



HAL
open science

Infections respiratoires hivernales : pourquoi nos patients consultent

Julie Vidal

► **To cite this version:**

Julie Vidal. Infections respiratoires hivernales : pourquoi nos patients consultent. Médecine humaine et pathologie. 2020. dumas-02525130

HAL Id: dumas-02525130

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02525130>

Submitted on 30 Mar 2020

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

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

Thèse pour l'obtention du
DIPLÔME d'ÉTAT de DOCTEUR EN MÉDECINE
Présentée et soutenue publiquement le 6 février 2020

Par VIDAL Julie
née le 20 Octobre 1987 à Tonneins

Infections respiratoires hivernales : pourquoi nos patients consultent

Directeurs de thèse :
Dr CONORT Guillaume
Dr DRILLAUD Denis

Jury

Pr JOSEPH Jean-Philippe
Dr ROMERO Marco
Dr CHEVILLOT David
Dr GUILHON Jérémy
Dr CONORT Guillaume

Président
Rapporteur
Juge
Juge
Directeur

REMERCIEMENTS

À Monsieur le Pr Jean-Philippe JOSEPH, merci de me faire l'honneur de présider ce jury. Veuillez trouver ici l'expression de ma profonde reconnaissance.

À Monsieur le Dr Marco ROMERO, merci d'avoir accepté de rapporter et de juger ce travail, merci pour vos commentaires. Veuillez trouver ici l'expression de ma sincère gratitude.

À Monsieur le Dr David CHEVILLOT, merci d'avoir accepté de juger ce travail. Veuillez croire en ma profonde considération.

À Monsieur le Dr Jérémy GUILHON, merci pour l'intérêt porté à ce travail et d'avoir accepté de le juger. Veuillez croire en ma profonde reconnaissance.

À Monsieur le Dr Guillaume CONORT, merci pour le temps que tu m'as accordé, d'avoir accepté de m'accompagner dans ce projet et d'avoir été d'une aide si précieuse. Du stage à Penne d'Agenais à cette thèse, merci pour tout ce que tu m'as transmis qui, je n'en doute pas, continuera d'influencer ma pratique au quotidien. Sois assuré de mon plus grand respect.

À Monsieur le Dr Denis DRILLAUD, merci d'avoir accepté de participer à la direction de ce travail, je regrette que vous n'ayez pu être présent lors de cette soutenance.

À toutes les personnes qui ont donné de leur temps pour participer à cette étude et aux médecins qui m'ont accueilli dans leur cabinet.

À Johanna d'avoir fortement contribué à ce travail en effectuant le double codage. Merci de ta rapidité et de ton implication.

À tous mes maîtres de stages qui m'ont tant apporté, de l'externat à l'internat. Avec une pensée particulière pour le Dr Hommeau et le Dr Dejeans qui m'ont accompagné pour le premier contact avec la médecine générale, pour les gériatres de Pau, pour leur rigueur et leur bienveillance, et pour le Dr Aubignat, pour sa gentillesse et ses conseils pratiques et « botaniques ».

À toutes les équipes qui m'ont accueilli, à Dax, Pau, en Lot-et-Garonne et Bordeaux. A tous mes anciens co-internes avec une pensée particulière pour ceux de mon dernier stage à Xavier Arnoz, Geoffroy, Agathe, Juliette et Laura de la team SSR.

Aux amis de l'externat, avec bien sûr une pensée particulière pour la team cardiologie « I will go back ». A Florent aka Professeur, Jérémie et Romain (et Maylis), pour avoir rendu les ECG et la visite beaucoup plus sympas. Ravie que l'on puisse continuer à être amis depuis toutes ces années.

Aux amies de la BU, Alice, Maria et Rachel, pour ces heures passées à attendre le goûter.

Aux anciennes collocs de Dax, Pau et Villeneuve-sur-Lot avec une pensée particulière pour Marie et Lauriane pour ce super semestre béarnais même si la piscine n'aura pas beaucoup servie...

À Solène et Alain, pour ces soirées et pour toutes ces photos et recettes échangées. St Médard, c'est pas si loin que ça...

À Amélie et Adrien, nos presque voisins, pour toutes ces soirées passées et à venir.

Aux amis du collège et du lycée, avec une pensée particulière pour Charlotte et Élodie, même si l'on ne se voit pas très souvent, c'est toujours un plaisir de se retrouver comme si c'était hier.

À ma belle-famille qui m'a si bien accueillie, merci pour votre gentillesse.

À mes grands-parents que je n'oublie pas et qui m'ont appris à quel point les études et le travail sont importants.

À ma famille, mes oncles et tantes, mes nombreux cousins et cousines, avec une pensée spéciale pour Lisa, la dernière de la team pour qui les choses sérieuses commenceront cette année à Bordeaux, et Clément, parce que tes rhumes 8 mois par an ont dû m'inspirer.

À mes parents, de m'avoir permis de faire ses longues, très longues études...
À ma sœur et mon neveu qui seront toujours les bienvenus à Cestas. Et bien sûr à Fifi.

À Raoul, Yucca et Nova pour leur soutien indéfectible lors de ce travail.

À Thomas, pour toutes les choses que nous avons faites ensemble ici ou à travers le monde et pour toutes celles que nous ferons dans le futur. Merci de ton soutien au quotidien et de ta patience, merci de me supporter !

