les modalités de paiement lors d'arrêt maladie sont également un facteur déterminant et ne peuvent être directement comparées d'un système à l'autre, en raison de grandes disparités, particulièrement du premier au troisième jour de maladie. Les données présentées ci-après ont été simplifiées dans une optique de compréhension, donnant lieu à une classification en trois groupes pour la rémunération des premiers jours d'arrêt maladie : peu généreux, moyennement généreux, très généreux. On observe alors qu'il y a davantage d'arrêts maladie dans les systèmes dont le paiement est plus généreux, mais peu de différence dans les pays étudiés ici (tableau 9, p.44 )

5. Les personnes cumulant plusieurs emplois ou les travailleurs non déclarés peuvent aussi être source de mauvaise interprétation de ces données.

6. Les conditions et la satisfaction au travail jouent un rôle dans la durée des arrêts maladie.

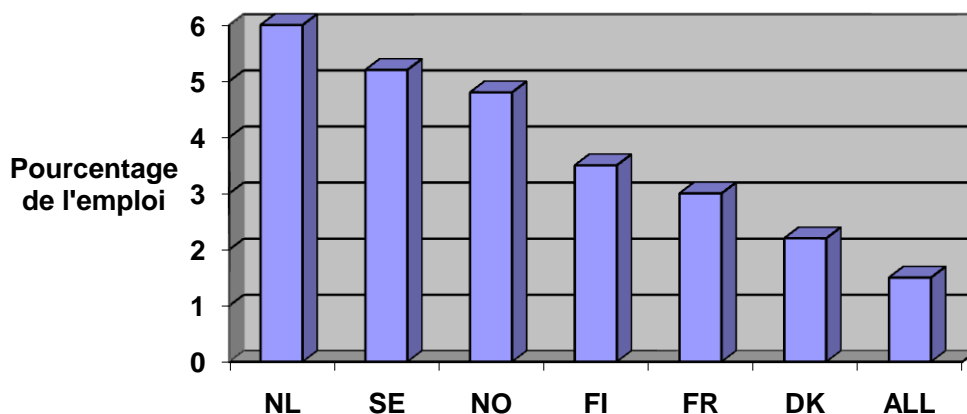
	Au 1 <sup>er</sup> jour	Au 2 <sup>nd</sup> jour	Au 3 <sup>e</sup> jour	Au 10 <sup>e</sup> jour	Générosité du système en cas d'arrêt maladie
<b>Finlande</b>	70	70	70	70	moyenne
<b>Allemagne(2001)</b>	100	100	100	100	élevée
<b>Pays-Bas</b>	70	70	70	70	moyenne
<b>Suède</b>	0	80	80	80	moyenne
<b>Norvège</b>	100	100	100	100	élevée

**Tableau 9 : Rémunération en pourcentage du salaire habituel en cas d'arrêt maladie, 2000**

*Source: Social Security Programs Throughout the World of the US Government; Database MISSOC of the European Commission; Ifo Country Data Research; Re-calculation of the data, presentation and valuation; Ifo Institute for Economic Research, Munich.*

Le Fond Monétaire International a publié en 2007 un rapport [26] montrant que les pays ayant le taux d'absence le plus élevé sont les Pays-Bas, la Suède et la Norvège (figure 12, p.45).

Les systèmes d'assurance maladie les plus généreux se trouvent dans les pays nordiques et en Allemagne d'après cette étude. Tous les pays étudiés ici ont un temps de travail hebdomadaire comparable.



*Figure 12 : Absentéisme pour maladie, 1995-2003*

*Source : Eurostat*

Plus précisément, selon l'étude du FMI [26]

Au Danemark : le financement des arrêts maladie est fourni par une taxe de la population active basée. L'employeur paie l'employé sous condition d'une déclaration écrite de maladie par l'employé à compter du 2<sup>e</sup> jour, et d'un certificat médical après le 4<sup>e</sup> jour de maladie. Les autorités locales participent aux indemnités après obtention d'un certificat médical délivré par la municipalité au plus tard une semaine après le premier jour de maladie. Il n'y a pas de délai de carence. Ces indemnités sont soumises à une condition d'ancienneté.

En Finlande : le financement est assuré par le système d'assurance maladie universel. L'incapacité de travail doit être certifiée par un médecin à partir du 9<sup>e</sup> jour de maladie. L'employeur paie le salaire habituel les 9 premiers jours si l'emploi date de plus d'un mois, 50% si l'employé travaille depuis moins d'un mois.

En France : le financement est assuré par le système d'assurance maladie. L'incapacité de travail et sa durée prévisible doivent être certifiée par un médecin dès le premier jour de maladie. L'indemnisation par la Sécurité Sociale prend effet après un délai de carence de 3 jours. L'indemnisation complémentaire par l'employeur en cas de maladie ordinaire débute à partir du

8<sup>e</sup> jour, sous condition de plus d'un an d'ancienneté dans l'entreprise. Le salarié reçoit 90% de la rémunération habituelle brute, y compris les indemnités journalières de Sécurité Sociale [27].

En Allemagne : des contributions salariales permettent le financement par le système d'assurance maladie. L'employeur assure la continuité de la rémunération salariale pendant 6 semaines. L'incapacité de travail doit être certifiée par un médecin à partir du 4<sup>e</sup> jour de maladie. Il n'y a pas de délai de carence ni de condition d'ancienneté dans l'entreprise concernant l'indemnisation. Celle-ci représente 70 à 90% du salaire habituel.

Aux Pays-Bas : la continuité de la rémunération est assurée par l'employeur pendant les deux premières années de maladie. Lorsqu'il se déclare malade, l'employé doit rester à son domicile jusqu'à la visite de l'inspecteur du travail, prévenir l'institution du travail dans les 24 heures, « faciliter la guérison » et prendre rendez-vous avec le bureau médical de l'inspection du travail. Il n'y a pas de délai de carence ni de condition d'ancienneté dans l'entreprise. L'indemnité s'élève à 70% de la rémunération habituelle pendant 52 semaines.

En Norvège : la continuité de la rémunération est assurée par l'employeur pendant les 16 premiers jours ouvrables d'arrêt maladie. L'incapacité de travail doit être certifiée par un médecin. Les employés ont le droit de notifier à leur employeur un arrêt maladie de moins de 3 jours consécutifs. En cas de fréquence importante, des restrictions existent. Il n'y a pas de délai de carence, et les conditions d'ancienneté sont en général de 4 semaines au sein de l'entreprise. L'indemnité se monte à 100% du salaire habituel dès le premier jour.

En Suède : la continuité de la rémunération est assurée par l'employeur. Un certificat médical d'incapacité de travail doit être fourni à partir du 8<sup>e</sup> jour de maladie, mais l'employeur et l'assurance maladie doivent être informés de l'absence de l'employé dès le premier jour de maladie. Il n'y a pas de condition d'ancienneté pour les indemnités. Le délai de carence est d'une journée, puis l'employeur indemnise le salarié pendant les 14 premiers jours à hauteur de 80% du salaire habituel. A partir du 15<sup>e</sup> jour, c'est l'assurance maladie qui indemnise les employés en arrêt maladie, d'un montant de 80% du salaire.

#### 4. La consommation de soins

Comme nous l'avons vu précédemment, elle peut être influencée par le système d'assurance maladie et l'organisation des soins primaires. Cependant, contrairement aux spécialistes, il est à noter qu'aucune relation de demande induite par l'offre n'apparaît pour les actes de généralistes. [17]

La consommation de soins peut être également modélisée selon une théorie de consommation, comme l'a fait Michael Grossman [17]. Ceci peut être particulièrement intéressant dans la perspective des pathologies bénignes inconfortables de guérison spontanée. Cette théorie intègre la santé dans un modèle de consommation et de capital humain. La fonction d'utilité individuelle est liée au cycle de vie. Elle comprend un stock initial de santé, se dépréciant avec le temps selon un taux de dépréciation lié à l'âge et qui s'accélère vers la mort, mais pouvant être ralenti par l'attitude à l'égard des risques et la consommation de soins. Tout individu produit à la fois de la santé et des biens et services finaux sous une contrainte de temps : temps de travail + de production de santé + de production d'autres biens + temps perdu par la maladie. Le temps perdu est inversement proportionnel au stock de santé. Dès lors se dégagent deux modèles :

a. Un modèle d'investissement pur. La santé est recherchée pour son effet favorable sur le temps de travail et le revenu. La demande de soins devient une demande intermédiaire dérivée de la demande finale de bonne santé. On consomme des soins pour produire de la santé et on optimise son revenu et sa consommation au cours du cycle de vie. La santé devient ici un bien durable, endogène au processus de production. Ce modèle correspond à une population d'âge actif tournée vers le futur et investissant dans son capital humain global, pour qui éducation et santé sont complémentaires.

b. Un modèle de consommation pure. La bonne santé améliore alors l'utilité tirée des autres consommations et de la qualité de la vie. Demande de soins et de santé sont interdépendantes. Quand on avance en âge, il faut consacrer de plus en plus de temps et d'argent à ralentir la détérioration du capital santé. Ce modèle s'applique aux groupes retraité ou exclu, à forte préférence pour le présent.

On dégage ainsi deux groupes dans nos sociétés dites « modernes » d’après le modèle de Grossman (tableau 10 p.48)

<p>Groupe intégré au processus économique</p> <p>Personnes qualifiées dont le revenu dépend du capital humain et/ou des femmes qui gèrent les risques professionnels et ceux liés à la procréation</p>	<p>Groupe exclu</p> <p>Travailleurs peu qualifiés ou inactifs, en risque de chômage ou de précarité, hors d’une famille structurée, exprimant leur masculinité par la violence</p>
<p>Gère son capital santé, vision à long terme du cycle de vie</p> <p>Aversion au risque</p> <p>Stratégie volontaire positive</p> <p>Accepte de payer</p> <p>Consumérisme, sélectionne ses soins selon son âge et son activité professionnelle</p> <p>Demande raisonnée</p>	<p>Indifférence, passivité à l’égard de la santé</p> <p>Amateur de risque</p> <p>Subit les tentations</p> <p>Demande une médecine gratuite ou d’urgence</p> <p>Maternités précoces</p>

**Tableau 10 :** Deux grands types de comportement vis-à-vis du capital santé

On voit ici que les mécanismes de protection et de régulation d’accès aux soins ont toute leur importance, y compris pour les pathologies bénignes.

Un effet génération est également à prendre en compte. Les générations nées tard par rapport à l’histoire des systèmes de santé, consomment plus parce que mieux couvertes par l’assurance maladie. Elles sont habituées à tirer parti de l’offre généreuse du système de soins et à y accéder sans entraves. Au fur et à mesure du remplacement des générations, cet effet alourdit la dépense. Cet effet concerne surtout les médecins de ville et les médicaments. Il expliquerait la moitié du taux de croissance des dépenses de médicament. [17]

## 5. Automédication

De par leur bénignité et leur évolution spontanée vers la guérison, les IRH sont une bonne indication d'automédication dite de confort.

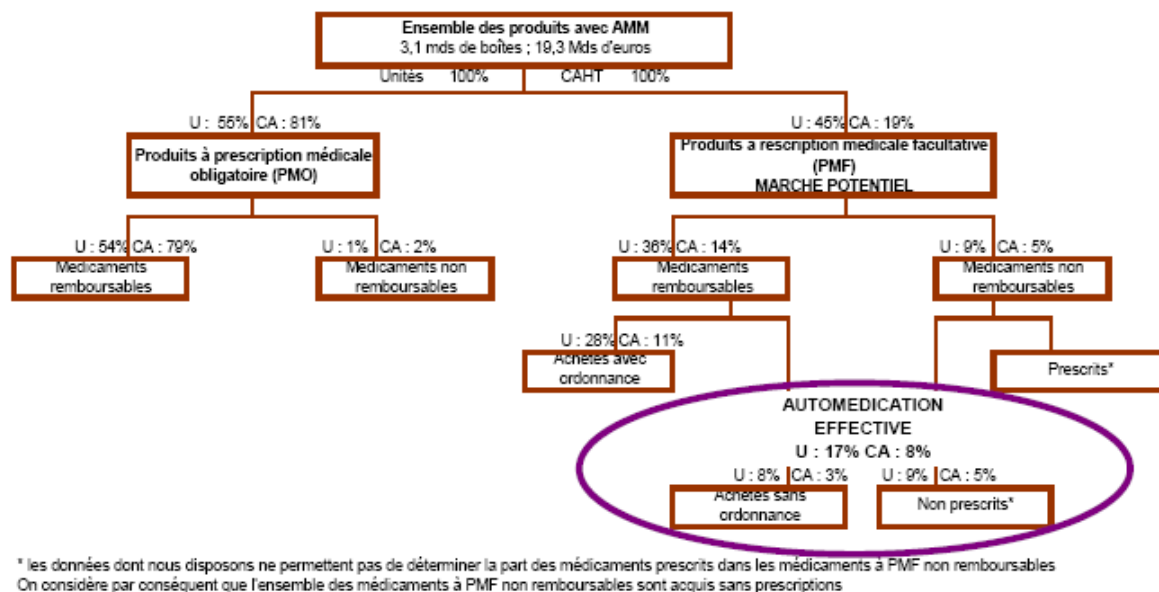
La situation de l'automédication en France a fait l'objet d'une évaluation à la demande du Ministère de la Santé en 2006 [28]. Les groupes de travail réunis à cette occasion ont caractérisé : « l'automédication comme un comportement et non comme une catégorie de produits. Ainsi est définie comme automédication, le fait pour un patient d'avoir recours à un ou plusieurs médicaments de prescription médicale facultative (PMF) dispensé(s) dans une pharmacie et non effectivement prescrit(s) par un médecin. »

On exclue de ce champ le mésusage des produits de prescription obligatoire.

« D'après la réglementation européenne en vigueur, (...), les produits à PMF sont des produits dont la toxicité est modérée, y compris en cas de surdosage et d'emploi prolongé, et dont l'emploi ne nécessite pas a priori un avis médical. » (...)

« Il n'y a pas de définition spécifique des spécialités de PMF : elles représentent, par défaut, toutes les spécialités ne présentant pas les critères d'inscription sur une des listes susmentionnées.

Le marché de l'automédication en France se distingue de celui des pays voisins européens par sa faible importance, en valeur comme en volume, et par sa faible dynamique. Les médicaments à PMF non remboursables délivrés sans ordonnance représentent 8% du marché pharmaceutique en valeur. En France, l'immense majorité des produits de PMF est remboursable (75% en valeur), alors que de nombreux pays assimilent totalement ou largement PMF et médicaments non remboursables. » (figure 13 p.50)



**Figure 13: Poids des PMF dans le marché total en France**

Entre 2000 et 2005, le marché pharmaceutique total a évolué de 5,9% par an en valeur et de 0,7% par an en volume. Sur la même période, le marché des médicaments de PMF a stagné tant en valeur qu'en volume. La part des PMF est ainsi en recul constant, en raison d'un accroissement des ventes de médicaments remboursés au sein des PMF et d'une régression de l'automédication.

« Au total, alors que les dépenses de médicaments en France sont parmi les plus élevées de l'OCDE, celles-ci concernent peu les produits d'automédication et relativement moins que dans les autres pays d'Europe (27 euros par personne et par an à comparer à 60 euros en Allemagne).

(...) en Allemagne et aux Pays-Bas, le remboursement des PMF constitue une dérogation à la règle. (...) Dans la plupart des pays, le réseau de distribution est limité au circuit officinal. Toutefois aux Pays-Bas les « drogueries » (drugstores) sont également habilitées à vendre des PMF.

Compte tenu des divergences en matière de réglementation, la part des médicaments de PMF dans le marché total varie fortement d'un pays à l'autre.

Dans les pays où l'automédication est développée, l'organisation de l'assurance maladie obligatoire incite souvent à l'achat direct de médicaments (forfait par boîte, quotas de prescription...). En outre, le succès de l'automédication relève d'habitudes de consommation



médicale : dans les pays anglo-saxons, l'accent est mis sur la responsabilisation du patient, considéré comme apte à se traiter pour des pathologies mineures.

En France, au contraire, la consultation d'un praticien pour des pathologies bénignes est plus systématique, d'autant qu'elle ouvre droit au remboursement des médicaments prescrits. Les éclairages internationaux suggèrent qu'une implication croissante des médecins dans l'éducation des patients, qu'une meilleure communication sur le sujet, valorisant notamment le rôle de conseil des pharmaciens, sont des facteurs favorables à l'automédication. La possibilité d'acquérir les médicaments de PMF en libre service augmente également les ventes. »

Malgré ces chiffres relatant une consommation marginale, 80% des adultes déclarent avoir utilisé des médicaments sans avoir recours à une consultation chez le médecin d'après une enquête Afipa-Sofres 2001 [28].