TABLE DES MATIERES

ABRÉVIATIONS.....	8
INTRODUCTION.....	9
1 Des rappels physiopathologiques, prévalence, évolution et traitements.....	9
2 Les infections respiratoires virales en médecine générale.....	10
MATÉRIEL ET MÉTHODE.....	12
1 Schéma général de l'étude.....	12
2 Recrutement.....	12
3 Guide d'entretien.....	13
4 Recueil des données.....	13
5 Analyse des données.....	14
6 Aspect éthique et réglementaire.....	15
RÉSULTATS.....	16
1 Les caractéristiques des personnes interrogées.....	16
2 La consultation comme réponse à un besoin ressenti.....	17
2.1 Le besoin de soulagement.....	17
2.2 Le besoin de réassurance.....	21
2.3 Les besoins « administratifs ».....	24
3 Un sentiment de nécessité sous influence.....	25
3.1 L'origine du sentiment de nécessité.....	25
3.1.1 L'avis médical.....	25
3.1.2 La nécessité d'un traitement médicamenteux.....	27
3.1.3 La consultation en urgence.....	30
3.2 Les expériences personnelles et de l'entourage.....	33
3.3 Les influences sociales.....	35
3.4 L'influence du médecin généraliste.....	37
3.5 Les influences indéterminées.....	39
DISCUSSION.....	40
1 Les forces et les faiblesses de la méthode.....	40
1.1 Le choix de la méthode qualitative.....	40
1.2 Le recrutement des personnes interrogées.....	40
1.3 La réalisation des entretiens.....	42
1.4 L'analyse des entretiens.....	43
2 L'origine du besoin ressenti.....	44
2.1 L'intolérance aux symptômes.....	44
2.2 L'ambivalence autour du médicament.....	47
2.3 Le médecin qui soulage, qui rassure, qui guérit.....	49
2.4 Un sentiment de nécessité confronté à l'organisation des soins.....	51

3	Un sentiment de nécessité sous influence : la surmédicalisation de la société ?.....	52
3.1	La représentation du médicament influencée par le médecin généraliste.....	53
3.2	Une relation de dépendance à la médecine ?.....	58
3.3	Le rôle des médias.....	60
4	Les perspectives.....	64
4.1	Vers une autonomisation du patient ?.....	64
4.2	Les perspectives de santé publique.....	67
4.2.1	L'évolution des rôles du pharmacien.....	67
4.2.2	L'éducation de la population.....	68
4.2.3	L'encadrement de l'influence de l'industrie pharmaceutique.....	69
4.2.4	La démedicalisation du repos.....	69
4.3	Les perspectives personnelles.....	70
	CONCLUSION.....	71
	BIBLIOGRAPHIE.....	74
	ANNEXES.....	80
	SERMENT MÉDICAL D'HIPPOCRATE.....	83
	ABSTRACT.....	84
	RÉSUMÉ.....	85

ABRÉVIATIONS

AINS	Anti-Inflammatoires Non Stéroïdiens
CNAMTS	Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés
CNIL	Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés
CPP	Comité de Protection des Personnes
CREDES	Centre de Recherche, d'Étude et de Documentation en Économie de la Santé
DRESS	Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques
EHESP	École des Hautes Études en Santé Publique
HAS	Haute Autorité de Santé
HON	Health On the Net foundation
INSEE	Institut National de la Statistique et des Études Économiques
LEEM	Les Entreprises du Médicament
OECD	Organisation for Economic Co-operation and Development
ROSP	Rémunération sur Objectif de Santé Publique
SBHA	Streptocoque Bêta-Hémolytique du groupe A
SFMG	Société Française de Médecine Générale
TDR	Test de Diagnostic Rapide
WONCA	World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians

INTRODUCTION

1 Des rappels physiopathologiques, prévalence, évolution et traitements

Les infections respiratoires virales hivernales sont extrêmement fréquentes et surviennent la plupart du temps en contexte épidémique car de grande contagiosité inter-humaine par « gouttelettes » et contact. Rhinopharyngites, bronchites ou angines sont les plus fréquentes en médecine générale.

Les rhinopharyngites correspondent à une inflammation de l'étage supérieur du pharynx à laquelle vient s'associer de façon variable une atteinte nasale. Elles se manifestent par une rhinorrhée claire ou purulente (sans pour autant présager d'une origine bactérienne), une obstruction nasale, des douleurs non localisées et parfois un syndrome pseudo-grippal avec fièvre de moins de 3 jours et une toux signant une pharyngite, une trachéite ou une bronchite. Elles sont presque exclusivement virales (rhinovirus, adénovirus, coronavirus, influenzae, para-influenzae, virus respiratoire syncytial, métapneumovirus...) (1). En France, un adulte peut être affecté environ 4 fois par an, la prévalence est la plus importante chez les enfants de moins de 6 ans avec 5 à 8 épisodes par an (2,3).

L'évolution de la rhinopharyngite est spontanément favorable mais elle peut être lente, la toux et la rhinorrhée persistant parfois 10 à 15 jours. Dans moins de 1% des cas, cette inflammation se complique d'une surinfection bactérienne, le plus souvent localisée aux sinus maxillaires.

La prévalence de la bronchite est estimée à 10 millions par an en France (4). Elle est souvent précédée d'une infection des voies aériennes supérieures (rhinite, pharyngite). Elle correspond à une inflammation des bronches et se manifeste par une fièvre modérée, une toux, souvent sèche au début, parfois productive secondairement, avec des sécrétions d'aspect jaunâtre ou verdâtre qui correspondent à l'évolution naturelle de la maladie en dehors de pathologies respiratoires pré-existantes (Bronchopneumopathie Chronique Obstructive (BPCO) par exemple). L'évolution est favorable spontanément. La fièvre dure moins de 3 jours et la toux de 5 à 10 jours, voire 2 à 3 semaines (5).

Les angines sont d'origine virale dans 70% des cas chez l'enfant, 90% chez l'adulte. Le Streptocoque Bêta-Hémolytique du Groupe A (SBHA) est le principal agent responsable d'angine bactérienne. Son pic d'incidence se situe entre 5 et 15 ans. Avant 3 ans, les angines sont toujours d'origine virale. Les tests de diagnostic rapide (TDR) permettent chez les enfants de plus de 3 ans et les adultes avec score de Mac Isaac ≥ 2 (cf annexe 1), de déterminer l'origine bactérienne de l'infection car aucun signe ou score clinique n'a de valeur prédictive positive ou négative suffisante pour affirmer l'origine streptococcique de l'angine. Les angines à SBHA, comme les angines virales, sont d'évolution spontanément favorable en 3 à 4 jours même en l'absence de traitement mais l'antibiothérapie a pour but de limiter leurs complications (phlegmons, abcès, cellulites cervicales, syndromes immunologiques post-streptococciques) dont la fréquence est d'environ 1% (6).

Rhinopharyngites, bronchites et angines virales justifient donc le plus souvent uniquement d'un traitement symptomatique à savoir antalgiques/antipyrétiques (Paracétamol) et lavage des fosses nasales au sérum physiologique. Les traitements vasoconstricteurs par voie locale ou générale, l'aspirine et les anti-inflammatoires non-stéroïdiens, les antihistaminiques, les corticoïdes par voie nasale ou générale (1) ou les antibiotiques n'ont montré aucune efficacité dans le traitement de ces pathologies, y compris en prévention des complications (sauf angine bactérienne) (7). Les expectorants ou fluidifiants ont une balance bénéfice-risque défavorable et ne sont pas recommandés (8,9) mais un antitussif central (Codéine, Dextrométhorphane, Noscapine, Pholcodine) peut avoir une utilité en cas de toux sèche invalidante (10).

2 Les infections respiratoires virales en médecine générale

D'après l'Observatoire de Médecine Générale mis en place pendant 15 ans par la Société Française de Médecine Générale (SFMG), les rhumes et rhinopharyngites représentaient à eux seuls 12,34% des motifs de consultations en médecine générale, les angines 4,66% et les bronchites aiguës 3,42% en 2009 (11).

Même si la majorité des patients ne consultent pas pour ces affections (12), elles restent donc un des principaux motifs de consultation chez le médecin généraliste. L'infectiologie est même le 1^{er} motif de recours en urgence au médecin généraliste, surtout pour les enfants et les adultes jeunes (13,14).

En plus d'être dans la grande majorité des cas d'origine virale, bénigne et d'évolution spontanément favorable, ces affections sont, comme on l'a vu précédemment, extrêmement fréquentes et ont déjà touché la quasi-totalité de la population française. Un grand nombre de ces consultations pourraient donc être évitées, d'autant plus qu'elles surviennent, pour la plupart, sur une même période qui est celle des épidémies hivernales, concentrant donc le pic d'activité pour les médecins généralistes sur quelques mois (15). Cette forte hausse d'activité, notamment non programmée, augmente en effet considérablement la charge de travail et la charge mentale des médecins sur cette période. Ces facteurs entrent en jeu dans les mécanismes de l'épuisement professionnel (16).

Ces consultations et les prescriptions qu'elles engendrent ont aussi un coût important pour la société.

Cette étude a pour but de répondre à la question de recherche suivante : quelles sont les motivations et les attentes des patients qui consultent un médecin généraliste pour une infection respiratoire hivernale ?

Les rhinopharyngites, bronchites et angines, pour la grande majorité virales et d'évolution spontanément favorable, représentent un nombre considérable de consultations en médecine générale. La saturation du système de médecine de ville lors des épidémies hivernales et le coût important sont les principales conséquences de ces consultations. L'objet de cette étude est donc de mettre en évidence les motivations et les attentes des patients qui consultent un médecin généraliste pour une infection respiratoire virale hivernale. L'analyse des données obtenues a pour but d'établir des pistes afin de diminuer ces consultations.

MATÉRIEL ET MÉTHODE

1 Schéma général de l'étude

Il s'agit d'une étude qualitative par entretiens individuels semi-dirigés réalisés en face à face auprès de personnes majeures et enregistrés par dictaphone et/ou téléphone portable, retranscrits en intégralité puis double (ou triple) codés à l'aide du logiciel RQDA en théorie ancrée. Les entretiens ont été réalisés entre le 5 juillet et le 17 novembre 2019.

2 Recrutement

Les personnes interrogées ont été recrutées dans un 1er temps par échantillonnage raisonné au cabinet de médecine générale indépendamment de leur motif de consultation. Lorsque les personnes étaient recrutées sur des plages de consultations sur rendez-vous, les informations orales et écrites (cf annexe 2) étaient données avant la consultation, le document explicatif laissé en sa possession et le consentement oral obtenu. L'entretien, lui, se déroulait après la consultation. Lorsque les personnes étaient recrutées sur des plages de consultations sans rendez-vous, les informations orales étaient faites collectivement aux patients présents dans la salle d'attente, l'information écrite était remise puis il était proposé à la personne de participer si le temps d'attente estimé permettait de réaliser l'entretien avant la consultation.

Un entretien (P4) a été réalisé par erreur auprès d'une personne avant un rendez-vous, la personne n'ayant pas informé l'investigatrice de l'existence d'un rendez-vous.

Dans un 2nd temps, des personnes ont été recrutées par l'intermédiaire de connaissances puis par « effet boule de neige », une personne proposant une seconde personne, elle-même proposant une nouvelle personne. Des informations orales étaient données aux personnes par téléphone, l'information écrite était remise avant l'entretien.

Ce mode de recrutement a aussi permis la « recherche de variation maximale », privilégiant ainsi les profils les moins présents dans le recrutement initial.

La population a été échantillonnée en fonction de l'âge, du sexe et du lieu de résidence urbain, semi-urbain ou rural. Ont aussi été recueillis l'âge estimé, le sexe et le lieu d'exercice du médecin traitant de la personne interrogée (et non du médecin consulté qui pouvait parfois être différent pour les patients recrutés au cabinet).

Les entretiens ont été arrêtés après l'obtention de la saturation des données plus 5 entretiens supplémentaires afin de confirmer cette saturation.

3 Guide d'entretien

Il a d'abord été établi la liste des thématiques à aborder :

- les conduites avant la consultation
- les motivations et attentes vis-à-vis de la consultation
- les connaissances et croyances sur ces pathologies
- les origines de ces connaissances et croyances
- les consultations « urgentes »
- les enfants

A partir de ces thèmes, des questions ouvertes ont été formulées et modifiées après avis de tierces personnes hors du milieu médical afin de s'assurer de leur compréhension par tous.

Les premiers entretiens ont ensuite été réalisés sur la base de ces questions qui ont pu être modifiées secondairement spontanément ou après avis des directeurs de thèse. Le schéma d'entretien a donc évolué au fur et à mesure, notamment dans le but d'approfondir certaines thématiques.

La grille d'entretien finale est jointe en annexe 3.

Après une synthèse, l'entretien s'achève par une liste de questions fermées dans le but d'échantillonner la population (âge, sexe, lieu de résidence) et d'obtenir des informations sur son médecin traitant (âge approximatif, sexe, ville d'exercice).

4 Recueil des données

Les entretiens réalisés au cabinet de médecine générale ont eu lieu dans un bureau médical laissé libre par un collègue du médecin consulté ou par une secrétaire. Durant l'entretien, l'enquêtrice se plaçait à côté de l'interviewé et non de l'autre côté du bureau.