Les explications de ce décalage sont de plusieurs natures :

⇒ Il existe plusieurs catégories administratives de produits disponibles sans ordonnance. Certains sont remboursables dès lors qu'ils sont prescrits, d'autres ne le sont pas qu'ils soient prescrits ou non. Il en résulte trois types de comportement : un recours systématique à la consultation médicale en vue d'obtenir le remboursement, la prescription par anticipation (le médecin devant alors assortir cette prescription d'informations et de mises en garde, éduquant ainsi le patient à une auto gestion de sa pathologie) et la prescription rectificative ex-post, après achat en pharmacie.

⇒ L'image des produits non remboursables est péjorative comparée aux médicaments remboursables. La prescription est assimilée à l'efficacité d'une part, ce qui est renforcé par un déficit d'innovation pharmaceutique dans le champ de l'automédication. Selon une enquête CSA-TMO réalisée pour le compte de la DGS en 2002, un tiers des personnes perçoit le médicament d'automédication comme moins efficace et plus cher. Le remboursement est assimilé à l'efficacité d'autre part, puisque l'assurance maladie dérembourse des médicaments en raison d'un service médical rendu jugé insuffisant pour bénéficier d'une prise en charge.

⇒ Un déficit de communication à l'intention des médecins et des pharmaciens, préalable aux déremboursements.

« L'aspiration des patients à s'impliquer dans leur santé, à adopter un comportement responsable et autonome ne peut, dès lors, pleinement s'exprimer et se traduire dans des chiffres de vente. Selon une enquête récente de la Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques (DREES), publiée en septembre 2006, environ la moitié des patients

interrogés sont néanmoins prêts à accepter l'idée que certains médicaments ne soient pas remboursés pour des pathologies sans gravité.

L'automédication est un des éléments importants, au même titre que l'apprentissage de la prévention primaire, de la responsabilisation du citoyen sur ses problèmes de santé. Elle participe à la maturation du patient, nécessaire à la qualité des soins.

L'automédication est également un élément important d'une politique économique responsable du médicament. La solvabilisation collective des soins n'est pas complète (75% en moyenne). Dans ce cadre, l'automédication peut s'inscrire dans le mouvement de « respiration du système de santé » évoqué par Jean Marmot avec « inspiration » de soins nouveaux, souvent coûteux, et « expiration de soins mineurs et banalisés ».

Dans la classe des antipyrétiques, le marché global français représente 391,2 millions d'euros de chiffre annuel. Celui-ci n'est réalisé qu'à 14% sur la partie non remboursable et à plus de 83% sur les produits remboursés à 65%. (...)

Ainsi, la cohabitation dans la même classe de produits remboursables et de produits non remboursables constitue un obstacle à la lisibilité du marché pour le patient et nuit globalement au marché du non remboursable. »

Enfin on notera que les médicaments d'automédication sont dits à « prix libres », ce qui s'accompagne d'une concurrence et d'une véritable stratégie commerciale qui bénéficie aux patients. La TVA s'appliquant à ces produits a elle aussi deux poids et deux mesures : le taux est de 5,5% pour les médicaments non remboursables, et de 2,1% pour les médicaments remboursables.

En 2009, un état des lieux de l' « Automédication » en Europe a été réalisé par le Dr Cornély, pharmacien et secrétaire général de l'Union Européenne des Pharmacies Sociales [29]. Il souligne lui aussi une situation relative aux Médicaments non soumis à Prescription (MnsP) très disparate selon les Etats membres de l'UE, malgré la tentative de convergence proposée par la classification du code communautaire sur les médicaments. De plus, il est possible de déroger à l'application des conditions permettant de classer un médicament à prescription médicale obligatoire, en jouant sur certains paramètres. Par exemple, en changeant le dosage, la forme pharmaceutique ou encore le conditionnement, les autorités compétentes des Etats membres peuvent autoriser un changement de statut légal de prescription et de dispensation (switch), avec le passage d'un médicament soumis à prescription (MsP) au statut de MnsP.

Dans l'UE, le contraste était flagrant entre les Pays du Nord (Pays-Bas, Allemagne, Pays Scandinaves) qui représentent le modèle dit « anglo-saxon », et les pays latins au Sud, comme la France. Le modèle anglo-saxon, plus libéral, autorise la vente de MnsP dans les drugstores aux Pays-Bas, sans condition de présence de professionnel de santé. Mais des ruptures culturelles sont en cours. L'exemple en est la France, où depuis juillet 2008, la vente de plus de 200 médicaments, avec pour certains une balance bénéfice-risque défavorable, a été autorisée. Cette promotion de l'automédication s'inscrit dans un objectif économique, parallèlement à une « médication » croissante de l'existence.

Ses caractéristiques sont : une publicité auprès du public autorisée, une protection supplémentaire des données en cas de changement de statut (switch), et une opportunité de recycler des médicaments anciens ou déremboursés et d'en relancer ainsi les ventes. Or le consommateur peut difficilement juger lui-même de l'efficacité et des risques associés à ces médicaments, il y a une asymétrie d'information.

La Haute Autorité de Santé a initié une réflexion en décembre 2008, regroupant des patients et des professionnels de santé, afin de permettre aux usagers une autonomie raisonnable pour résoudre les questions de santé rencontrées. Le rôle des pharmaciens et des médecins est primordial pour guider et éduquer les patients face aux possibilités qui s'offrent à eux. Le projet d'une ligne téléphonique nationale unique, différente du Samu, et prodiguant des conseils est également en cours d'évaluation.

Par ailleurs, une étude s'est plus particulièrement intéressée au mésusage des antibiotiques en Europe [30]. Malheureusement la France n'est pas incluse dans cette comparaison internationale. Elle portait sur l'usage d'antibiotiques sans prescription, qu'il s'agisse de « reste » de traitement antérieurement prescrit, ou de traitement obtenu par l'intermédiaire de proches. Cet usage inapproprié favorise l'émergence de résistances bactériennes en raison de posologies très souvent incorrectes, et d'utilisation non justifiée médicalement. A noter que dans les pays étudiés ici, les antibiotiques ne sont délivrés que sur prescription médicale.

La prévalence la plus basse se situait aux Pays Bas et en Suède. Les raisons les plus fréquentes d'automédication par antibiotique étaient des douleurs de gorge, des douleurs dentaires et des bronchites. Les intentions d'automédication ultérieure par antibiotique étaient plus importantes que l'usage déclaré durant les 12 mois d'étude, ce qui souligne le risque de la disponibilité de tels traitements au domicile. Dans la majorité des cas, ces antibiotiques avaient pour origine une prescription antérieure, que ce soit en raison d'une mauvaise compliance au

traitement, ou d'une délivrance excédentaire par rapport à la prescription médicale, due au conditionnement des médicaments.

#### **D. Les données culturelles**

Une étude hollandaise s'est intéressée à la relation entre les cultures et la communication médecin-malade dans 10 pays européens, dont l'Allemagne, les Pays-Bas et la Suède [31].

Pour pouvoir appréhender cette relation, il convient de préciser que les nations diffèrent entre elles de par leurs normes, valeurs et comportements face à un même problème. Les différences entre les systèmes de santé des sociétés ne peuvent donc pas être étudiées isolément de leurs aspects culturels et sociaux. La culture se réfère en effet à la connaissance qu'un être humain a d'un comportement adéquat dans une situation donnée.

Afin de comparer les dimensions culturelles, un modèle a été mis au point par G. Hofstede. Il fournit une trame générale pour l'analyse de la complexité des cultures nationales. Les principales interactions et dimensions culturelles sont modélisées en variables aisément comparables, reflétant quatre sujets basiques: les inégalités sociales, aborder l'imprévisible, les relations entre l'individu et le groupe, et le rôle des émotions entre les sexes.

On gardera à l'esprit que ces variables décrivent des tendances de chaque société et ne doivent pas être interprétées à un niveau individuel.

Le Power Distance Index (PDI) est le reflet de la communication entre personnes de différents statuts hiérarchiques, ou la façon dont les individus ayant le moins de responsabilités dans les organisations et institutions acceptent l'inégalité de distribution du pouvoir. Un score de PDI bas indique une préférence pour la délibération et une dépendance mutuelle entre les individus, leur chef et l'autorité.

L'Uncertainty Avoidance Index (UAI) modélise la tolérance d'une société pour l'incertitude et l'ambiguïté. Un score élevé indique que les individus ne sont pas à l'aise dans les situations nouvelles, inconnues, imprévisibles.

L'Individualism (IDV, opposé à collectivism) se réfère à la prévalence de l'intérêt individuel sur celui du groupe. Cette variable décrit le degré selon lequel les individus sont

intégrés au groupe. Un score élevé indique une préférence de l'individualisme sur le collectivisme.

L'indice Masculinity (MAS, opposé à feminity) indique la distribution des rôles entre les genres dans une société. Les valeurs masculines sont l'assurance, la compétitivité, la recherche du succès matériel, tandis que les valeurs féminines sont la modestie, la tendresse et la recherche de la qualité de vie. Un score élevé indique affirmation et compétitivité. [28]

Ces données pour les pays étudiés sont rapportées dans le tableau 11 p.55

	PDI	UAI	DV	MAS	PIB par pers en dollars
<b>France</b>	62	80	5	38	27500
<b>Allemagne</b>	30	60	2	61	27600
<b>Pays-Bas</b>	33	49	6	10	28600
<b>Suède</b>	27	24	8	2	26800
<b>Finlande</b>	28	53	8	20	27300
<b>Norvège</b>	25	45	2	4	37700
<b>Danemark</b>	12	18	9	10	31200

*Tableau 11: Scores pour les pays étudiés en 2003:*

*Source [32]*

Selon les résultats de cette étude [31]:

1) le PDI est corrélé à des rôles ancrés pour les médecins comme pour les patients. Ainsi lorsque le PDI est élevé, les patients obtiennent plus facilement ce qu'ils attendent et les consultations sont plus courtes que dans les pays à PDI bas (pays scandinaves notamment).

2) un score élevé d'UAI se traduit par une moindre attention portée à la construction de la relation médecin-patient.

3) il existe une corrélation entre individualisme et richesse individuelle. Dans les sociétés dites « modernes », la prise en charge médicale des données psychosociales est plus prononcée.

4) étonnamment, une tendance féminine indique une communication médicale davantage centrée sur la maladie et le traitement, tandis que dans les sociétés à tendance masculine, la communication est centrée sur le patient, ses affects, et les médecins semblent plus satisfaits de

leur travail. Une des explications évoquées concernait l'évolution dans le partage des tâches, les protocoles de soins et l'importance donnée aux preuves dans les données scientifiques depuis une dizaine d'années, focalisant la relation sur les aspects biomédicaux, au détriment des aspects psychosociaux.

Les auteurs concluent en se référant à l'étude Eurocommunication [33], selon laquelle les caractéristiques et orientations des systèmes de santé publique influencent moins la relation médecin-malade que les normes culturelles, croyances et attitudes face à la santé.

Une autre étude a évalué le rôle de ces différences sociétales dans l'utilisation des antibiotiques en Europe [34]. Elle a établi que PDI et UAI étaient associées aux prescriptions antibiotiques, suggérant que l'attitude des individus vis-à-vis de l'autorité explique en partie les différences d'utilisation d'antibiotiques des pays européens.

L'hypothèse est que dans les pays à PDI bas, l'utilisation et le sens des antibiotiques doit être délibéré en consultation et entre les différents intervenants de la prise en charge des soins, contrairement à ceux à PDI élevé dans lesquels on considère que le médecin détient savoir et pouvoir, avec une autonomie de prescription individuelle plus importante.

Ainsi aux Pays-Bas, où le score de PDI est bas, et les taux de prescriptions antibiotiques parmi les plus faibles d'Europe, les médecins généralistes et les pharmaciens d'une même zone géographique se retrouvent régulièrement pour échanger sur les thérapeutiques. Cette politique a permis de développer un usage plus rationnel des antibiotiques, mais également d'autres thérapeutiques.

Concernant l'UAI, un score élevé est prédictif de prescriptions antibiotiques « rituelles » pour réduire l'incertitude de l'évolution de l'infection. En effet, dans ces sociétés, il est probable que les patients aient du mal à accepter le discours médical selon lequel le médecin, à l'issue de l'examen médical, n'est pas certain d'une infection bactérienne ou virale, et que l'évolution apportera la certitude de l'étiologie infectieuse.

Les prescriptions antibiotiques ont une forte connotation symbolique de pouvoir et d'expertise. Dans les cultures à UAI élevé, il est probable que les médecins ressentent la nécessité de faire quelque chose pour soulager leur patient et remplir leur rôle d'expert qui a une solution. Ils sont alors plus susceptibles d'initier une antibiothérapie immédiatement, de préférence avec les antibiotiques les plus récents, aux spectres les plus larges possibles. Ainsi les patients, au lieu de revenir chez eux avec le message selon lequel « le médecin ne sait pas », acceptent le risque de prendre un traitement qu'ils connaissent déjà. La maladie a une cause

claire, et est sous contrôle. Cette attitude d'évitement du moindre risque conduit malheureusement à une consommation élevée et inutile d'antibiotiques.

## **E. La prise en charge des infections respiratoires hautes : de la théorie à la réalité**

Comme nous l'avons vu, les IRH sont des infections fréquentes en médecine générale, et sources de prescriptions antibiotiques. Outre les réformes tendant à réguler les dépenses de santé, les autorités publiques peuvent influencer ces prescriptions par les recommandations de bonnes pratiques professionnelles et les campagnes d'information du public.

### 1. Etat des recommandations nationales

#### a) En France

Elles ont été établies en 2005 par l'Afssaps sur la base des données nationales et internationales établies sur les IRH depuis janvier 2000, suivant la méthodologie de la médecine fondée sur les preuves [35]. Les précédentes recommandations pour les IRH dataient de 1994.

- 1) Au sujet des *rhinopharyngites*, seul un traitement symptomatique est recommandé, reposant sur :
  - des antipyrétiques et antalgiques,
  - des vasoconstricteurs associés à des anti-histaminiques par voie générale à partir de l'âge de 12 ans,
  - des lavages des fosses nasales avec des solutés iso- ou hypertonique,
  - des vasoconstricteurs locaux à partir de l'âge de 12 ans également.

Les AINS, corticoïdes, antibiotiques locaux ne sont pas recommandés. Les traitements antibiotiques par voie générale ne sont pas efficaces pour prévenir les complications et ne sont pas justifiés.

Un chapitre précise les modalités d'éducation des patients. Le médecin se doit d'expliquer la nature bénigne et l'évolution habituelle de la pathologie, de la durée moyenne des symptômes et de la survenue possible de complications. Le caractère purulent des sécrétions et l'existence

d'une fièvre ne sont pas des facteurs de risque de complications. Une consultation médicale doit être réalisée si :

- une fièvre persiste au-delà de 3 jours, ou apparaît postérieurement à ce délai
- les symptômes tels que toux, rhinorrhée, obstruction nasale persistent sans tendance à l'amélioration au-delà de 10 jours
- un œdème des paupières ou une conjonctivite purulente apparaît
- une gêne respiratoire apparaît.

## 2) Au sujet des *angines* :

« C'est en raison des risques possibles des angines à SGA, notamment de RAA, et du fait des difficultés du diagnostic de leur origine streptococcique en pratique courante, qu'historiquement en France toutes les angines étaient traitées par antibiotique. Cette attitude conduisait à traiter inutilement un très grand nombre d'angines, alors que l'intérêt des antibiotiques n'est pas prouvé dans le traitement des angines non streptococciques, en dehors des très exceptionnelles infections à *Corynebacterium diphtheriae*, *Neisseria gonorrhoeae* et à bactéries anaérobies. [...]

Dans ce contexte, la prise en charge des angines érythémateuses ou érythémato-pultacées a été modifiée pour ne traiter que celles qui doivent l'être. Le traitement antibiotique des seules angines à SGA documentées est recommandé. L'utilisation d'outils diagnostics (TDR) permettant au praticien de sélectionner les patients atteints d'angine à SGA est indispensable. »

Les angines à SGA peuvent donner lieu à des complications septiques loco-régionales et à des syndromes post-streptococciques. Il convient donc de les identifier. Les tests de diagnostic rapide (TDR) le permettent, tout en étant simples de réalisation, sensibles et spécifiques. Chez l'adulte, un score de Mac Isaac inférieur à 2 (probabilité d'une infection à SGA inférieure à 5%) permet de décider de ne pas faire le TDR et de ne pas prescrire d'antibiotique. Un score supérieur ou égal à 2 entraîne la réalisation systématique d'un TDR. Score clinique de Mac Isaac, chaque item valant 1 point :

- fièvre > 38°C
- présence d'exsudat
- présence d'adénopathies cervicales douloureuses
- absence de toux.