Pour les entretiens réalisés au domicile, le lieu était laissé au choix des personnes interrogées et c'est le domicile de la connaissance qui nous avait mis en lien qui a toujours été choisi.

L'enregistrement était débuté après quelques dernières explications orales sur les modalités de l'entretien et le thème abordé, replaçant bien le contexte de « maladies hivernales telles que les rhumes ou rhinopharyngites, bronchites... ».

L'entretien était réalisé à la façon d'une conversation, sans grille d'entretien papier pour la plupart et avec très peu de prise de note afin de conserver au maximum l'impression de discussion.

A la fin de l'entretien était systématiquement effectué une synthèse où les principales idées retenues étaient reprises par l'enquêtrice afin qu'elles soient confirmées, corrigées ou parfois complétées si besoin par la personne interrogée.

5 Analyse des données

Les entretiens ont été anonymisés et intégralement retranscrits au fur et à mesure (ou par série pour les premiers entretiens au cabinet) par l'enquêtrice à l'aide du logiciel Open Office, mots à mots, en ajoutant des aspects non verbaux notés par l'enquêtrice (grimace, yeux au ciel par exemple) ou retrouvés sur l'enregistrement (rires par exemple).

Le codage du verbatim et l'analyse des données ont été réalisés par l'enquêtrice au fur et à mesure à l'aide du logiciel d'analyse de données qualitatives RQDA. Il a été réalisé un double codage pour l'ensemble des entretiens par une seconde enquêtrice effectuant l'analyse indépendamment ainsi qu'un triple codage pour 4 entretiens (1,2, 18 et 19) avec le codirecteur de thèse.

La démarche d'analyse était la suivante :

- lecture et relecture du verbatim
- codage du verbatim par mots clés ou idées
- relecture avec classement des codes en catégories
- confrontation avec le 2nd codage et modifications si nécessaire
- pour 4 entretiens, 3^{ème} codage en présence du codirecteur de thèse et modifications si nécessaire

De ces étapes de codage a pu émerger un arbre de codage afin d'exploiter les données.

6 Aspect éthique et réglementaire

Après explications orales et écrites, un consentement écrit était demandé aux personnes recrutées dont un exemplaire était laissé en leur possession (cf annexe 4).

De plus, ce travail a fait l'objet d'une déclaration simplifiée auprès de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL) sous le numéro de déclaration 2216091 v 0.

Après avis auprès du Département de Médecine Générale de Bordeaux lors de la validation de la fiche de thèse, ce travail n'a pas été soumis au Comité de Protection des Personnes (CPP), compte tenu de son caractère sociologique l'inscrivant en dehors de la loi Jardé.

Il s'agit d'une étude qualitative par entretiens semi-dirigés, avec un recrutement raisonné au cabinet de médecine générale et par « effet boule de neige » en recherche de variation maximale entre juillet et novembre 2019, avec double codage pour l'ensemble des entretiens et analyse en théorie ancrée à l'aide du logiciel RQDA.

RÉSULTATS

1 Les caractéristiques des personnes interrogées

Personne	Âge	Sexe	Résidence
P1	57 ans	Femme	Urbain
P2	47 ans	Homme	Urbain
P3	45 ans	Femme	Urbain
P4	24 ans	Femme	Urbain
P5	43 ans	Femme	Urbain
P6	32 ans	Femme	Urbain
P7	50 ans	Femme	Urbain
P8	70 ans	Homme	Rural
P 9	58 ans	Femme	Semi-urbain
P10	73 ans	Femme	Semi-urbain
P11	65 ans	Homme	Semi-urbain
P12	72 ans	Femme	Semi-urbain
P13	29 ans	Homme	Rural
P14	26 ans	Femme	Urbain
P15	80 ans	Femme	Urbain
P16	37 ans	Homme	Urbain
P17	23 ans	Homme	Urbain
P18	55 ans	Femme	Rural
P19	36 ans	Femme	Urbain
P20	83 ans	Homme	Urbain
P21	55 ans	Femme	Rural
P22	60 ans	Homme	Rural
P23	31 ans	Femme	Rural
P24	43 ans	Homme	Rural

Tableau descriptif de la population étudiée

Au total, 24 personnes ont été interrogées dont 9 hommes et 15 femmes. Treize habitaient une zone urbaine et 11 une zone semi-urbaine ou rurale (14 dans une zone couverte par SOS Médecins et 10 dans une zone non couverte), 6 personnes avaient 65 ans ou plus.

Sept entretiens ont eu une durée de plus de 20 minutes (1er, 18ème et les 5 derniers), 16 entre 10 et 20 minutes et 1 de moins de 10 minutes. Cet entretien réalisé au cabinet (P4) a dû être écourté car la personne a signalé après 9 minutes

d'entretien qu'elle avait rendez-vous avec son médecin (erreur au moment du recrutement).

Parmi les 24 personnes interrogées, 15 avaient des médecins traitants hommes (dont 9 de plus de 50 ans) et 9 des femmes (dont 8 de plus de 50 ans). Certaines personnes ayant les mêmes médecins traitants, le nombre de médecins traitants différents était de 13.

Parmi ces entretiens, les 17 premiers ont été réalisés au cabinet de médecine générale et les 7 derniers ont été recrutés par « effet boule de neige ».

Quatre entretiens réalisés au cabinet de médecine générale n'ont pas été analysés.

2 La consultation comme réponse à un besoin ressenti

2.1 Le besoin de soulagement

Dans la totalité des entretiens, les personnes interrogées disent avoir pratiqué l'automédication avant la consultation, qu'elles le décrivent comme tel ou pas. Certaines personnes expriment en effet ne pas avoir recours à l'automédication et avouent pourtant prendre, par exemple, des antalgiques sans prescription médicale.

P1 « Non, je m'automédique pas avant de consulter mon médecin [...] Oui, à la limite si je suis pas bien je vais prendre un Spifen®... »

Presque toutes les personnes interrogées ont exprimé spontanément avoir eu recours à des antalgiques. La plupart disent utiliser le Paracétamol en automédication (Doliprane®, Efferalgan®), quelques uns utilisent l'aspirine (Aspirine, Aspégic®) ou les AINS (Ibuprofène, Spifen®, Advil®, Antalnox®).

P10 « J'avais du prendre du Doliprane® oui, du Doliprane® à la limite, qu'on prend en gélule. »

Les autres médicaments utilisés en automédication cités sont les sprays nasaux (Pivalone®, Rhinomaxil®, Stérimar®, Prorhinel®, Actisoufre®), les sirops ou pastilles pour la gorge ou la toux (Maxilase®, Strepsil®, Lisopaïne®, Bonchokod®), les antihistaminiques (Cétirizine, Clarityne®), les associations disponibles sans ordonnance (Humex®, Dolirhume®, Actifed®, Fervex®), l'homéopathie (L52®,

Oscillococcinum®), les pommades (Baume du tigre®, Vick®), les suppositoires (Coquelusedal®). Les corticoïdes ont été cités une fois en automédication (Célestène®).

Ces médicaments peuvent être obtenus soit en vente libre à la pharmacie ou sur conseil du pharmacien.

P12 « [...] c'est le pharmacien qui donne le sirop pour toux sèche ou toux grasse et puis ça y est. »

P24 « elle [la pharmacienne] va dire « beh ça c'est pour ça, vous pouvez prendre ça... ». Après voilà, eux, ils disent aussi la posologie, « il faut en prendre tant, tant ». Ils disent « attention, si vous prenez ces pastilles, buvez pas après », voilà, ce genre de chose. Après eux, ils vont dire « vous le prenez pendant 3-4 jours, si ça passe pas après il faut consulter ». »

Bien que souvent utilisés, ces traitements disponibles sans ordonnance peuvent parfois être vus de manière négative, jugés trop chers, peu efficaces, parfois dangereux.

P9 « si je vois que ça passe pas je préfère venir voir le médecin que des sirops qui graissent la toux etc, ça peut être dangereux, après je m'étouffe et tout. »

P16 « Après je prends.. je regarde parce que j'ai ma petite cousine qui travaille en pharmacie, je lui demande, même elle, elle me dit euh, « il y a ça mais si t'as pas... ça sert à rien, tu vas... », comme elle me dit « ça va te soulager mais pas te guérir » donc du coup on revient à la même chose. Et puis ce qu'ils vendent, il y a des gens ils sont là, c'est 7€ ils disent mais 7€ ça fait 50 francs, ça moi, je suis encore dans le franc donc un peu et je vois tout ça quand on me dit 7€ ! »

P18 « Moi je... pour quand j'ai mal à la gorge les... non, les pastilles j'en prends plus parce que bon, c'est plus très efficace. »

Les conseils du pharmacien sont parfois critiqués pour leur aspect commercial et plusieurs personnes disent accorder moins de confiance au pharmacien qu'à leur médecin.

P1 « Moi le pharmacien... Non, non. Chez le pharmacien, j'achète du dentifrice, le lait pour le visage, le déodorant... voilà, le pharmacien il sert à ça. Tous les produits, les médicaments euh, beh les médicaments c'est le médecin. »

P8 « Mais eux [les pharmaciens] ce sont des vendeurs de médicaments »

Au contraire parfois, les conseils du pharmacien sont mis en avant par certaines personnes interrogées.

P24 « Je vais y aller [à la pharmacie] je lui dis « tiens, j'ai mal à la gorge, est-ce que vous avez quelque chose ? ». Donc la dernière fois j'ai pris ça. Oui, à la limite ils sont presque plus à l'écoute que le docteur quoi. »

Parfois, l'automédication est réalisée avec des traitements prescrits lors de consultations médicales précédentes.

P23 « Ça, par exemple, si j'en avais un qui l'avait et que l'autre c'était une semaine après, beh j'avais du Célestène® et là... je modifiais la dose parce qu'elle m'avait expliqué la dose par rapport au poids.»

Certaines personnes interrogées disent utiliser des méthodes « naturelles » pour se soulager, comme le miel, les thés ou tisanes, etc...

P4 « J'ai également des huiles essentielles que je vaporisais de temps en temps pour me dégager et puis voilà. »

P15 « Oui, je bois du lait chaud avec du miel, Voilà. »

Si l'efficacité de l'automédication ou des méthodes naturelles est jugée nulle ou insuffisante, la personne exprime alors un besoin de consulter afin de soulager la gêne ressentie. Cette gêne peut impacter la vie quotidienne, notamment le travail, ce qui pousse à consulter dans un objectif de soulagement.

P4 « [...] quand ça me gêne vraiment au quotidien, pour respirer ou que ça me fatigue, voilà, que je me sens faible, oui, voilà. Après je vais consulter. »

P5 « La toux, tout simplement, parce que c'est gênant. »

La gêne peut être due au symptôme lui même ou à sa durée.

P22 « [...] et puis, comme ça continuait, et des fois c'était des éternuements, pendant plusieurs minutes quoi, le nez qui coule... Enfin bon, y avait rien à faire, donc je suis allé consulter. »

La gêne peut être plus difficilement définissable : sensation de malaise, de fatigue, d'inconfort.

P1 « [...] j'attends toujours plus ou moins, le dernier moment, d'être au bord du « j'en peux plus », là il faut que j'y aille, j'en peux plus, euh, avant d'aller consulter le médecin, c'est vrai. »

P6 « Mais quand vraiment, je suis vraiment pas bien, je le ressens et là je me dis il faut que j'aille chez le docteur. »

Parfois la gêne ressentie par la personne n'est pas ce qui prédomine mais plutôt la gêne sociale, par exemple vis-à-vis des collègues.

P13 « C'est pas pour être arrêté mais c'était gênant pour mon travail [...] La gêne la plus importante c'est vis-à-vis des collègues parce qu'en général c'est des entreprises dans lesquelles je travaille, je vais sur place pour m'occuper de leur poste et effectivement, vis-à-vis des utilisateurs, c'est assez stressant d'aller en intervention sachant qu'on a le nez qui coule, qu'on va se moucher, qu'on va toucher leur clavier, leur souris. »

Parfois la gêne n'est pas suffisante pour motiver la consultation mais la personne peut profiter d'une consultation pour un autre motif ou pour une autre personne pour consulter.

P12 « Enquêtrice : Donc vous voulez dire que dans la mesure du possible, vous attendez votre prochain rendez-vous de renouvellement ?