A nouveau l'éducation nécessaire des patients est soulignée : « une sensibilisation et une éducation des patients sont indispensables pour faciliter l'adhésion à la nouvelle façon de traiter les angines. Elles doivent insister :

- sur l'intérêt de limiter l'indication au traitement des angines à SGA qui sont identifiées par les tests diagnostiques, au cours de la consultation ;
- sur la nécessité d'une bonne observance faisant privilégier les traitements de courte durée. »

Le traitement recommandé est l'amoxicilline pendant 6 jours, en cas d'allergie aux pénicillines sans contre-indications aux céphalosporines : céfuroxime-axétil 4 jours, cefpodoxime-proxétil 5 jours, ou céfotiam-hexétil 5 jours. En cas de contre-indication aux bêta-lactamines, macrolides ou kétolides 5 jours après réalisation d'un prélèvement bactériologique pour vérifier la sensibilité des SGA, ou encore pristinamycine au moins 8 jours.

« Il n'est pas recommandé de donner « à l'avance » au patient une prescription antibiotique dans la mesure où la preuve diagnostique est apportée en consultation par le TDR.

La persistance des symptômes après 3 jours doit conduire à faire réexaminer le patient. »

« Des traitements symptomatiques visant à améliorer le confort, notamment antalgiques et antipyrétiques sont recommandés. Il n'y a pas de données permettant d'établir l'intérêt ni des AINS à dose anti-inflammatoire ni des corticoïdes par voie générale dans le traitement des angines à SGA. Les corticoïdes peuvent parfois être indiqués dans certaines formes sévères d'angines à EBV. Il n'existe pas de place pour les bithérapies associant paracétamol plus AINS. »

- 3) Au sujet des *sinusites aiguës*, il est rappelé que la difficulté diagnostique varie selon la localisation de la sinusite. Le diagnostic de sinusite aiguë maxillaire purulente est souvent porté par excès devant une rhinosinusite aiguë virale congestive contemporaine d'une rhinopharyngite, le plus souvent spontanément résolutive.

L'antibiothérapie est indiquée sans réserve en cas de :

- sinusite frontale
- sinusite ethmoïdale
- sinusite sphénoïdale

- et pour les sinusites maxillaires en cas d'échec d'un traitement symptomatique initial bien conduit d'au moins 48h, en cas de complication ou de sinusite unilatérale associée à une infection dentaire homolatérale de l'arc dentaire nécessitant des soins stomatologiques associés.

Elle n'est pas indiquée d'emblée lorsque les symptômes rhinologiques surviennent dans un contexte épidémique et restent :

- diffus,
- bilatéraux,
- d'intensité modérée
- dominés par une congestion avec rhinorrhée séreuse ou puriforme banale.

Les antalgiques, en association avec des vasoconstricteurs locaux (durée maximale: 5 jours) et lavages de nez peuvent être proposés. Les corticoïdes par voie orale peuvent être utiles en cure courte (durée maximale : 7 jours), en traitement adjuvant à une antibiothérapie efficace dans les sinusites aiguës hyperalgiques. Dans cette pathologie, l'utilité des anti-inflammatoires non stéroïdiens à doses anti-inflammatoires n'est pas démontrée.

- 4) Une *fiche destinée aux patients* a été établie par l'Afssaps en juin 2008, au sujet de l'automédication dans les rhinopharyngites [36]. Il est précisé qu'il s'agit d'une infection bénigne très fréquente, guérissant spontanément en 7 à 10 jours sans traitement. Les symptômes devant faire consulter un médecin sont précisés, de même que les règles d'hygiène pouvant limiter la contagion. Viennent ensuite les conseils concernant les médicaments à PMF, remboursables ou non, désignés par leur Dénomination Commerciale Internationale (DCI), et ce qu'il faut en attendre.

Malheureusement cette fiche ne semble pas diffusée.

#### b) Les autres pays étudiés

Nous n'avons pas pu accéder aux textes originaux des recommandations, en raison de la barrière linguistique. Cependant, il ressort des différentes parutions étudiées que les pays scandinaves ont des habitudes de prescriptions plus « conservatrices » quant au type d'antibiotique recommandé :

Pays-Bas	1993	Sinusites	ATB après 5j de traitement symptomatique si au moins 3 des 6 critères suivants sont remplis : rhinopharyngite dans les mois précédents, rhinorrhée purulente, douleur maxillaire, douleur à l'antéflexion, douleur dentaire, atteinte sévère
	1999	Angines	ATB si symptômes datant de moins de 14 jours, et exsudat amygdalien, fièvre, odynophagie ou oropharynx inflammatoire
	2003	Toux	ATB si symptômes datent de plus de 3 jours et expectorations ou auscultation pulmonaire asymétrique
		Rhinopharyngite	Jamais d'ATB
Norvège	2000	IRH	2 objectifs définis : réduire la consommation antibiotique globale de 30% pour atteindre le niveau néerlandais, et utiliser de préférence des spectres étroits pour limiter le développement de résistances comme la pénicilline V.  Traitement symptomatique recommandé dans un premier temps (ex : pas de prescription antibiotique avant 7 jours de traitement symptomatique dans les sinusites)
Suède	2000 2001 2005	Otites Angines sinusites	L'objectif défini est une utilisation plus restreinte et rationnelle des antibiotiques, proposant l'abstention ou la prescription retardée d'antibiotiques. La pénicilline V est l'antibiotique de choix.  Au sujet des angines : au moins 2 critères majeurs et un TDR positif doivent faire considérer une antibiothérapie, le TDR ne devant pas être réalisé en cas de symptômes viraux (toux, enrouement, rhinorrhée)
Danemark			Les recommandations de prescriptions antibiotiques existent depuis 1980 et sont regroupées dans un pocketbook distribué à tous les médecins. La pénicilline V est l'antibiotique de choix.

**Tableau 12 : Les dernières recommandations des différents pays étudiés : date et contenu par pays [37-39]**

## 2. Les campagnes de santé publique : impact et enseignements

### a) En France

Suite à la stratégie mondiale pour la surveillance et la limitation de la progression des résistances aux anti-microbiens lancée par l'OMS en 2001, la France a introduit cette même année le « Plan National pour préserver l'efficacité des antibiotiques ». Ceci a été renforcé par la Conférence de Consensus sur la politique hospitalière vis-à-vis des antibiotiques de 2002 de la Société de Pathologie Infectieuse de Langue Française.

La campagne de santé publique a effectivement démarré en 2002, visant à réduire l'utilisation inappropriée des antibiotiques et améliorer la qualité des soins, tant en médecine de ville qu'à l'hôpital. Plus précisément, les objectifs étaient la diminution de l'utilisation d'antibiotiques pour les enfants âgés de 0 à 6 ans, et pour les infections respiratoires hautes et basses.

Les messages étaient sous forme publicitaire, relayés par la télévision et différents supports écrits tels que la presse, des posters et tracts à disposition. [40]

Les messages auprès du corps médical se caractérisaient par des visites de pairs et la promotion du TDR. La généralisation de la diffusion des TDR a ainsi débuté en octobre 2002, marquant un tournant dans la prise en charge médicale des angines. Les prescriptions antibiotiques n'étaient dès lors plus réservées qu'aux angines streptococciques, les autres bénéficiant de traitements antalgiques et antipyrétiques.

De plus, en juin 2003, l'Afssaps a pris la décision de retirer du marché les antibiotiques locaux administrés dans le nez et les sinus, afin de préserver l'efficacité de ces antibiotiques, par ailleurs utilisés par voie générale. [41]

La prescription d'antibiotiques a baissé de 10,2% l'hiver de 2002-2003, soit 4,1 millions de prescriptions, et de 5,4% l'hiver de 2003-2004 soit 1,9 millions de prescriptions.

Entre 2002 et 2005, la prescription d'antibiotiques en médecine de ville a diminué de 12,8% soit 11,6 millions de traitements inadaptés en moins (figure 14, p.63).

La répartition de la baisse était la suivante : -25% pour les pénicillines, -20% pour les macrolides et -13% pour les céphalosporines.

D'après les données ESAC, nous sommes passés de 33,4 DDD/1000 hab/j en 2000, à 27,9 DDD/1000 hab/j en 2006, soit toujours à un niveau de consommation très élevé comparativement aux pays étudiés dans ce travail, comme le montre la figure 15 (p.63)

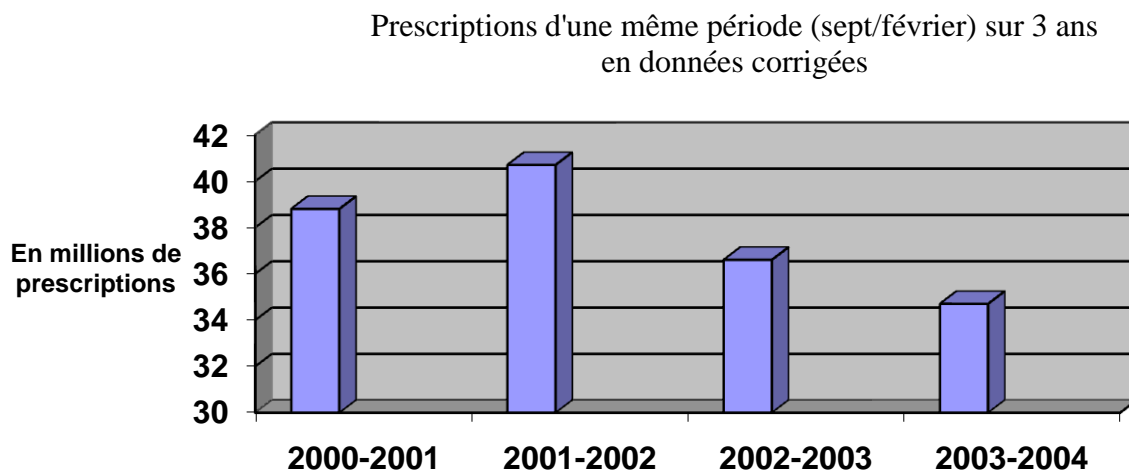


Figure 14: Prescriptions antibiotiques en France de septembre à février 2000 à 2004

Evolution de la consommation d'antibiotiques en ville exprimée en  
DDD/1000 pers/jour.  
Données de remboursement rapprochées des données européennes publiées  
par l'ESAC

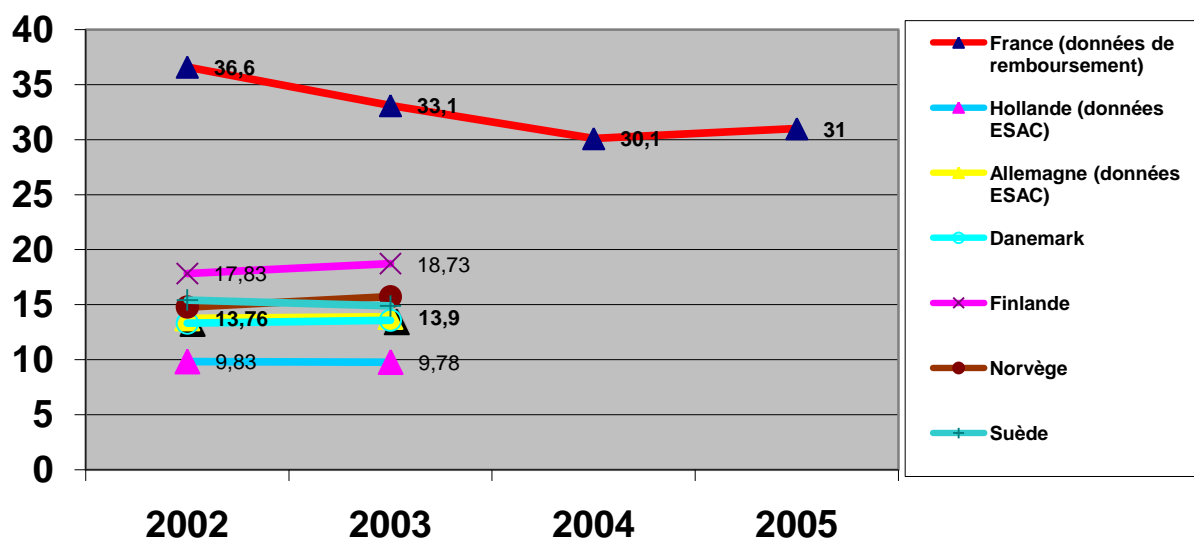


Figure 15: Evolution de la consommation d'antibiotiques en ville dans différents pays européens de 2002 à 2005  
Source CNAMTS

La CNAM a lancé une nouvelle campagne d'information en octobre 2005 au travers de spots télévisés et radio, et des brochures à destination des professionnels de santé et des usagers afin de faire perdurer la baisse de prescriptions inappropriées d'antibiotiques [11].

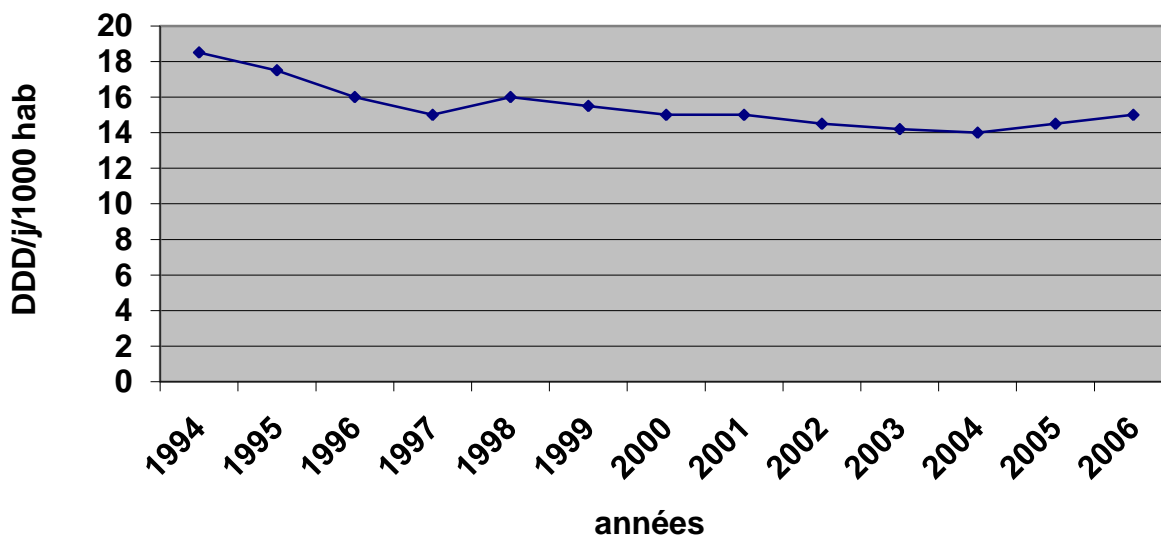
b) Les autres pays étudiés

Le programme Strama en Suède (The Swedish Strategic Program against Antibiotic Resistance) a débuté par un réseau de surveillance entre les autorités et les experts concernés en 1994. En 2000, une proposition de plan national d'action pour contenir les résistances antibiotiques a été faite, en coopération avec le Bureau National de la Santé et du Bien-être. En 2006 le projet gouvernemental de « Stratégie pour prévenir les résistances antibiotiques et les infections associées » a vu le jour. Ce réseau est maintenant institutionnalisé avec un bureau indépendant et un budget propre. L'organisation comprend deux niveaux : les groupes locaux dans chaque comté et le groupe de travail national nommé par le gouvernement.

Les équipes locales sont indépendantes et multidisciplinaires. Elles constituent la base de l'activité du Strama et réunissent des spécialistes en pathologie infectieuse, des microbiologistes, des médecins généralistes, des pédiatres, des ORL et des pharmaciens. Leur principal objectif est de promouvoir l'utilisation rationnelle des antibiotiques en médecine générale. Pour ce faire, elles informent les prescripteurs sur les données réelles individuelles comparées aux données locales de prescriptions, les recommandations thérapeutiques et les données de microbiologie. Des discussions régulières entre les professionnels de santé sont menées autour de l'adaptation locale des recommandations et des difficultés rencontrées.

Au niveau national, les besoins sont évalués par des travaux de recherche afin d'assurer la coordination des travaux locaux. L'analyse régulière de la consommation antibiotique et des résistances bactériennes est faite, avec une publication annuelle. La collaboration avec les médias nationaux et locaux est un élément important de l'action menée.