P12 : Oui, à condition que ça traîne pas quand même de trop, faut pas que ça passe un peu chronique parce qu'après derrière... »

P23 « Enquêtrice : Vous est-il déjà arrivé de consulter pour ce genre de maladie hivernale ?

P23 : Oui, alors oui, je pense que oui, ça m'est déjà arrivé mais c'est parce que j'étais allée chez le médecin pour les petits et du coup j'ai dit « beh tant que je suis là, moi aussi j'ai mal à la gorge » enfin, voilà. »

Pour une des personnes interrogées, la notion de consultation est perçue comme un droit.

P16 « Je préfère venir, je consulte, je paie une mutuelle assez cher donc je préfère que ça dure pas. »

Toutes les personnes interrogées ont recours à l'automédication, parfois sans en être consciente, parfois en le critiquant. Malgré cela, la gêne ressentie ou sa durée sont souvent un motif de consultation. Elle peut être mal définissable ou ressentie par rapport à l'entourage personnel ou professionnel. Ce recours à la consultation peut aussi être perçu comme un droit.

2.2 Le besoin de réassurance

Dans certains cas, ce qui motive la consultation est le sentiment de peur.

P3 « Ce qui m'amène à consulter ça va être dans un 1er temps l'urgence, la peur de quelque chose que j'arrive pas à définir donc à ce moment là je vais venir. »

Le symptôme qui provoque le plus souvent la peur est la fièvre.

P22 « [...] après la fièvre on est forcément inquiet. »

La définition de la fièvre varie d'une personne à l'autre.

P21 « Alors pour moi, c'est pas forcément... enfin, c'est pas forcément le thermomètre, c'est plutôt, moi je sais que je commence à être un petit peu dans le coton et j'ai mal autour des yeux. »

P22 « Alors « grosse fièvre » c'est avoir des sueurs la nuit, se réveiller trempé, faire des cauchemars... »

Une source fréquente de peur est l'évolution de la maladie : la personne interrogée redoute alors une aggravation ou la survenue de complications. Cette crainte est souvent exprimée à propos de la maladie qui « tombe sur les bronches », qui peut traduire une toux productive la plupart du temps, une douleur bronchique ou pharyngée, un jetage postérieur...

P4 « [...] c'est au niveau de la gêne respiratoire, si je sens que c'est un peu descendu on va dire, dans les bronches, là je sais que je vais tout de suite aller voir un médecin généraliste. »

P18 « Ça pourrait s'aggraver et ça pourrait tomber sur les bronches et tout que moi... Moi, j'ai un peu peur dès que ça touche aux bronches. »

Parfois, c'est le diagnostic suspecté lui-même qui peut-être source d'inquiétude comme la grippe ou l'angine.

P1 « La fièvre et comme une sorte d'angine, les symptômes d'angine ou de choses comme ça... euh là je consulte. »

P22 « Après bon la grippe de toute façon, on est dans un état où on est voilà, la fièvre, les maux de tête, les frissons, bon beh on sait que c'est la grippe généralement donc là, faut aller consulter pour pas que ça se complique. »

La plupart du temps la peur est associée à une notion d'intensité des symptômes ou de durée.

P13 « Enquêtrice : Qu'est ce qui vous a motivé à consulter à ce moment là ?

P13 : Parce que c'est inquiétant quand ça dure 15 jours. »

P23 « Enquêtrice : Qu'est-ce que vous entendez par fièvre ?

P23 : C'est le chiffre déjà et puis la durée, dès le 1er jour non, mais si je vois que ça passe pas...

Enquêtrice : Qu'est-ce que vous voulez dire par « le chiffre » ?

P23 : Plus que 39.

Enquêtrice : Et par « si ça passe pas » ?

P23 : 2-3 jours je dirais. »

Comme vu précédemment, les personnes interrogées ont toutes expérimenté l'automédication avant la consultation. L'échec de l'automédication est parfois source d'inquiétude.

P3 « si ça descend pas avec les Doliprane®, je me dis euh... c'est qu'il y a une infection, quelque chose donc, du coup, je consulte pour savoir ce qu'il en est, si j'ai des otites etc, etc quoi... »

Une autre source fréquente de peur ou du moins d'attention particulière, est la présence d'antécédents médicaux ou de traitements particuliers.

P9 « [...] j'ai déjà quand même fait une pancréatite, c'était grave donc voilà, du fait, je suis très à l'écoute de ce que dit le médecin et je préfère venir consulter [...] »

P13 « Après il faut savoir que comme j'ai un rhumatisme psoriasique, j'ai un traitement par Méthotrexate, du coup je suis un peu immunodéprimé. »

A noter que la personne P13, traitée par Méthotrexate, n'a pas mentionné la fièvre comme critère nécessitant une consultation. Cet homme a pourtant confirmé après l'entretien que cette nécessité de consulter en cas de fièvre lui avait déjà été signalée.

Pour les enfants, c'est le sentiment de peur qui prédomine. Les parents expriment le plus souvent une inquiétude quasiment « incontrôlable », décrite comme inhérente au statut de parent.

P2 « Le premier déjà parce que forcément c'est le premier donc le moindre truc... on vérifie tout quoi. »

P19 « Les urgences pédiatriques je l'ai eu fait pour les enfants, surtout en bas âge, maintenant non, j'y vais plus mais c'était surtout, surtout, parce que j'étais inquiète [...] C'était des enfants en bas âge, la fièvre et puis ne pas savoir parce que quand on est jeune maman, beh du coup, on a peur de tout quoi, moi personnellement (rires). »

P22 « Enquêtrice : Puisque vous me parlez des enfants, quelles étaient les choses qui vous poussaient à consulter quand ils étaient petits ?

P22 : Ah beh tout (rires)... »

Proche de celle exprimée pour les enfants, certaines personnes expriment une peur associée à l'âge due à une fragilité qui serait causée par le vieillissement.