Le Strama a ainsi permis une diminution des ventes antibiotiques entre 1994 et 2004 (figure 16, p.65), sans augmentation concomitante des admissions hospitalières pour IRH. En comparaison, les autres pays scandinaves subissaient une stagnation ou une augmentation de leurs ventes antibiotiques à la même époque. [42]



*Figure 16 : Consommation des antibiotiques en médecine de ville en Suède*

*Source : Apoteket AB [42]*

Des réseaux de surveillance similaires, créés entre 1994 et 1996, existent en Norvège (NORM program) et au Danemark (DANMAP) mais ne semblent pas assimilables à des campagnes de santé publique [43].

Aux Pays-Bas, l'Autorité de Santé et les médecins généralistes ont mis en place des campagnes d'éducation depuis 1995, attirant l'attention des patients sur le fait qu'il n'y a aucune nécessité à consulter un médecin en cas de symptômes mineurs ou de pathologie évoluant spontanément vers la guérison comme les IRH. Sur la base des recommandations nationales, des lettres d'information ont été adressées aux patients, et des conseils téléphoniques prodigués par des assistants médicaux et des infirmières, décourageant de consulter plus tôt que nécessaire [14].

### *c) Les enseignements des campagnes*

Une analyse des données postérieures aux campagnes de santé publique montre l'efficacité de telles campagnes dans les pays à haut niveau de consommation antibiotique. Dans les pays à bas niveau de consommation comme la Suède, les modifications de consommation sont plus

qualitatives (type d'antibiotique, indication appropriée, posologie, durée de traitement) que quantitatives.

Même s'il existe, comme nous l'avons vu, des différences culturelles non négligeables entre les pays ayant expérimenté diverses campagnes de santé publique, les messages semblent plus efficaces lorsqu'ils expliquent le « comment » et le « pourquoi » des changements comportementaux nécessaires.

De même, les messages accentuant le risque individuel plutôt qu'écologique face à des résistances bactériennes, apparaissent plus convaincants. Cependant, des études sociologiques suggèrent que des messages plus positifs auraient un meilleur impact sur les comportements.

Certaines campagnes ont mis en avant la distinction entre étiologie virale et bactérienne des IRH, amenant parfois une confusion chez certains groupes. Une meilleure approche consisterait à dire au public que des antibiotiques ne sont pas toujours nécessaires, et que les professionnels de santé sont à même de peser les bénéfices et les risques des antibiotiques pour chaque patient.

Enfin pour demeurer efficaces, les campagnes doivent être soutenues dans la durée, sans qu'une durée idéale n'ait pu être déterminée à l'heure actuelle. [40]

### 3. Comportement et vécu des patients sur le terrain

#### a) Comportement des patients

Une étude comparative portant sur les habitudes françaises et néerlandaises pour les IRH [14] a mis en évidence que :

- le taux de consultation pour IRH est 2 fois plus élevé en France qu'aux Pays-Bas, les patients français éprouvant le besoin de consulter pour des pathologies guérissant spontanément en général, et pour les IRH en particulier, d'après les auteurs de cette étude ;

- l'utilisation de médicaments en France est très « populaire », et considérée comme accélérant le processus de guérison, contrastant avec le scepticisme néerlandais, liée à l'idée d'effets indésirables des médicaments et d'absence d'effet sur la rapidité de guérison ;

- les patients néerlandais n'attendent pas d'ordonnance en échange du règlement de la consultation, les médecins n'étant jamais directement payés par les patients, contrairement au « rituel de prescription » français permettant de clore et de facturer la consultation. Ceci favorise l'automédication lors d'épisode ultérieur aux Pays-Bas, tandis qu'en France, la prescription de



traitement symptomatique est vécue comme une « consolation » à l'issue de la consultation n'ayant parfois pas permis d'obtenir un traitement antibiotique.

Ce recours moindre des néerlandais à la consultation médicale en cas d'infection respiratoire concorde avec une autre étude explorant le point de vue des patients en Belgique et aux Pays-Bas [44]. Le système de santé belge présentant quelques similitudes avec le système français (paiement à l'acte des médecins généralistes, règlement de la consultation par le patient, nécessité d'un certificat médical d'arrêt de travail dès le premier jour d'absence, index élevé d'UAI par rapport aux Pays-Bas), les résultats nous ont semblé pertinents pour notre travail.

Cette étude a mis en évidence :

- des diagnostics différents attribués par les patients aux épisodes d'IRH, pour une épidémiologie similaire : les néerlandais rapportaient des épisodes de rhinopharyngite en majorité et de grippe, tandis que les belges étiquetaient ces épisodes comme des bronchites en majorité, et des rhinopharyngites. Aucune grippe n'était rapportée par les belges, de même qu'aucune bronchite ne l'était par les néerlandais.

- la moitié des épisodes belges d'IRH était source de consultation médicale, alors que moins d'un quart des épisodes néerlandais donnaient lieu à une consultation.

- ce processus d'identification de la pathologie par le patient était à l'origine de deux comportements bien distincts : tous les épisodes belges de « bronchite » occasionnaient une consultation médicale, avec l'idée sous-jacente que la guérison nécessitait une consultation médicale, un antibiotique et un arrêt de travail ; alors que les 2/3 des épisodes néerlandais d'IRH étaient suivis de repos au domicile pendant plusieurs jours sans consultation médicale, et éventuellement de traitements symptomatiques obtenus par automédication. Il s'agissait d'un choix, puisque les patients étaient conscients que ni une consultation médicale, ni des antibiotiques ou autre traitement ne pouvaient accélérer la guérison. La conviction selon laquelle la guérison de la majorité des pathologies ne pouvait être accélérée était forte.

- les patients néerlandais se caractérisaient également par une image positive des antibiotiques s'ils étaient nécessaires, se remettant au jugement médical pour prendre la bonne décision. Ils ne critiquaient pas les habitudes de prescription de leur médecin.

- les patients belges, par habitude, attendaient de leur médecin « qu'il prescrive quelque chose » en échange du règlement de la consultation, et acceptaient difficilement que ça ne soit pas le cas. Ils craignaient des complications.

Une étude néerlandaise sur les infections respiratoires [45] met également en évidence qu'un quart des patients présentant des symptômes d'IRH recourt à une consultation. Les déterminants d'une consultation pour ce motif étaient : un âge de plus de 65 ans, des comorbidités respiratoires, des symptômes persistants depuis plus de 2 semaines, avoir été conseillé par des proches de consulter un médecin, la gravité des symptômes, l'absence de perception du caractère spontanément résolutif du syndrome présenté.

Des pratiques d'automédication sont déclarées par 50% des patients, à type d'antitussifs, de paracétamol et de préparations homéopathiques.

En Suède, les résultats de plusieurs études [39, 46, 47] démontrent une baisse significative (36 à 39% selon les études) du nombre de consultations en médecine générale pour les infections des voies respiratoires entre 2000 et 2005. Les infections des voies respiratoires n'en demeurent pas moins l'un des motifs les plus fréquents de consultation en médecine générale, avec une augmentation hivernale non négligeable du nombre de ces consultations.

Cette baisse a été plus particulièrement constatée pour les consultations pour odynophagie et otalgie, parallèlement à la baisse de prescription d'antibiotiques dans les indications d'angine et d'otite, faisant suite au programme STRAMA et à la publication de nouvelles recommandations. Dans le même temps, le nombre de consultations pour rhinopharyngite et sinusite demeurait inchangé.

Ces résultats suggèrent, d'après les auteurs, un impact des recommandations sur le nombre de consultations. Ce changement dans les comportements des patients serait en réponse à des expériences de consultation médicale au cours desquelles aucun antibiotique n'était prescrit. Il est possible que cette tendance soit favorisée par le fait que les appels téléphoniques pour fixer un rendez-vous médical soient reçus par une infirmière, qui diffère une éventuelle consultation et conseille surveillance au domicile et traitement symptomatique dans un premier temps.

En Allemagne, une étude [48] a démontré qu'une consultation de médecine générale sur cinq par jour, en période hivernale, avait pour motif une infection des voies respiratoires. Les auteurs précisent qu'en comparaison d'autres pays, ce taux est assez élevé : en moyenne, les patients allemands consultent leur médecin généraliste deux fois plus souvent que leurs voisins néerlandais, et trois fois plus souvent que les suédois. Selon eux, se présenter en consultation sans rendez-vous avec des plaintes mineures ou des symptômes d'IRH est habituel et fréquent chez les patients allemands. Ils attribuent ceci aux facteurs culturels et au système de paiement à l'acte.

Quatre-vingt trois pour cent des patients consultant pour IR ont déclaré s'être automédiqués avant la consultation.

En France, selon la thèse d'Anne-Sophie Guyot explorant les motifs de consultation des patients lors d'IRH [41], les antibiotiques ont un pouvoir symbolique fort. Ils conjuguent des images de pouvoir, d'efficacité et de protection. Ils sont mieux remboursés que les médicaments de traitement symptomatique, prouvant leur puissance aux yeux des patients.

La place centrale des antibiotiques dans les références personnelles de chacun s'explique par le rôle qu'ils ont joué dans l'histoire des médicaments, comme dans l'histoire personnelle de chaque individu depuis l'enfance. Les antibiotiques ne sont pas considérés comme de « vrais médicaments » qui justifient une prise en charge médicale et une observance absolue. La fréquence du recours aux antibiotiques, les types d'affections pour lesquels ils sont indiqués, contribue à donner un sentiment de familiarité envers l'antibiotique. Cette banalisation explique en partie les problèmes d'observance et les pratiques d'automédication.

L'étude Regards-Croisés menée par l'Ipsos et l'Assurance-Maladie a permis de mesurer ces croyances [41]. Il en ressort que :

- 39% des patients pensent que les antibiotiques font baisser la fièvre, quelle que soit l'infection,
- 24% estiment qu'à partir d'un certain niveau de fièvre, il vaut toujours mieux prendre des antibiotiques,
- 19% jugent que lorsque la maladie semble guérie, l'interruption du traitement ne pose pas de problème.

Cependant peu de patients consultent dans le but de se voir prescrire des antibiotiques.

Les principales motivations de consultation pour IRH sont le soulagement des symptômes et le besoin d'être rassuré :

- 63% des patients consultent pour une gêne quotidienne (douleur, fièvre, toux, mal de gorge), 33% pour une gêne dans l'accomplissement de leur travail. La demande de certificat d'arrêts de travail ne constitue donc pas une raison majeure de consulter. Par contre, comme nous l'avons vu, la consultation médicale est indispensable à leur délivrance.

- 45% des patients ont attendu au moins 3 jours avant de consulter, et parmi eux 83% avaient déjà pris un traitement avant la consultation.

- 59% des consultants souhaitent être vite guéris, 31% sont inquiets d'une aggravation. Les patients ont peur de ne pas savoir reconnaître une maladie grave, voire mortelle.

- parmi les symptômes motivant une consultation, la fièvre est un facteur prédictif de consultation important. La plupart des patients craignent la fièvre et ne savent pas l'interpréter. En revanche, les maux de gorge, la toux, la sensation de difficulté respiratoire sont prédictifs d'une consultation médicale s'ils sont perçus comme sévères ou s'ils persistent dans le temps. C'est l'interprétation des symptômes par le patient qui détermine la décision de prendre un avis médical.

Nous retiendrons que la Suède enregistre en moyenne 257 consultations pour IR pour 1000 Hab/an [39], les Pays-Bas 181 consultations pour IRH/ médecin généraliste /an [14], et la France 372 consultations pour IRH/ médecin généraliste /an [14].

#### *b) Vécu des patients*

Les études évaluant le degré de satisfaction des patients consultant pour IRH concordent que ce soit pour les Pays-Bas [37,45], pour l'Allemagne [49] ou pour la Suède [51] : l'inquiétude d'une pathologie grave motive la consultation, et leur satisfaction à l'issue de la consultation n'est pas liée à la prescription d'antibiotiques. Il n'y a pas de différence dans le degré de satisfaction entre les patients s'étant vu prescrire un antibiotique pour IRH, et ceux n'en ayant pas eu. En revanche, l'attention portée aux patients et à l'examen clinique, la dispensation d'informations sur la pathologie et sa durée prévisible, le temps passé en consultation et un discours rassurant sont directement liés à la satisfaction des patients.

Cependant, chez les patients consultant pour obtenir une prescription antibiotique, information/réassurance et prescription antibiotique sont deux facteurs prédictifs positifs équivalents de la satisfaction des patients. Entre 30 et 70% des patients néerlandais attendent de la consultation une prescription antibiotique, en fonction, notamment, de la durée et de la sévérité des symptômes ressentis avant la consultation (ces patients consultants plus tard qu'en France, comme nous l'avons vu), et de la perception de l'efficacité des antibiotiques.

En France, nous n'avons trouvé que peu de données sur l'évaluation de la satisfaction des patients en médecine générale [41]. Le diagnostic de maladie respiratoire virale étant souvent un diagnostic d'élimination, certains patients y voient une incertitude et un aveu d'inefficacité de leur médecin. Le manque de traitement spécifique augmente ce sentiment d'impuissance.

Une enquête menée par l'Assurance Maladie en 2002 montrait ainsi que 58% des patients sont rassurés par une prescription d'antibiotiques, leur donnant l'impression de reprendre le contrôle sur la maladie.

#### 4. Comportement et vécu des médecins sur le terrain

##### a) Comportement des médecins

Le tableau 14 (p.71) permet de comparer les habitudes de prescription d'antibiotiques pour IRH dans les différents pays étudiés.

Les deux premières colonnes mettent en évidence les similarités dans les habitudes de prescriptions des pays scandinaves.

	Norvège	Suède	Pays-Bas	Allemagne	France
<b>Pourcentage de prescription antibiotiques pour angine</b>	75%	65% <u>Si TDR - :</u> 40% de prescription antibiotique <u>Si TDR + :</u> 92% de prescription antibiotique	37%	90%	88% <u>Si TDR - :</u> 10,5% de prescription antibiotique <u>Si TDR + :</u> 98,8% de prescription antibiotique
<b>Pourcentage de prescription antibiotiques pour sinusite</b>	70%	81%	74%	64%	81%
<b>Pourcentage de prescription antibiotiques pour rhinopharyngites*</b>	18%	16%	21%	18%	40%
<b>Date des chiffres recueillis, [étude]</b>	2003 [34, 48]	1999-2005 [42, 35]	2001-2002 [49, 50]	2002-2003 [43]	2002-2003-2005 [10, 51]

**Tableau 13: Prescription d'antibiotique par IRH par pays**

\* également désignées sous le terme IRH dans certaines études utilisant la Classification Internationale des Soins Primaires [38, 39, 48, 55, 56]

Une étude comparative des habitudes scandinaves [43] rapporte cependant, comme nous l'avons vu précédemment (tableau 1, [16]), des différences de dosage, fréquence et durée d'administration des antibiotiques entre les pays, suivant les recommandations nationales en vigueur. Les auteurs soulignent que les prescripteurs respectent relativement bien les recommandations, mais s'étonnent de ces différences, qui reflètent probablement différentes interprétations d'une même preuve, probablement en raison de traditions thérapeutiques, de différences culturelles et d'organisation des systèmes de santé.

Ces similitudes se retrouvent également dans l'utilisation d'aides diagnostiques au cabinet de médecine générale pour les IR, selon cette même étude comparative scandinave basée sur des données de l'an 2000 [43]: radiographie et ultrasonographie pour les sinusites (utilisée dans 47% des cas au Danemark, 24% des cas en Norvège et 28% des cas en Suède), TDR utilisé dans plus de 90% des cas d'amygdalite dans tous les pays scandinaves (pour mémoire, ces tests ont été diffusés aux cabinets de médecine générale à partir de 2002 en France), tympanométrie utilisée en moyenne dans 64% des cas d'otite dans les pays d'Europe du Nord. Les quelques différences dans l'utilisation de ces tests diagnostiques sont attribuées aux différences de remboursement dans les trois pays.

Une étude suédoise portant sur la période 2000-2005 [47] montre également l'utilisation de dosage de la CRP en cabinet de médecine générale comme aide diagnostique à la gestion des IR. Ces tests (CRP et TDR) sont gratuits en Suède à la fois pour le patient et pour le médecin. Les auteurs concluent à une utilisation très fréquente de ces tests de diagnostic rapide comparativement à d'autres pays. Selon leurs résultats, l'usage des CRP-tests a augmenté pendant les 5 ans d'étude (en moyenne 36% des consultations pour IR et 50% des consultations pour rhinopharyngites), tandis que celui des TDR a diminué significativement (30% des consultations pour IR en 2000, 23% en 2005) après la parution des recommandations de ne pas tester les patients avec un faible risque d'angine streptococcique.