P8 « Après 60 ans, le moindre petit bobo, on est fragilisé. On est pas des vieillards, mais on se fragilise. »

P22 « J'aurais plus peur effectivement en avançant dans l'âge. Peut-être qu'à 70 ans j'aurais pas la même réaction qu'il y a 10 ans ou il y a 20 ans quoi. [...] Beh parce que c'est déjà personnes âgées, nourrissons, on se dit voilà, plus d'inquiétudes par rapport à l'âge quoi en fait . »

La peur de la maladie ou de son évolution peut motiver la consultation. Les symptômes qui paraissent les plus anxiogènes chez les personnes interrogées sont la fièvre, dont la définition peut varier, ou le fait que la maladie « tombe sur les bronches ». Les personnes interrogées justifient parfois leur inquiétude par rapport à la maladie par leurs antécédents médicaux ou l'âge (enfants ou personnes âgés).

2.3 Les besoins « administratifs »

Il peut s'agir d'un certificat pour le travail (jour « enfant malade » par exemple) ou pour l'école (certificat d'absence scolaire) ou d'un arrêt de travail. A noter que dans la plupart des cas, la réalisation d'un document administratif n'est pas exprimé comme la seule raison qui pousse à consulter chez les personnes interrogées.

P8 « [...] il m'a dit « vous n'avez qu'à mettre une tenue de pluie, je vous arrête pas ». Quand vous voyez des toubibs comme ça, je lui ai dit, « je vous renverse le bureau vous ou quoi ! », j'ai pas apprécié, j'ai gueulé. »

P14 « quand je suis vraiment malade et que je sais que le lendemain ça va pas aller, euh le médecin en général voit que je suis pas bien donc il me donne 2-3 jours ou le temps que je consulte c'est la journée, il me donne la journée. »

Parfois au contraire, l'établissement d'un certificat peut être le motif principal de consultation.

P21 « Enquêtrice : A l'époque c'était par inquiétude ou... ?

P21 : Oui et puis pour le côté administratif vis-à-vis de l'école aussi. Alors maintenant, il y a une loi, là, depuis quelques années où c'est plus obligatoire. Alors c'est bien mais quand on a un enfant qui est facilement malade, qui va être malade plusieurs fois au cours de l'hiver, si on prend 2 jours tous les 4 matins sans justificatif médical, des fois les profs... [...] En plus, souvent, les gamins, même à 16-17 ans des fois, ils sont très très très fatigués, on a l'impression qu'ils ont de la fièvre mais c'est pas vraiment de la fièvre et en fait il suffit de les garder 2 jours, ils passent 2 jours à dormir et ça passe. Donc bon, c'est bon quoi, des fois j'en ai marre de courir après un rendez-vous d'urgence alors qu'on se dit qu'il a juste besoin de dormir. »

Les « besoins administratifs » sont parfois exprimés par les personnes interrogées : certificats d'absence scolaire, jours « enfant malade » ou arrêt de travail. Ils peuvent parfois être la motivation principale de la consultation.

3 Un sentiment de nécessité sous influence

3.1 L'origine du sentiment de nécessité

La gêne provoquée par la maladie, la peur de l'évolution ou les besoins administratifs provoquent un sentiment de nécessité de consulter, que ce soit dans le but d'obtenir un avis médical ou, pour la plupart des personnes interrogées, un traitement médicamenteux.

3.1.1 L'avis médical

La plupart des personnes interrogées expriment que la gêne causée par les symptômes ou la peur de l'évolution justifie le recours à l'avis du médecin généraliste, perçu comme un « expert de la maladie ».

P5 « On a besoin du médecin hein, on est pas des médecins quand même »

P9 « Je viens assez rapidement, je préfère venir par prévention, même si c'est pas pour des antibiotiques ou quoi que ce soit et avoir son avis plutôt que de prendre n'importe quoi et après que ça puisse faire une catastrophe. »

La consultation médicale est vue comme une nécessité.

P7 « On attend pas que ce soit gravissime quand même et puis parce qu'on sait très bien suivant la période et que c'est les épidémies de l'hiver que ça va dégénérer donc on va pas attendre. »

P22 « [...] bon beh on sait que c'est la grippe généralement donc là, faut aller consulter pour pas que ça se complique. »

Cet avis médical est important lorsque c'est la peur qui prédomine dans le but d'être rassuré.

P19 « [...] pas forcément un médicament mais me confirmer que voilà, avec le temps par exemple, ça va passer, ça va pas augmenter en mal entre guillemets »

P22 « [...] mais bon, on préfère avoir quand même l'avis du médecin parce qu'on peut très bien se planter et puis, donc c'est quand même rassurant, réconfortant d'avoir l'avis du médecin. »

Souvent, le fait d'être rassuré par le médecin passe par la confirmation ou l'établissement du diagnostic.

P1 « Et puis il me rassure ou pas sur ce que j'ai, il me pose un diagnostic. Ce que j'attends d'une consultation c'est sa position sur le diagnostic c'est-à-dire de poser un diagnostic sur ce que j'ai, ça c'est important pour moi parce que moi je sais pas le faire et voilà. »

P19 « [...] confirmer soit mon diagnostic ou rassurer ce diagnostic en disant « ça va passer » avec je sais pas, le temps ou... »

En plus du diagnostic, certaines personnes interrogées expriment le besoin d'informations.

P18 « Qu'il m'explique ce que j'ai et comment je l'ai attrapé pour après faire attention à pas recommencer. »

Une personne interrogée explique son besoin d'information pour l'aider à anticiper et à comprendre les prochains épisodes d'infections respiratoires chez son enfant.

P23 « c'est normal de savoir ce qu'a mon enfant mais c'est aussi pour des fois je me dis « la prochaine fois, s'il a ça, j'aurais pas besoin de venir chez le docteur » mais quand il faut des antibiotiques on a pas le choix donc voilà. »

Parfois au contraire, seul le résultat est perçu comme important et les informations comptent peu.

P3 « Il disait ce qu'il avait, bronchiolite... enfin, je sais plus, tous les trucs là... Et ce que je devais faire mais en fait je retiens pas, parce que ça m'intéresse pas, enfin pas forcément... »

Certaines personnes ont exprimé d'autres attentes diverses envers le médecin généraliste : la capacité à anticiper, l'efficacité, la rapidité, la ponctualité, l'adaptation aux préférences et spécificités de chacun, l'écoute...