Ainsi, les attitudes des médecins *suédois* se caractérisent par [39,43, 46, 47]:

- des prescriptions antibiotiques parfois non conformes aux recommandations, comme le montrent les variations saisonnières de prescriptions antibiotiques et les taux de prescription antibiotique pour angine à TDR négatif,
- une grande variabilité des taux de prescription entre les médecins,
- des taux de prescription d'antibiotiques plus élevés pour les actifs (18-44 ans),

- un usage important des tests d'aide au diagnostic dont l'interprétation n'est pas toujours concordante avec les recommandations : les antibiotiques sont très fréquemment utilisés dans les étiologies bactériennes présumées (sinusite), quel que soit le résultat de la mesure de la CRP, contrastant avec les étiologies présumées virales, où le taux de prescription antibiotique augmente avec le taux de CRP.

Les attitudes des médecins *norvégiens* se caractérisent par [38, 43, 52] :

- une grande variabilité des taux de prescription antibiotique entre les médecins,
- des taux de prescription antibiotique trop élevés dans les sinusites, rhinopharyngites et symptômes d'IRH, étant donné les étiologies virales majoritaires de ces pathologies, suggérant une adhérence incomplète aux recommandations. Le taux de prescriptions antibiotiques non conformes aux recommandations, ou prescriptions inappropriées, est estimé à 27% des prescriptions pour IR.

On notera que les médecins norvégiens ont l'obligation de renouveler leur inscription en tant que spécialiste en médecine générale tous les 5 ans. A cette occasion, ils ont l'obligation de participer à des discussions entre groupes de pairs, afin de favoriser la formation continue et la réflexion sur sa pratique.

Les attitudes des médecins *néerlandais* se caractérisent par [37,43,45,50,55,56] :

- des décisions de prescription antibiotique conformes aux recommandations dans 50% des consultations pour IR,

- une surestimation des symptômes inflammatoires (notamment fièvre et écoulement nasal purulent) des patients et de leurs attentes de prescription antibiotique, menant à des prescriptions inappropriées devant la présence d'un ou deux critères, alors que les recommandations indiquent qu'il en faut davantage (par exemple durée des symptômes, signes inflammatoires et risque de complication),

- une grande variabilité des taux de prescription antibiotique entre les médecins, le nombre d'années de pratique étant le facteur le plus important pour expliquer ces variations : plus un médecin a d'années de pratique, plus il prescrit d'antibiotiques, ce d'autant plus qu'il a peu de connaissances sur les IR, ou peu de temps disponible par patient. D'après les auteurs de cette étude [55], le nombre d'années de pratique est corrélé au temps écoulé depuis les années d'études médicales et au développement d'habitudes dans la pratique ;

- des prescriptions d'antibiotiques conformes au type d'antibiotique recommandé dans ¾ des consultations pour sinusite et la moitié des consultations pour angine,
- des taux de prescription antibiotique plus élevés pour les actifs (15-65 ans) ;
- des taux de prescription antibiotique variant en fonction des perceptions et croyances à la fois des médecins généralistes mais aussi des patients, au regard de l'efficacité sur les IR et des effets indésirables ;
- des prescriptions médicamenteuses dans 54% des consultations pour IRH.

Les attitudes des médecins *allemands* se caractérisent par [48] :

- un taux de prescription élevé d'antibiotiques, notamment dans les diagnostics de sinusite et d'angine, où les médecins semblent penser qu'un antibiotique est toujours nécessaire. De plus, dans ce type de diagnostic, une consultation de contrôle est fréquemment programmée, reflétant probablement, d'après les auteurs, les croyances des médecins généralistes aux sujets de « ces pathologies potentiellement dangereuses » ;
- un taux de prescription d'antibiotique faible dans les diagnostics de rhinopharyngite (tableau 14)
- une absence d'efforts pour réduire les taux de prescription antibiotique d'après les auteurs, car le bénéfice discutable des antibiotiques est abordé dans très peu de consultations, et les prescriptions anticipées (pouvant permettre de diminuer les prises d'antibiotiques) non utilisées. ;
- des prescriptions de traitements symptomatiques de toux (acétylcystéine et ambroxole) dispensées quel que soit le résultat de l'examen clinique (seulement 12% des patients quittent la consultation sans prescription, 27% reçoivent des prescriptions pour au moins trois médicaments) malgré l'absence de preuve d'efficacité. Les auteurs évoquent des raisons non médicales à de telles prescriptions, notamment la peur que les patients ne les consultent pas pour des plaintes similaires lors d'un épisode ultérieur, dans un contexte de rémunération à l'acte. Ainsi, les médecins ne saisiraient pas l'opportunité d'encourager l'automédication et d'inciter à des comportements moins coûteux;
- des certificats d'arrêt maladie délivrés à 57% des patients actifs, pour une durée moyenne de 4 jours ;
- des consultations de contrôle programmées dans 43% des consultations, notamment dans les diagnostics d'angine. Vingt et un pour cent des patients étaient informés de consulter à nouveau en cas d'aggravation des symptômes.



Les attitudes des médecins *français* se caractérisent par [6,10,11,14,41,54, 57] :

- un taux de prescription élevé d'antibiotiques dans les rhinopharyngites : de 40 à 50,8% selon les études ;
- une faible adhérence à l'aide diagnostique que constitue le TDR : en 2005, 58% des médecins généralistes ont commandé des TDR, 33% les utilisent systématiquement ;
- des prescriptions antibiotiques parfois non conformes aux recommandations, comme le montrent les variations saisonnières de prescriptions antibiotiques et les taux de prescription antibiotique des différentes pathologies étudiées ;
- une grande variabilité des taux de prescription d'antibiotiques en fonction des médecins. Le choix de prescrire des antibiotiques relève largement du comportement individuel du médecin. Ainsi l'étude du CreDES de 2003 portant sur les prescriptions d'antibiotiques dans les rhinopharyngites relevait que 23,9% des médecins ont prescrit des antibiotiques dans moins de 30% des séances retenues, tandis que 18,1% d'entre eux en prescrivait dans plus de 70% des consultations ;
- un taux de prescription d'antibiotiques dans les IRH plus fort pour les actifs [16-65 ans], sans type de profession discriminant ;
- des taux de prescription d'antibiotiques dans les IRH influencés par le niveau d'activité : plus un généraliste exerce de consultations et de visites par jour, plus la probabilité qu'il recoure aux antibiotiques est importante, cette option étant moins consommatrice de temps que la non prescription d'antibiotiques, qui nécessite une argumentation auprès du patient ;
- l'influence du lieu d'exercice sur le taux de prescription d'antibiotiques : c'est dans les villes où la densité moyenne de médecins est importante (supérieure à 135 médecins généralistes pour 100 000 habitants) qu'exercent les médecins ayant une moindre propension à prescrire des antibiotiques ;
- l'influence du type d'information reçue: les médecins qui déclarent recevoir moins de 10 visiteurs médicaux par mois en moyenne prescrivent significativement moins d'antibiotiques. D'autre part plus l'implication dans les actions de FMC est grande, moins les rhinopharyngites sont traitées par antibiotiques ;
- des prescriptions médicamenteuses dans 93% des consultations pour IRH ;
- des prescriptions de corticothérapie orale dans les IRH fréquentes en dépit d'une efficacité non démontrée: les taux de prescription déclarés de corticoïdes oraux allaient de 32,7 % dans les rhinopharyngites à 92,6% dans les sinusites. Parmi les 500 médecins interrogés dans cette étude [57], 57,9 % étaient d'accord avec l'existence d'effets bénéfiques et 49,6 % avec

l'absence d'effets indésirables des corticoïdes. 63,9 % des médecins estimaient que l'emploi d'antibiotiques n'est pas rendu indispensable par celui d'une corticothérapie ;

- des habitudes de prescription d'antibiotiques cependant similaires à celles des médecins hollandais, notamment dans les diagnostics d'angine, d'après l'étude comparative France-Pays Bas de 2007 [14].

- Une tendance à minimiser le problème des résistances bactériennes, 59% des généralistes considérant qu'il concerne essentiellement le milieu hospitalier. Les médecins semblent mal connaître la progression de cette résistance et dans quelle mesure l'usage des antibiotiques contribue à l'extension du phénomène ;

- Une représentation « mythique » de l'antibiotique à l'origine de sur-prescription. En cas de doute diagnostic, la prescription va toujours dans le sens de l'antibiotique. Le médecin a ainsi l'impression de se couvrir face à son patient et en cas de surinfection, il se met à l'abri d'éventuels reproches.

#### b) Vécu des médecins

Les médecins *français* ressentent et tiennent compte dans leur pratique de l'image collective de l'antibiotique. Le « bon usage » théorique se trouve confronté à des réalités plus complexes. La prescription ne s'exerce pas face à un cas « clinique » mais face à un cas « social ». Soixante pour cent des généralistes estiment qu'il est difficile, voire très difficile, de ne pas prescrire un antibiotique à un patient qui le réclame. Les médecins ne sont pas formés à la non-prescription et la majorité des consultations se termine par une prescription médicamenteuse, au minimum symptomatique.

Certains médecins ont bien conscience du manque de preuve de l'efficacité des antibiotiques dans les IRH, mais ils tiennent compte de leur propre satisfaction et de celle du patient en fin de consultation. Les patients arrivent souvent en consultation en exprimant leur désir d'être vite guéris ou d'être en pleine forme le lendemain, parce qu'ils ont quelque chose d'important à faire. Et nous avons tendance à traduire cela par une demande d'antibiotiques.

De même, l'anxiété du patient devant la maladie peut être difficile à gérer en consultation et interprétée comme une demande de prescription d'antibiotiques. Elle peut conduire à des prescriptions inappropriées d'antibiotiques, et par là même, à une insatisfaction des médecins comme des patients, qui n'ont pas été rassurés.

Les études PAIR 1 et 2 ont permis d'analyser en France le vécu des consultations par les médecins et les raisons de prescription inappropriées d'antibiotiques [10,11].

Elles ont mis en évidence que les situations à risque les plus fréquemment identifiées sont celles directement liées au patient (demande explicite d'antibiotiques 31% ; situations passées vécues comme des échecs 16%) mais leur identification n'est pas prédictive de l'issue de la consultation contrairement aux situations à risque liées aux médecins.

C'est dans ces dernières situations et ce de manière statistiquement significative, que des antibiotiques sont prescrits, et particulièrement :

- Lorsque le patient semble fatigué ou très fatigué,
- En cas de 2<sup>e</sup> contact ou plus,
- Si le patient est perçu à risque,
- En cas de doute sur l'origine virale,
- Si le médecin a l'intime conviction que les antibiotiques sont une bonne réponse au problème posé par le patient ou par la pathologie.

A l'inverse, le médecin prescrit d'autant moins d'antibiotiques lorsque :

- Il a diagnostiqué une rhinopharyngite,
- Il n'existe pas de contexte particulier,
- La consultation comporte moins de situation à risque.

Face à ces situations à risque de prescription inappropriée d'antibiotique, les médecins développent spontanément des stratégies en consultation. Il est apparu que les médecins prescrivent d'autant moins d'antibiotique qu'ils mettent en place un plus grand nombre de stratégies pour éviter de prescrire. De même, plus il est confronté à un nombre important de situations à risque, moins il est capable de mettre en place des stratégies pour éviter la prescription d'antibiotique, et cela indépendamment de tout autre paramètre.

Les stratégies statistiquement les plus efficaces pour ne pas prescrire d'antibiotiques sont :

- L'explication des symptômes et mise en place d'un suivi
- Informer en s'appuyant sur les craintes des patients sur l'inefficacité des antibiotiques
- L'écoute attentive et compréhensive
- L'examen ritualisé et commenté dès le début de l'acte
- L'utilisation d'examen complémentaire et en particulier du streptotest dans l'angine.

## **F. Les enseignements des différentes prises en charges**

Les auteurs des différentes études précédemment citées, faisant le point sur la prise en charge médicale des IRH de chaque pays, proposent des pistes convergentes pour améliorer la situation face à ces syndromes :

⇒ Pour ce qui est de la tendance des médecins à surestimer les demandes d'antibiotiques de leurs patients, les auteurs proposent qu'elle soit portée à leur connaissance. Sachant cela, ils pourront explorer, au sein même de la consultation, l'attente réelle du patient afin d'y répondre de manière plus appropriée, qu'il s'agisse d'une demande explicite d'antibiotiques, d'une demande de prescription symptomatique ou de réassurance [37, 48, 49] ;

⇒ Pour ce qui est de la satisfaction des patients et des antibiotiques, les auteurs proposent d'informer les médecins que les patients ayant eu une prescription d'antibiotiques ne sont pas davantage satisfaits de la consultation. En revanche la dispensation d'informations et le temps passé à discuter avec le patient est corrélé à une plus grande satisfaction à l'issue de la consultation. Le médecin peut, à partir du point de vue et des attentes du patient, donner des informations sur le caractère spontanément résolutif de la majorité des symptômes d'IRH et sur l'absence d'efficacité des antibiotiques dans cette indication. Il pourra ensuite, en partenariat avec le patient, décider d'une prise en charge adaptée. Ainsi une consultation davantage centrée sur le patient peut permettre de réduire la prescription d'antibiotiques sans diminuer la satisfaction des patients. [48, 49] ;

⇒ Pour ce qui est des campagnes d'information, les auteurs proposent que les messages délivrés soient plus positifs, ce qui favoriserait davantage les changements de comportement. Ainsi, expliquer au public que les antibiotiques ne sont pas toujours nécessaires, qu'il convient souvent d'attendre et de se soulager avec des moyens simples, et surtout que les professionnels de santé sont les plus qualifiés pour évaluer les risques et bénéfices des prescriptions d'antibiotiques dans chaque situation permettrait de modifier les habitudes de façon plus efficace [40];

⇒ Pour ce qui est des signes inflammatoires dans les IRH, les auteurs proposent de rappeler aux médecins que de tels symptômes, comme par exemple de la fièvre, une angine érythématopultacée ou encore un écoulement nasal purulent, ne constituent pas une surinfection bactérienne et ne nécessitent rien d'autre qu'un traitement symptomatique [45, 48];

⇒ Pour ce qui est de toutes les consultations où le sujet des IRH est abordé, les auteurs proposent que chaque médecin profite de l'occasion qui lui est donnée d'informer les patients sur le cours normal et spontanément résolutif de ces pathologies, ainsi que sur les

risques individuels et collectifs de l'antibiothérapie dans des indications inappropriées [48,50,51];

⇒ Pour ce qui est de diminuer les prescriptions inappropriées d'antibiotiques, les auteurs proposent des interventions multiples auprès des médecins. Les types d'interventions combinés avec succès sont : des réunions de groupe de médecins sur les thèmes des recommandations de prescription d'antibiotique et des modes de communication avec le patient , des réunions de groupe des assistants et secrétaires médicaux , des réunions de groupe de pharmaciens , une information individuelle régulière sur le comportement de prescription de chaque médecin et son profil de prescripteur comparé à ses pairs, la fourniture de matériel d'éducation des patients à type de posters et brochure insistant sur le caractère spontanément résolutif des symptômes, l'automédication et les symptômes d'alarme nécessitant une consultation [52].

## **IV. DISCUSSION**

### **A. Synthèse**

Les infections respiratoires aiguës sont ainsi parmi les pathologies les plus fréquemment rencontrées en médecine générale et s'inscrivent, de par leur nature bénigne et spontanément résolutive, dans une demande de confort du patient et de consommation de soins pour recouvrer bien-être et efficacité au quotidien. Pourtant leur prise en charge, quoique théoriquement simple, est très complexe, alliant à la fois des déterminants économiques, culturels, de santé publique et des habitudes de comportement chez les patients comme chez les médecins.

Pour ce qui est des déterminants économiques, les systèmes de santé des différents pays étudiés couvrent à peu près les mêmes risques et la part restant à la charge des malades est globalement équivalente.

En revanche on retiendra de l'analyse de ces systèmes des différences importantes dans les modes d'exercice et de rémunération des médecins généralistes, dans l'accès à l'automédication ainsi que dans les obligations lors d'absences de courte durée au travail pour les patients.

Ainsi les pays du nord de l'Europe se caractérisent par un exercice de groupe et des systèmes de paiement mixtes des médecins, alliant une base forfaitaire à des revenus issus des actes quotidiens effectués, ces actes étant réglés par l'assurance maladie. Cela favorise une gestion du temps différente au cabinet et par là même l'éducation des patients, puisqu'il n'est pas nécessaire de multiplier les actes pour obtenir le revenu désiré.

La France et l'Allemagne se caractérisent par un exercice plus isolé de la médecine générale et des systèmes de paiement à l'acte exclusifs, laissant peu de place à l'éducation, au temps d'écoute et de réassurance des patients, mais favorisant la consommation médicamenteuse, l'habitude de prescription en échange du règlement de la consultation étant traditionnelle. L'Allemagne a cependant, contrairement à la France, des systèmes d'enveloppes financières qui responsabilisent les médecins face aux dépenses de santé.

L'accès à l'automédication des pays étudiés est le même partout : il est libre et à la charge du patient. Ces médicaments sont délivrés sous le contrôle de pharmaciens qui peuvent ainsi guider les patients dans les posologies et le bon usage des médicaments.

Seule la France se distingue par des médicaments d'automédication pouvant, pour certains, être remboursés sur ordonnance médicale. Ce système participe à la charge de travail des

médecins et vient perturber le bon déroulement des consultations, de par la demande de régulation a posteriori des patients.

Quant aux certificats médicaux d'incapacité de travail, la situation est également très distincte entre la France et les autres pays de cette étude, puisqu'ils sont exigibles en France dès le premier jour d'absence d'un employé, et au plus tôt le 4<sup>e</sup> jour dans les autres pays. Ces consultations précoces, même si elles sont minoritaires, participent au volume global de consultations, de dépenses de santé et peuvent occasionner des prescriptions inappropriées d'antibiotiques.

L'analyse des données culturelles de chaque pays rapportée à la relation médecin-malade apporte également quelques explications sur les habitudes et croyances de chacun. Comparées aux pays étudiés, les grandes tendances françaises sont en faveur de consultations plus courtes où les patients obtiennent ce qu'ils demandent, d'une attention moindre portée à la construction de la relation médecin-malade, de prescriptions antibiotiques « rituelles » pour réduire l'incertitude de l'évolution de l'infection, et d'un pouvoir conféré au médecin avec une autonomie de prescription individuelle importante. L'Allemagne occupe une position intermédiaire dans ses représentations entre la France et les pays d'Europe du Nord.

La majorité des études retenues pour ce travail sont néerlandaises et suédoises, témoignant d'un intérêt plus précoce par rapport à leurs voisins européens quant à l'amélioration des pratiques médicales, tout au moins concernant les infections respiratoires hautes. De manière intéressante, c'est dans ces deux pays que les taux de résistance des bactéries aux antibiotiques sont les plus faibles.

L'étude la plus contributive pour ce travail de comparaison est d'origine néerlandaise, et conclue à des taux de prescription antibiotique dans les IRH comparables en France et aux Pays-Bas, à ceci près que les patients français consultent beaucoup plus et surtout bien précocement pour une IRH.

Cette volonté d'amélioration des pratiques des pays d'Europe du nord se retrouve dans la participation importante aux formations continues, dans les collaborations interprofessionnelles, mais aussi dans les dates de parution des recommandations de bonne pratique préconisant l'attente et les traitements de confort pendant les premiers jours d'IRH. En Hollande, elles sont parues en 1993 pour les sinusites, en 1999 pour les angines et en 2003 pour les toux. En Suède, les objectifs d'utilisation plus rationnelle des antibiotiques ont été diffusés en 2000 pour les otites, en 2001 pour les angines et en 2005 pour les sinusites.

Du côté français, les études se rapportant à notre sujet exploraient les déterminants des prescriptions antibiotiques et les stratégies développées par les médecins pour éviter les prescriptions inappropriées. Mais nous n'avons pas trouvé de données sur le ressenti ou la satisfaction des patients, ni sur la communication médecin-patient.

La campagne de santé publique initiée en 2002, visant à modifier les comportements face aux antibiotiques, a permis une diminution significative de notre consommation d'antibiotiques.

Les recommandations de nouveaux comportements de prescription, notamment concernant les angines avec l'aide des TDR, sont parues en France en 2005.

Le changement vis-à-vis des antibiotiques notamment, a été initié plus tardivement en France, mais avec une certaine efficacité. Pour s'inscrire dans la durée, il doit maintenant être relayé par tous les acteurs concernés.

L'hypothèse selon laquelle les différences de comportement face aux IRH s'expliquent par des divergences de recommandations de bonne pratique entre les pays est ainsi infirmée.

En dépit des différences internationales précitées, les études au sujet des consultations pour IRH concordent dans leurs conclusions : les patients consultent par inquiétude d'une pathologie grave, ce que les médecins interprètent comme une demande d'antibiotique, occasionnant de multiples prescriptions inappropriées d'antibiotiques. Cette tendance est corroborée par d'autres études de pays non concernés par ce travail [57-60] : alors que les patients attendent écoute attentive, information et réassurance, nous avons pour habitude de concentrer notre attention sur la maladie et d'y répondre en terme de thérapeutique, en l'occurrence d'antibiotiques, voire d'AINS et de corticostéroïdes dans les IRH en France.

La modification des comportements des patients et des médecins dans les IRH implique de modifier notre mode de communication au sein de la consultation.

En se dirigeant vers une consultation centrée sur le patient, en recueillant son avis et ses attentes, nous pourrions délivrer des informations adaptées au patient et favoriser des changements de comportement.



## **B. Les limites de cette comparaison**

Ce travail de comparaison bibliographique est basé sur les études ayant pour sujet les IRH dans chacun des pays étudiés.

Nous nous sommes limités aux parutions francophones et anglophones, en raison de difficultés à se faire aider de traducteurs. Cela a limité l'accès à certaines informations médicales, comme les textes de recommandations de bonne pratique médicale pour la prise en charge des IRH, disponibles en langue locale uniquement pour l'Allemagne et les pays d'Europe du Nord.

Le peu d'informations disponibles sur le vécu des consultations pour IRH par les médecins de chaque pays ou encore sur les délais d'attente avant une consultation médicale pourrait également s'expliquer par cette barrière de la langue.

D'autre part, les travaux de comparaison directe entre les pays étant assez peu fréquents, certains résultats ne peuvent pas être directement rapprochés en raison d'unités, de définitions ou encore de population étudiée parfois hétérogènes.

C'est le cas par exemple des données sur le nombre de consultations pour IRH dans chaque pays exprimé en unités différentes (Tableau 13) : tantôt il s'agit du nombre de consultations pour IR pour 1000 habitant par an, tantôt de consultations pour IRH par médecin généraliste par an.

On se heurte également à des problèmes de définition nosologique disparate en fonction des études, qui accroissent la difficulté à obtenir des données comparatives. Il en va ainsi des chiffres concernant les infections respiratoires dans leur ensemble (regroupant les infections respiratoires hautes et basses), les infections respiratoires hautes ou encore les rhinopharyngites, pouvant se traduire par des volumes de consultation très dissemblables.

Par ailleurs, au sein même de ces termes, les définitions peuvent varier d'une étude à l'autre comme nous l'avons mentionné dans le Tableau 14. Sous le terme Infections Respiratoires Hautes peut être désigné l'ensemble des rhinopharyngites, sinusites, angines, laryngites et otites, mais également, dans les études utilisant la Classification Internationale pour les Soins Primaires (ICPC), les rhinopharyngites seules. Ceci est probablement lié au caractère artificiel des classements par sous unité de la sphère respiratoire haute, alors qu'il s'agit d'un continuum infectieux.

De plus, concernant les populations étudiées, les données collectées se rapportent à des populations adultes, mais également parfois à des populations tous âges confondus. Or

l'épidémiologie des infections respiratoires aiguës présente de grandes différences entre adultes et enfants en bas âge.

Nous retiendrons donc, comme données les plus pertinentes, celles issues de la comparaison directe des pays étudiés, à savoir l'étude portant sur les habitudes de prescription pour IRH en France et aux Pays-Bas de 2007 [13]. Ces études sont malheureusement trop rares.

### **C. Les pistes pour une amélioration**

A l'issue de ce travail, nous envisageons différentes interventions possibles pour améliorer les pratiques médicales d'une part, et le ressenti positif du médecin comme du patient lors de la consultation pour IRH.

#### **1. La formation**

Nous l'avons vu, le cursus médical aborde malheureusement peu les plaintes courantes et les différentes façons d'échanger avec les patients et de les rassurer.

L'introduction dans la spécialisation de médecine générale de formations aux pathologies bénignes fréquentes, à la communication médecin-patient et à la non-prescription pourrait permettre aux médecins d'aborder différemment ces consultations parfois complexes.

Eduquer les patients implique tout d'abord d'évaluer leurs attentes, leurs sources d'inquiétude et de satisfaction, que ce soit à un niveau individuel, au sein de la consultation, ou à un niveau collectif par la recherche en médecine générale. Il sera alors plus aisé de réaliser des consultations satisfaisantes pour le patient comme pour le médecin, donc d'initier des changements de comportement. Certaines techniques de consultation [58-60] sont éprouvées pour rendre explicites les attentes des patients, rassurer et informer, tout en préservant la relation et responsabilisant le patient. La publication de recherches sur les attentes des patients pourrait être l'occasion de faire le point sur ces techniques de communication, venant compléter la recherche sur les stratégies développées en consultation par les médecins [études PAIR 1 et 2, 11].

Par ailleurs, la formation médicale initiale aborde peu les aspects sociologiques de l'exercice de la médecine. Ceci pourrait expliquer pourquoi les médecins ont parfois des difficultés à envisager les conséquences de leur travail individuel à l'échelle de la population.

Une part plus importante de la formation dédiée à la santé publique permettrait d'acquérir une perspective plus collective, et par là même une meilleure adhésion des médecins aux divers plans d'amélioration des prises en charge.

Enfin notre formation devrait être l'occasion d'encourager les FMC, les réunions interprofessionnelles et les groupes d'échanges de pairs. Les réunions locales systématiques entre médecins et pharmaciens, telles que celles mises en place par le Strama en Suède, permettraient d'impliquer davantage les différents intervenants ambulatoires dans la prise en charge et d'uniformiser les informations délivrées au patient, notamment sur l'évolution habituelle et les traitements symptomatiques pour les IRH.

## 2. Les facteurs systémiques

La tradition de centralisation en France se retrouve dans l'ensemble de notre système de santé. L'Afssaps en est un bon exemple. Cet organisme publie des recommandations de bonne pratique médicale mais ne dispose pas de relais régionaux ou locaux, ni de moyens pour la diffuser. Des modifications de recommandations peuvent ainsi être méconnues de professionnels de santé, ou les fiches patients non distribuées au public alors qu'elles constituent un excellent support de diffusion, pouvant venir compléter des informations orales.

La mise en place d'antennes de l'Afssaps dans chaque faculté de médecine permettrait de relayer les informations et d'attirer l'attention des médecins sur l'évolution nécessaire des pratiques. Les difficultés rencontrées lors d'adaptations pratiques des recommandations pourraient alors être discutées.

Parmi les enseignements de ce travail comparatif, nous retiendrons également que des alternatives aux certificats médicaux d'incapacité temporaire de travail pourraient être envisagées pour les 2 ou 3 premiers jours d'absence (correspondant au délai de carence existant), avec éventuellement des restrictions en cas d'absences trop fréquentes comme en Norvège. Cela favoriserait un meilleur contrôle des dépenses de santé et la diminution du volume de consultation pour des pathologies courantes spontanément résolutive (IRH, gastro-entérites...).

### 3. L'exercice médical

L'exercice de la médecine générale en France, comme nous l'avons vu, se caractérise par un isolement des médecins dont l'exercice individuel est majoritaire, par l'absence de partage des tâches, un système de formation continue et de recherche en médecine générale encore insuffisamment organisé, un paiement à l'acte ne valorisant pas le temps passé en consultation et l'éducation des patients. Le règlement pécunier par le patient en fin de consultation sous-entend par tradition l'obtention d'une ordonnance en contrepartie, alors que la majorité des pathologies bénignes n'en nécessitent pas. Notre système favorise ainsi la multiplication des actes, donc la croissance des dépenses de santé, la poursuite de comportements médicaux parfois inadaptés et l'absence d'éducation des patients.

L'organisation de la formation médicale continue et de la recherche en médecine générale sont des pistes d'amélioration suivies depuis quelques années. Cependant leur réalisation et l'implication des professionnels de santé dans ces projets est encore embryonnaire. Pourquoi ne sont-ils pas mis en place dès le début de l'exercice médical, créant ainsi une habitude qui déboucherait sur une ré-évaluation régulière et objective des connaissances (exemple de la Norvège qui oblige à une revalidation des capacités d'exercer tous les cinq ans) ?

Les incitations à un exercice moins individuel sont actuellement limitées aux propositions de création de maisons médicales en zones rurales, qui répondent malheureusement plus à une démographie médicale géographiquement déséquilibrée qu'à une logique d'amélioration des prises en charge. Ce concept, favorisant la coopération entre professionnels de santé et la prise en charge coordonnée des patients, dans la logique de la réforme du médecin traitant, pourrait être diffusé plus largement à l'ensemble du territoire français, y compris aux grandes agglomérations.

Les réseaux de surveillance pluridisciplinaires (tels qu'Antibiolor dans l'Est et Medqual dans l'Ouest), qui assurent une veille épidémiologique et forment les professionnels sur les bonnes pratiques en pathologie infectieuse, sont pour l'instant le fruit d'initiatives locales isolées. La systématisation de ces réseaux dans chaque faculté et l'implication des professionnels exerçant en ambulatoire permettraient de favoriser les changements de pratiques médicales.

#### 4. Les médicaments

L'automédication, récemment introduite en France, doit être favorisée dans une perspective épidémiologique et non pas uniquement économique. Son enseignement aux patients pour les IRH doit passer par les pharmaciens, les médecins et pourquoi pas les secrétaires médicales lors d'appels précoces des patients.

Cette information peut être mixte, orale mais aussi écrite car plus pérenne pour le patient. La fiche réalisée par l'Afssaps [36] est ainsi un excellent support qui pourrait être diffusé plus largement en officine et dans les cabinets de médecine de ville.

De plus le statut des médicaments à PMF doit être clarifié en terme de remboursement et d'efficacité, pour une plus grande cohérence aux yeux des patients.

Le conditionnement des médicaments joue un rôle dans le bon ou le mauvais usage des traitements, notamment dans le cas des antibiotiques. Un conditionnement respectant strictement les prescriptions médicales, en terme de posologie quotidienne et de durée de traitement, pourrait être envisagé afin d'éviter un usage ultérieur inapproprié.

#### 5. La diffusion de l'information

A l'heure de la multiplication des sources d'information pour les patients comme pour les professionnels de santé, la diffusion de l'information validée (conférences de consensus, avis de groupes d'experts...), semble peu organisée et noyée dans le flot des sources disponibles.

Paradoxalement, les messages des campagnes de santé publique sont quant à eux bien connus du public et des professionnels de santé, grâce à l'utilisation de médias de masse (télévision, radio).

La répartition des rôles dans la transmission des informations entre le Ministère de la Santé, les différentes caisses d'Assurance Maladie et la Haute Autorité de Santé n'apparaît pas synergique. Un partage des tâches pour mieux cibler les destinataires des données et grandes orientations de santé publique est nécessaire à un échelon collectif et individuel.

## 6. Les facteurs culturels et l'évolution des mentalités

Les mentalités et habitudes de comportement évoluent lentement, mais les exemples des pays scandinaves et de la Hollande témoignent de l'efficacité du partage des tâches et d'une diffusion ciblée et systématisée des informations.

Un changement des usages devra passer par une volonté d'éducation permanente de tous les acteurs et par la poursuite des campagnes de santé publique.

## **V. CONCLUSION**

Comparativement à nos voisins européens, les taux de résistance bactérienne en France sont plus élevés, en rapport avec des volumes de prescription plus importants s'opérant essentiellement pour les IRH.

Néanmoins, cette situation n'est pas inéluctable comme en témoigne l'amélioration de la situation depuis la campagne de 2002 destinée à modifier les comportements des patients, mais également des médecins. Ce travail qui explore les multiples aspects de la prise en charge des IRH permet d'apporter de nombreuses autres pistes d'amélioration.

## **VI. BIBLIOGRAPHIE**

1. Herbert AP. The common cold. In: Look back and laugh. London: Methuen, 1960: 115-17.
2. Heikkinen T, Järvinen A. The common cold. The Lancet, january 4, 2003, vol 361, 51-59.
3. AFSSAPS. Antibiothérapie par voie générale en pratique courante dans les infections respiratoires hautes de l'adulte et de l'enfant : recommandations de bonnes pratiques. Octobre 2005
4. Gaida-Persichetti S. La pathologie du « coup de froid » : signification pour les patients et leur médecin généraliste. Le « coup de froid » existe-t-il ? Lille, 2005, Université du droit et de la santé-Lille 2, Faculté de médecine Henri Warembourg.
5. Observatoire de la Médecine Générale- Société Française de Médecine Générale, 2007. [http// : omg.sfm.org](http://omg.sfm.org). Page consultée le 5 mai 2010.
6. Mousquès J, Renaud T, Scemama O. Variabilité des pratiques médicales en médecine générale : la prescription d'antibiotiques dans la rhinopharyngite aiguë. CreDES, Bulletin d'information en économie de la santé, août 2003, numéro 70.
7. Wong O. Rhinopharyngite. Akos Encyclopédie pratique de médecine, 2002, 6-0396.
8. Pépin S, Ricordeau P. La consommation d'antibiotiques : situation en France au regard des autres pays européens. CNAMTS, Points de repère n°6, novembre 2006.
9. Ferech et al. European Surveillance of Antimicrobial Consumption (ESAC) : outpatient antibiotic use in Europe. Journal of Antimicrobial Chemotherapy, 2006, vol 58, 401-407.
10. Attali C, Rola S, Renard V, Roudot-Thoraval F, Montagne O, Le Corvoisier P, Médioni M, Cittée J, Compagnon L. Situations cliniques à risque de prescription non conforme aux



recommandations et stratégies pour y faire face dans les infections respiratoires présumées virales. *Exercer* 2008 ; 82, vol 19, 66-72.

11. Rola S. La prescription des antibiotiques dans les pathologies respiratoires hautes et basses présumées virales de l'adulte. Créteil, 2007, Université Paris Val-de-Marne, Faculté de médecine de Créteil.
12. Castelain E. La France championne d'Europe !!! . Campus numérique de médecine générale(CNMG).[http://www.campusumvf.cnge.fr/materiel/biblio\\_com/03.%20DP05-EC%20-%20Antibiotiques%20en%20Europe%20VF.pdf](http://www.campusumvf.cnge.fr/materiel/biblio_com/03.%20DP05-EC%20-%20Antibiotiques%20en%20Europe%20VF.pdf). Page consultée le 22 février 2010.
13. Organisation de Coopération et de Développement Economique. <http://www.oecd.org/>
14. Rosman S, Le Vaillant M, Schevellis F, Clerc P, Verheij R, Pelletier-Fleury N. Prescribing patterns for upper respiratory tract infections in general practice in France and in the Netherlands. *European Journal of Public Health*, 2007, Vol. 18, No. 3, 312-316.
15. Goossens H, Ferech M, Van der Stichele R, Elseviers M, Castelain E. Prescriptions ambulatoires d'antibiotiques en Europe et leurs effets sur les résistances bactériennes: Etude européenne sur bases de données. *The Lancet*, 2005, vol 365, numéro 9459, 570-87.
16. Coenen S, Mölsted S. Preferred antibiotics, dosages and length of treatments in general practice. A comparison between ten European countries. *European Journal of General Practice*, 2004, vol 10, 166-168.
17. B. Majnoni d'Intignano. Santé et Economie en Europe. PUF, Que sais-je?, 2009, numéro 3620.
18. Eurohealth. Health system snapshots: perspectives from six countries. Volume 14, number 1, 2008.
19. Drees. Les systèmes de santé danois, suédois et finlandais, décentralisations, réformes et accès aux soins. *Etudes et résultats* N° 214, janvier 2003.

20. Chambaretaud S, Lequet-Slama D. Les systèmes de santé nationaux du Nord de l'Europe et l'influence des modèles libéraux durant la crise des années quatre-vingt-dix. RFAS n°4, 2003, p 401-422.
21. Vuorenkoski L. Health systems in transition: Finland : Health system review. Health systems in transition, vol. 10, N°4, 2008
22. Y. Bourgueil, A. Marek, J. Mousquès. Trois modèles types d'organisation des soins primaires en Europe, au Canada, en Australie et en Nouvelle-Zélande. Institut de Recherche et Documentation en Economie de la Santé, Questions d'économie de la santé n°141, avril 2009.
23. Y. Bourgueil, A. Marek, J. Mousquès. Médecine de groupe en soins primaires dans six pays européens, en Ontario et au Québec : quels enseignements pour la France ? Institut de Recherche et de Documentation en Economie de la Santé, Questions d'économie de la santé n°127, novembre 2007.
24. S. Chambaretaud, L. Hartmann. Participation financière des patients et mécanismes de protection en Europe, Pratiques et Organisation des Soins, volume 40 n°1, janvier-mars 2009.
25. Osterkamp R. Work lost due to illness - an international comparison. Dice Reports (Database of Institutional Comparison in Europe), CESifo Forum 4/2002, 36-40.
26. Lusinyan L, Bonato L. Work absence in Europe. International Monetary Fund Staff Papers; 2007; vol 54, No 3, 474-538
27. Ministère du travail, de la Solidarité et de la Fonction Publique L'indemnisation légale des absences pour maladie ou accident. Mise à jour le 14 août 2008. <http://www.travail-solidarite.gouv.fr/informations-pratiques.89/fiches-pratiques.91/sante-conditions-de-travail.115/l-indemnisation-legale-des.1058.html>. Page consultée le 15 mai 2010.

28. Ministère de la Santé. Situation de l'automédication en France et perspectives d'évolution. 2006, 32 pages. <http://www.sante.gouv.fr/htm/actu/automedication/rapport.pdf>
29. Cornely M-H. « Automédication » en Europe : état des lieux et enjeux. Conférence-débat, Pilule d'Or Prescrire 2009.
30. Grigoryan L et al. Self-medication with antimicrobial drugs en Europe. *Emerging Infectious Diseases*, march 2006, vol 12, No 3, 452-459.
31. Meeuwesen L, Van den Brink-Muinen A, Hofstede G. Can dimensions of national culture predict cross-national differences in medical communication? *Patient Education Counseling*, 2009, 75, 58-66.
32. Geert Hofstede Cultural Dimensions. Pages consultées le 27 avril 2010. <http://www.geert-hofstede.com>.
33. Van den Brink-Muinen A, Verhaak P, Bensing J, Bahrs O, Deveugele M, Gask L, Mead N, Leiva-Fernandes F, Perez A, Messerli V, Oppizzi L, Peltenburg M. The Eurocommunication study: an international comparative study in six European countries on doctor-patient communication in general practice. Utrecht: Nivel, 1999.
34. Deschepper R, Grigoryan L, Stalsby Lundborg C, Hofstede G, Cohen J, Van der Kelen G, Deliëns L, Haaijer-Ruskamp F. Are cultural dimensions relevant for explaining cross-national differences in antibiotic use in Europe? *BMC Health Services Research* 2008, 8: 123.
35. Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé. Antibiothérapie par voie générale en pratique courante dans les infections respiratoires hautes de l'adulte et de l'enfant : argumentaire. Octobre 2005.
36. Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé. Bien vous soigner avec des médicaments disponibles sans ordonnance, le rhume de l'adulte. Juin 2008.

37. Akkerman AE, Kuyvenhoven MM, van der Wouden JC, Verheij TJ. Determinants of antibiotic overprescribing in respiratory tract infections in general practice. *Journal of Antimicrobial Chemotherapy* novembre 2005; 56 :930-936.
38. Gjelstad S, Dalen I, Lindbaek M. GPs' antibiotic prescription patterns for respiratory tract infections – still room for improvement. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*. 2009; 27: 208-215.
39. André M, Vernby A, Odenholt I, Lundborg CS, Axelsson I, Eriksson M, Runehagen A, Schwan A, Mölsted S. Diagnosis-prescribing surveys in 2000, 2002 and 2005 in Swedish general practice: Consultations, diagnosis, diagnostics and treatment choices. *Scandinavian Journal of Infectious Disease*. 2008; 40 : 648-654.
40. Goossens H, Guillemot D, Ferech M, Schlemmer B, Costers M, van Breda M, Baker LJ, Cars O, Davey PG. National Campaigns to improve antibiotic use. *European Journal of Clinical Pharmacology*. 2006; 62 :373-379.
41. Guyot AS. Pour quelles raisons les patients atteints d'infection aiguë des voies respiratoires consultent-ils ? Nancy, 2004, Faculté de médecine de Nancy.
42. Mölsted S, Cars O, Struwe J. STRAMA-a Swedish working model for containment of antibiotic resistance. *Eurosurveillance* 2008; 13: 46.
43. Odenholt I et Al. Differences in antibiotic prescribing patterns between general practitioners in Scandinavia: a questionnaire study. *Scandinavian Journal of Infectious Disease* 2002; 34: 602-609.
44. Deschepper R, Vander Stichele R, Haaijer-Ruskamp F. Cross-cultural differences in lay attitudes and utilisation of antibiotics in a Belgian and a Dutch city. *Patient Education and Counseling*, 2002, Vol 48: 161-169.
45. Van Duijn HJ, Kuyvenhoven M, Schelevis F, Verheij T. Illness behaviour and antibiotic prescription in patients with respiratory tract symptoms. *British Journal of General Practice*, 2007, Vol 57: 561-568.

46. Neumark T, Brudin L, Engström S, Mölstad S. Trends in number of consultations and antibiotic prescriptions for respiratory tract infections between 1999 and 2005 in primary healthcare in Kalmar County, Southern Sweden. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 2009, Vol 27: 18-24.
47. Neumark T, Brudin L, Mölstad S. Use of rapid diagnostic tests and choice of antibiotics in respiratory tract infections in primary healthcare-A 6-y follow-up study. *Scandinavian Journal of Infectious Diseases*, 2010, Vol 42: 90-96.
48. Fischer T, Fischer S, Kochen M, Hummers-Pradier E. Influence of patient symptoms and physical findings on general practitioners' treatment of respiratory tract infections: a direct observation study. *BMC Family Practice*, 2005, Vol 6: 6.
49. Himmel W, Lippert-Urbanke E, Kochen M. Are patients more satisfied when they receive a prescription? The effect of patient expectations in general practice. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 1997, Vol 15: 118-122.
50. Welschen I, Kuyvenhoven M, Hoes A, Verheij T. Antibiotics for acute respiratory tract symptoms: patients' expectations, GPs' management and patient satisfaction. *Family Practice*, 2004, Vol 21, No 3: 234-237.
51. Lundkvist J, Akerlind I, Borgquist L, Mölstad S. The more time spent on listening, the less time spent on prescribing antibiotics in general practice. *Family Practice*, 2002, Vol 19, No 6, 638-640.
52. Gjelstad S, Fetveit A, Straand J, Dalen I, Rognstad S, Lindbaek M. Can antibiotic prescriptions in respiratory tract infections be improved? A cluster-randomized educational intervention in general practice-The prescription Peer Academic Detailing (Rx-PAD) Study. *BMC Health Services Research*, 2006, Vol 6: 75.
53. Welschen I, Kuyvenhoven M, Hoes A, Verheij T. Effectiveness of a multiple intervention to reduce antibiotic prescribing for respiratory tract symptoms in primary care: randomised controlled trial. *British Medical journal*, 2004, 329: 431.

54. Cornaglia C, Partouche H. Etude angine 2007. Département de médecine générale, Faculté de médecine Paris-Descartes.
55. Akkerman A, Kuyvenhoven M, van der Wouden J, Verheij T. Prescribing antibiotics for respiratory tract infections by GPs: management and prescriber characteristic. *British Journal of General Practice*, 2005, Vol 55: 114-118.
56. Akkerman A, van der Wouden J, Kuyvenhoven M, Delieman J, Verheij T. Antibiotic prescribing for respiratory tract infections in Dutch primary care in relation to patient age and clinical entities. *Journal of Antimicrobial Chemotherapy*, 2004, Vol 54: 1116-1121.
57. Ratteni A, Schaub R, Reynes J, Le Moing V. Fréquence et déterminants de prescription d'une corticothérapie en cure courte dans la rhinopharyngite en médecine générale. *Médecine des maladies infectieuses*, 2009, vol 39, S70-71.
58. Braun B, Fowles J. Characteristics and experiences of parents and adults who want antibiotics for cold symptoms. *Arch Fam Med*, 2000, vol 9:589-595.
59. Butler C, Rollnick S, Pill R, Maggs-Rapport F, Stott N. Understanding the culture of prescribing: qualitative study of general practitioners' and patients' perceptions of antibiotics for sore throat. *BMJ* 1998, vol 317: 637-642.
60. Cockburn J, Pit S. Prescribing behaviour in clinical practice: patients' expectations and doctors' perceptions of patients' expectations-a questionnaire study. *BMJ* 1997, vol 315: 520-523.
61. Bauman K. The family physician's reasonable approach to upper respiratory tract infection care for this century. *Arch Fam Med*, 2000 , vol 9: 596-597.

## **VII. ANNEXES**

### **A. Table des abréviations**

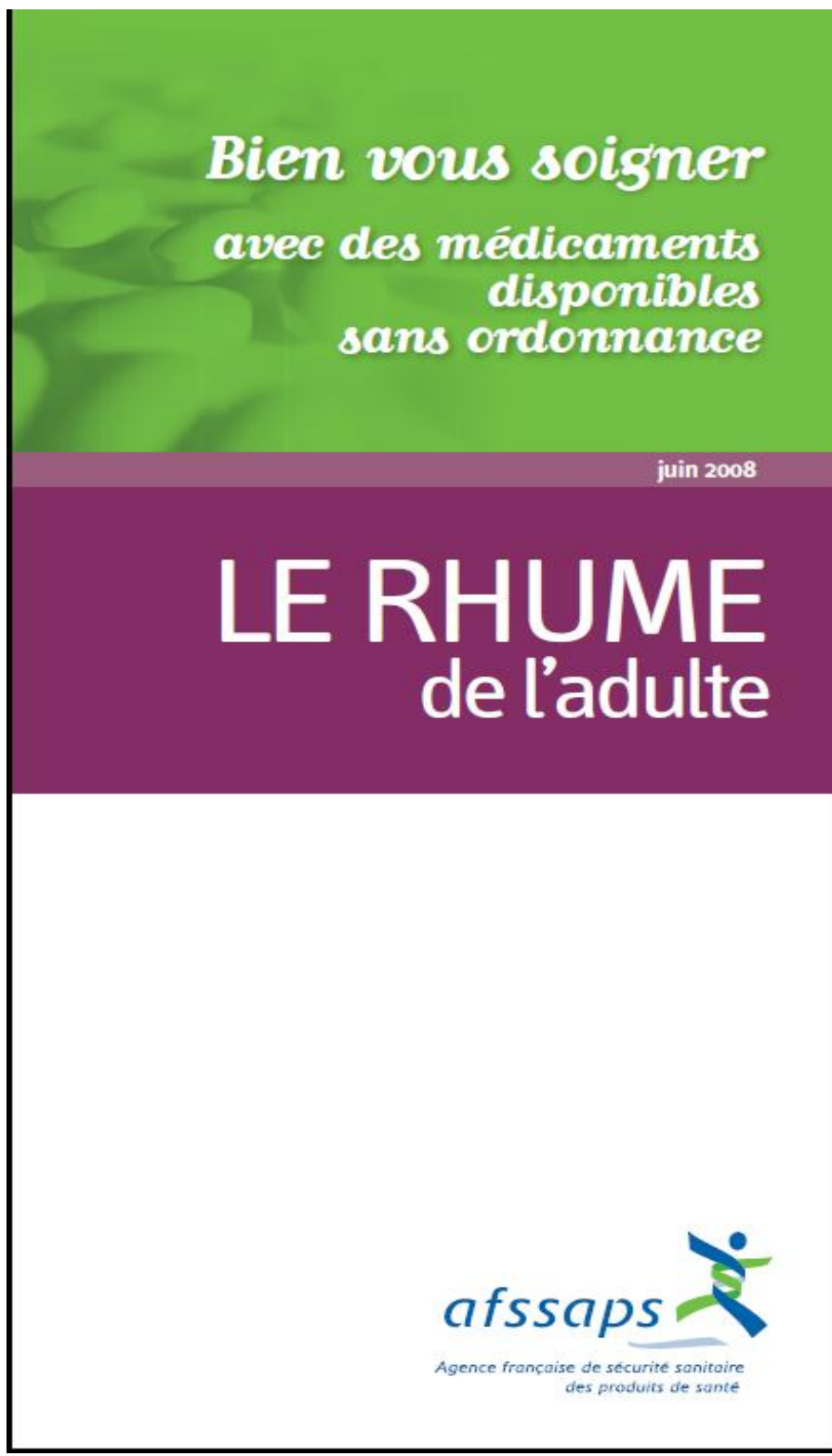
IRH: Infection Respiratoire Haute  
IR : Infection des voies Respiratoires  
DDD : defined daily dose  
ESAC : European Surveillance of Antimicrobial Consumption  
NHI: National Health Insurance (Finlande)  
PMI: Protection Maternelle et Infantile  
PMF: Prescription Médicale Facultative  
MnsP: Médicaments non soumis à Prescription  
UE : Union Européenne  
MsP : Médicament soumis a Prescription  
PDI : Power Distance Index  
UAI : Uncertainty Avoidance Index  
IDV : Individualism  
MAS : Masculinity  
SGA : Streptocoque du Groupe A  
RAA : Rhumatisme Articulaire Aigu  
TDR : Test de Diagnostic Rapide  
AINS: Anti-Inflammatoires Non Stéroïdiens  
EBV : Epstein Barr Virus  
DCI : Dénomination Commerciale Internationale  
OMS : Organisation Mondiale de la Santé  
CNAM : Caisse Nationale d'Assurance Maladie  
CNAMTS : Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés  
STRAMA : The Swedish Strategic Program Against Antibiotic Resistance  
NORM : Programme de surveillance des résistances et de consommation antibiotique en Norvège  
DANMAP : Programme de surveillance des résistances et de consommation antibiotique au Danemark  
CRP : Protéine C Réactive  
FMC : Formation Médicale Continue  
EARSS : European Antimicrobial Resistance Surveillance System  
IRDES : Institut de Recherche et de Documentation en Economie de la Santé  
DREES : Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et de Statistiques  
DICE : Database of Institutional Comparison in Europe

## **B. Table des illustrations**

<i>Figure 1: Consommation ambulatoire d'antibiotiques en DDD/1000 hab/j.</i> .....	9
<i>Figure 2 : Résistance de Streptococcus pneumoniae à la pénicilline en 2008.</i> .....	10
<i>Figure 3: Dépenses de santé en pourcentage du PIB, 2006</i> .....	14
<i>Figure 4: Dépenses pharmaceutiques par habitant en 2006</i> .....	15
<i>Figure 5: Consommation antibiotique pour les principales classes de molécules.</i> .....	16
<i>Figure 6: Consommation de pénicillines en ville en Europe en DDD/1000pers/jour</i> .....	17
<i>Figure 7: Evolution de la consommation d'antibiotiques remboursés en France</i> .....	18
<i>Figure 8: Variations saisonnières de la consommation en antibiotiques de ville</i> .....	19
<i>Figure 9: Distribution du système professionnel d'assurance maladie en Allemagne</i> .....	30
<i>Figure 10: Distribution du système professionnel d'assurance maladie en France</i> .....	30
<i>Figure 11 : Dépenses de santé totales par habitant, publiques et privées, 2007</i> .....	31
<i>Figure 12 : Absentéisme pour maladie, 1995-2003</i> .....	45
<i>Figure 13: Poids des PMF dans le marché total en France</i> .....	50
<i>Figure 14: Prescriptions antibiotiques en France de septembre à février 2000 à 2004</i> .....	63
<i>Figure 15: Evolution de la consommation d'antibiotiques en ville</i> .....	63
<i>Figure 16 : Consommation des antibiotiques en médecine de ville en Suède</i> .....	65
<i>Tableau 1: Prescription antibiotique type pour une angine aiguë par pays en 2003</i> .....	20
<i>Tableau 2 : Dépenses de soins en France</i> .....	32
<i>Tableau 3 : Indicateurs d'efficacité et de qualité des soins dans les pays étudiés</i> .....	32
<i>Tableau 4 : Offre de soins /1000 habitants en 2007</i> .....	33
<i>Tableau 5 : L'exercice de la médecine générale dans les différents pays étudiés</i> .....	40
<i>Tableau 6 : Financement des dépenses de santé en euros par personne. 2003</i> .....	41
<i>Tableau 7 : Les mécanismes de participation financière à la demande</i> .....	42
<i>Tableau 8 : Les mécanismes de protection</i> .....	42
<i>Tableau 9 : Rémunération en pourcentage du salaire habituel en cas d'arrêt maladie, 2000</i> ....	44
<i>Tableau 10 : 2 grands types de comportement vis-à-vis du capital santé</i> .....	48
<i>Tableau 11: Scores pour les pays étudiés en 2003:</i> .....	55
<i>Tableau 12 : Les dernières recommandations des différents pays étudiés : date et contenu par pays [37-39]</i> .....	61
<i>Tableau 14: Prescription d'antibiotique par IRH par pays</i> .....	71



**C. Fiche patient « Le rhume de l'adulte ». Afssaps, juin 2008.**



## Ce qu'il faut savoir

*Le rhume est une infection bénigne aiguë très fréquente qui affecte la muqueuse nasale (paroi interne du nez). Cette muqueuse sécrète un liquide dont le rôle est d'humidifier en permanence l'air inspiré et de lutter contre les agents infectieux.*

*Lorsque cette muqueuse est irritée, elle gonfle et augmente sa sécrétion habituelle de liquide, de sorte que le nez « coule ».*

L'écoulement en avant requiert un mouchage régulier, l'écoulement vers l'arrière des fosses nasales, dans la gorge, est source de toux, gênante surtout la nuit et de raclement de gorge quand les sécrétions sont visqueuses.

Le gonflement de la muqueuse nasale est responsable d'une obstruction qui oblige à respirer par la bouche (au moins partiellement) d'où un défaut d'humidification de l'air inspiré qui donne une sensation de sécheresse, ce qui oblige à boire souvent.

Le fait de s'allonger aggrave toujours l'obstruction nasale obligeant le dormeur à respirer partiellement par la bouche, d'où des ronflements, le dessèchement de la bouche et un sommeil de moins bonne qualité avec pour conséquences une sensation de fatigue dans la journée, des maux de tête...

Plusieurs familles de virus très contagieux peuvent induire des rhumes notamment les rhinovirus (les plus fréquents).

Ces virus se transmettent par les gouttelettes émises lors des éternuements ou lors de la toux mais aussi par les mains, directement par le toucher ou indirectement par l'intermédiaire d'objets si ceux-ci ne sont pas nettoyés.

Les personnes enrhumées peuvent être contagieuses quelques jours avant l'apparition des signes et peuvent le rester pendant environ une semaine après le début des symptômes.

Après être entrés par le nez, les virus se multiplient et peuvent provoquer au bout de 48 h un écoulement nasal, des éternuements, des picotements des yeux, des douleurs de la gorge (pharynx) parfois accompagnés de toux, de maux de tête et d'une fièvre modérée (aux alentours de 38°C).

*Le rhume guérit spontanément en 7 à 10 jours sans traitement.*

L'écoulement nasal est au départ très liquide puis il s'épaissit : cet épaississement n'est pas le signe d'une surinfection bactérienne, il traduit l'évolution normale du rhume.

### SIGNES D'ALERTE

Une consultation médicale est nécessaire en cas :

- d'apparition d'une fièvre élevée (>38,5°C), de douleurs d'oreille ou d'un écoulement de l'oreille, de violents maux de tête, de douleurs au niveau des yeux, du front et des joues
- d'apparition ou de persistance d'une gêne respiratoire, d'une toux rauque, de signes d'allergie
- d'écoulement nasal d'une seule narine et douleur de la face (suspicion de corps étranger ou sinusite d'origine dentaire)
- de persistance des symptômes sans amélioration au-delà de 10 jours

## *Ce qu'il ne faut pas faire*

- Fumer ou respirer la fumée des autres ;
- Rendre visite à une jeune accouchée et à son nouveau-né, à une personne âgée ou à une personne traitée par immunodépresseurs (corticoïdes, médicaments pour une maladie du sang ou un cancer...) : le port du masque est recommandé.

## *Ce que l'on peut faire soi-même*

POUR ÉVITER DE CONTAMINER VOTRE ENTOURAGE, IL EST IMPORTANT DE :

- se laver les mains régulièrement, en particulier avant les repas ou lors de leur préparation
- se couvrir la bouche quand vous toussiez
- se moucher souvent avec des mouchoirs jetables (pour ne pas vous recontaminer) et les jeter dans une poubelle immédiatement après utilisation, puis se laver les mains

POUR VOTRE CONFORT :

- boire suffisamment
- humidifier la muqueuse nasale avec des solutions de lavage adaptées (sérum physiologique, sprays d'eau thermale ou d'eau de mer). Éviter l'utilisation du même embout nasal pour toute la famille
- dormir la tête surélevée pour améliorer le flux d'air dans les narines bouchées et dormir suffisamment
- protéger au besoin la peau de la lèvre supérieure et des narines par une crème car la répétition des mouchages a tendance à irriter la peau
- éviter les climatiseurs qui déshumidifient l'air et assèchent les muqueuses nasales, la température idéale de la pièce doit être aux environs de 18-20°C
- aérer régulièrement les pièces

## Les médicaments

Si malgré les mesures précédentes (notamment l'utilisation de solutions de lavage), vous êtes particulièrement gêné par vos symptômes, vous pouvez avoir recours à un médicament disponible sans ordonnance.

Les traitements disponibles agissent uniquement sur l'intensité des symptômes, ils n'ont pas d'action sur la durée du rhume.

Attention, il est impératif de respecter la **posologie**, la **durée du traitement préconisée** et de ne jamais prendre un traitement de façon prolongée sans avis médical.

D'une façon générale privilégier les spécialités simples (un seul composant).

Le choix d'une spécialité doit se faire en fonction des précautions d'emploi propres à chaque famille de médicaments et à la prise éventuelle d'un autre médicament.

Pour ce faire, il est important de **toujours lire la notice de votre médicament et de la conserver dans sa boîte d'origine.**

## La pseudoéphédrine

*(vasoconstricteur, décongestionnant nasal)*

Elle permet de diminuer la sensation de nez bouché et facilite la respiration en diminuant le gonflement de la muqueuse nasale.

- Ne pas utiliser en cas d'hypertension artérielle grave, de maladie des coronaires, d'accident vasculaire cérébral, de convulsions anciennes ou récentes, de certaines formes de glaucome ou de troubles de la prostate
- Ne pas utiliser chez l'enfant avant 15 ans et chez la femme qui allaite
- Ne pas utiliser en association avec d'autres médicaments vasoconstricteurs ou certains antidépresseurs

Il est IMPERATIF de respecter strictement la posologie et la durée de traitement de 5 jours.

Consultez votre médecin en cas :

- d'hypertension artérielle
- d'affections cardiaques, d'hyperthyroïdie (hyperfonctionnement de la glande thyroïde)
- de troubles de la personnalité ou de diabète
- en cas de prise de médicaments destinés à traiter la migraine.

Si vous devez subir une anesthésie, arrêtez au préalable le traitement et prévenir l'anesthésiste

Au cours du traitement, en cas de sensation d'accélération des battements du cœur, de palpitations, d'apparition ou d'augmentation de maux de tête, d'apparition de nausées, de troubles du comportement : **ARRÊTEZ LE TRAITEMENT** et contactez votre médecin traitant,

La pseudoéphédrine peut induire une réaction positive des tests pratiqués lors des contrôles antidopage.

## Les antihistaminiques H<sub>1</sub>

Ils permettent de diminuer le volume des sécrétions nasales.

**Ne pas utiliser en cas de glaucome (augmentation de la pression de l'œil), de difficulté à uriner d'origine prostatique ou autre.**

- Certains antihistaminiques H<sub>1</sub> sont susceptibles d'entraîner une somnolence.



Il est donc conseillé aux patients qui doivent conduire un véhicule ou utiliser une machine dangereuse de ne pas dépasser la posologie recommandée et d'évaluer leur vigilance. Cette somnolence est accentuée par la prise de boissons alcoolisées ou de médicament contenant de l'alcool.

- Prudence chez le sujet âgé : l'avis d'un professionnel de santé est nécessaire.



Molécules: Phéniramine, chlorphénamine, diphéhydramine, triprolidine, doxylamine, prométhazine :  
Ne pas utiliser en cas d'antécédents d'agranulocytose (disparition des globules blancs du sang), en cas d'épilepsie.

## Les associations

*Les contre-indications, précautions d'emploi et effets indésirables de chacune des substances actives se cumulent.*

- Vasoconstricteurs + antihistaminiques H<sub>1</sub> : diminue la sensation de nez bouché et le volume de sécrétions.
- Association au paracétamol : soulage les maux de tête et/ou fièvre associés.

- Ne pas utiliser en cas de maladie grave du foie
- Ne pas utiliser en cas d'allergie connue au paracétamol

Ne jamais dépasser la dose maximale recommandée,

La persistance d'une fièvre élevée nécessite un avis médical.

Beaucoup d'autres médicaments contiennent du paracétamol, vérifiez l'ensemble de votre traitement pour éviter tout risque de surdosage,

- Association à l'ibuprofène : soulage les maux de tête et/ou fièvre associés.

- Ne pas utiliser en cas de problèmes digestifs (ulcère de l'estomac, du duodénum)
- Ne pas utiliser si vous souffrez d'une maladie grave du foie, des reins ou du cœur
- Ne pas utiliser à partir du début du 6<sup>e</sup> mois de grossesse
- Ne pas utiliser en cas d'allergie connue aux AINS ou à l'aspirine
- Ne pas utiliser si vous souffrez de lupus érythémateux disséminé

Ne jamais dépasser la dose maximale recommandée

Pour éviter un risque de surdosage, vérifiez l'absence d'anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) et/ou d'aspirine dans la composition des autres médicaments que vous prenez.

Il est nécessaire de consulter votre médecin traitant en cas d'antécédents d'asthme, de prise d'un traitement anticoagulant ou si vous suspectez d'être atteint de varicelle.

## LE RHUME de l'adulte

En cas de grossesse ou d'allaitement ne prenez pas de vous même de l'ibuprofène mais demandez conseil à votre pharmacien ou à votre médecin traitant.

Au cours du traitement :

- en cas de rejet de sang par la bouche, présence de sang dans les selles, coloration des selles en noire (signes d'hémorragie gastro-intestinale), **ARRETEZ LE TRAITEMENT ET CONTACTEZ IMMEDIATEMENT UN MEDECIN OU UN SERVICE MEDICAL D'URGENCE.**
- en cas d'éruptions cutanées ou de difficultés respiratoire (risque d'allergie) **ARRETEZ LE TRAITEMENT et CONSULTEZ VOTRE MEDECIN TRAITANT.**
- en cas de troubles de la vue, prévenez votre médecin traitant.

### ➤ Association avec l'acide ascorbique

**Effets indésirables :** les doses élevées d'acide ascorbique favorisent parfois des cristaux dans les urines et favorise la destruction des globules rouges (hémolyse) chez les patients atteints de déficit en G6PD (maladie héréditaire des globules rouges).

### *Exemples d'associations*

- Phényléphrine + chlorphénamine +/- biclotymol (comprimés)
  - Chlorphénamine + paracétamol + acide ascorbique
  - Pseudo-éphédrine + triprolidine + paracétamol
- Les formules « jour et nuit » :**
- Pseudo-éphédrine + paracétamol (comprimés jour)  
Chlorphénamine + paracétamol (comprimés nuit)
  - Pseudo-éphédrine + paracétamol (comprimés jour)  
Diphényhydramine + paracétamol (comprimés nuit)
  - Pseudo-éphédrine + paracétamol (comprimés jour)  
Doxylamine + paracétamol (comprimés nuit)

Il existe d'autres médicaments utilisés dans le traitement des symptômes du rhume, il s'agit de traitements d'appoint (solutions nasales antibactériennes, solutions pour inhalation), d'oligoéléments ou de traitements homéopathiques. Parlez-en à votre pharmacien.

La liste ci-dessus est amenée à évoluer en fonction de la commercialisation d'autres produits.

*En savoir plus : [www.afssaps.sante.fr](http://www.afssaps.sante.fr)*



**PRISE EN CHARGE DES INFECTIONS RESPIRATOIRES HAUTES  
COMPARAISON ENTRE LA FRANCE ET LES PAYS DU NORD DE L'EUROPE**

---

**RESUME**

La France est l'un des plus gros consommateurs d'antibiotiques en Europe. Cela contraste fortement avec leur utilisation modérée observée dans les pays de l'Europe du Nord. Ces prescriptions concernent essentiellement les infections respiratoires hautes (IRH), pourtant majoritairement virales et bénignes.

Dans ce travail de recherche bibliographique, nous avons étudié les différents déterminants de la prise en charge des IRH dans notre pays et dans ceux du nord de l'Europe, en comparant les systèmes de santé, les modalités d'exercice de la médecine générale, les facteurs socio-culturels, les attitudes des patients, des médecins et l'impact des mesures mises en œuvre pour contrôler la consommation de soins.

La France se distingue de ses voisins par un recours aux soins primaires plus fréquent et plus précoce pour les IRH, une automédication faible, le peu de place accordée à l'éducation des patients et à la formation des médecins aux pathologies courantes. Nous en tirons des pistes pour continuer à améliorer de façon durable nos pratiques professionnelles.

---

**MOTS-CLES**

- Antibiotiques
- Infections respiratoires hautes
- Médecine générale
- Système de santé publique
- France, pays du nord de l'Europe
- Déterminants socio-culturels