P4 « Après en fonction de peut-être moi mes préférences. Par exemple, je sais qu'il y a des gens qui préfère plus les comprimés ou d'autres... »

P5 « J'attendais de lui une bonne écoute et puis après me soigner rapidement. »

P7 « Bon déjà le médecin, ce qui est important pour nous et pour moi et j'ai la chance avec le médecin que je consulte, il est souvent très à l'heure. Ça quand on est fatigué, mal, dans une salle d'attente, ça c'est la 1ère des chose. Qu'il soit condensé, rapide et prévoyant aussi. [...] Je suis pas obligée de revenir et c'est

un gros gros plus, de se dire qu'il pousse pas à la consommation de la 2ème consultation et il est efficace et c'est ce qu'on attend du médecin, de l'efficacité et de la rapidité. »

P24 « Après pour moi, un docteur ce qu'on lui demande c'est d'être efficace, on s'en fout qu'il soit gentil, qu'il nous raconte sa vie, on s'en fout. »

L'avis médical est souvent perçu comme nécessaire dans le but de rassurer ou de donner des informations, notamment pour l'établissement d'un diagnostic et la compréhension des symptômes. S'y associe diverses attentes à l'égard du médecin comme l'efficacité, la ponctualité...

3.1.2 La nécessité d'un traitement médicamenteux

Le besoin du recours à une consultation médicale est lié pour la plupart des personnes interrogées à un besoin de médicaments.

P18 « Enquêtrice : Dans les cas où vous allez consulter, qu'est-ce que vous attendez de la consultation ?

P18 : Beh qu'il regarde ma pathologie, qu'il m'explique ce que j'ai, qu'il me donne des médicaments, les bons médicaments qu'il faut pour enrayer la maladie assez vite quoi. »

P19 « Je dirais plus le fait d'en avoir [de la fièvre] parce que j'en ai pas forcément souvent donc je me dis « tiens, il y a de la fièvre, il y a forcément quelque chose à soigner », après, euh, avec médicaments je dirais. »

Parfois, ce besoin de médicament est exprimé alors même que la personne interrogée dit éviter au maximum la prise de médicaments.

P1 « je suis un peu retors aux médicaments moi, les médecins le savent, enfin, les médecins non, mon médecin le sait, je suis pas très enclin à prendre des médicaments [...].

Enquêtrice : Quand vous consultez, qu'est-ce que vous attendez de la consultation ?

[...] Ben déjà on me donne quelque chose par rapport à moi qui prend rien. »

Cette « méfiance » vis-à-vis des médicaments est exprimée par certaines personnes interrogées.

P3 « Je pense que je suis un peu... alors anti-cachet c'est pas le terme mais j'ai pas envie de prendre des cachets si je me dis ça peut passer. »

P19 « J'essaie d'éviter de plus en plus les médicaments. »

Lorsque la gêne est au 1er plan, ce besoin est justifié par les personnes interrogées par la nécessité d'un soulagement, surtout que, comme vu précédemment, toutes les personnes ont déjà essayé l'automédication.

P21 « [...] oui, quand même, pour être soulagé, au moins ne pas... pour pouvoir reprendre son activité rapidement. Pour être soulagé et que ça puisse être enrayé rapidement. »

Parfois, le traitement est vu comme nécessaire afin d'éviter la contamination ou l'aggravation.

P6 « Et puis même, je préfère vite me traiter pour éviter de la contaminer quoi. »

P8 « Et croyez moi je veux pas renouveler l'opération. Maintenant je ferai du préventif avant d'en arriver là, quand j'aurai un simple rhume. »

La guérison est une attente fréquemment exprimée par les personnes interrogées.

P5 « C'est rapidement, c'est pareil, c'est la rapidité de guérison, qu'il donne le bon diagnostic, qu'on soit soulagé rapidement. »

P14 « Avant d'aller voir le médecin je me soigne déjà avant avec des Doliprane® et tout ça et donc du coup ouais, ce que j'attends c'est de guérir au plus vite. »

P20 « Ah beh moi, qu'il me donne des médicaments et puis 3 jours après on en parle plus. »

Une des personnes interrogées décrit même cette capacité à « guérir » comme un critère important chez un médecin généraliste.

P18 « Le 1er [médecin] il fallait toujours y retourner une 2ème fois, des fois, voire même une 3ème fois pour qu'ils guérissent [les enfants], que ça se termine. J'en ai eu marre, j'ai changé. [...] Le 1er, il donnait pas systématiquement à l'époque des antibiotiques, peut-être c'était ça qui traînait mais à l'époque bon comme il expliquait pas non plus et tout. »

Dans certains cas, la personne exprime son désir d'un traitement curatif rapide, parfois en sachant que ce « traitement miracle » n'existe pas.

P1 « Euh, beh j'attends d'être remise sur pied, 3 heures après si c'est possible (rires), comme tout le monde... très vite. J'attends le remède miracle ! (rires) »

P13 « Enquêtrice : Qu'est-ce que vous attendiez de la consultation ?

P13 : Un coup de baguette magique (sourire) ! Alors je sais qu'il n'y a pas vraiment de médicaments... »

Les personnes interrogées expriment souvent une corrélation entre la gêne ou la peur ressenties et le besoin d'un traitement d'autant plus « fort ».

P5 « Pour les enfants [...] s'il faut quelque chose de plus puissant, effectivement, c'est le médecin qui prend la décision parce que voilà, ça je lui fais confiance [...] En général moi quand j'y vais, j'y vais pas pour rien (rires), c'est que, moi j'y vais pas souvent, c'est assez rare quand elle me voit, c'est maximum 2 fois par an et quand elle me voit c'est carrément que je suis bien prise !

Enquêtrice : Donc vous voulez dire que vous attendez directement un traitement « plus puissant » ?

P5 : Oui, tout à fait.»

P23 « [...] ça passe pas avec les lavages de nez par exemple, voilà, je me dis si ça passe pas avec ça, je me dis qu'il faut plus fort. »

Ce traitement « fort » est souvent associé à l'antibiothérapie. Des personnes interrogées expriment un besoin d'antibiotiques en cas d'échec de l'automédication.

P16 « Ce qu'il me faut vraiment c'est l'antibiotique parce que si on prend que des Doliprane® ou tout ce qui va avec là, on guérit pas en fait [...]. »

P24 « c'est quelque chose que j'attendais [les antibiotiques] parce que comme j'étais à un stade où vraiment ça passait pas, j'ai dit « là, on a plus que ça ». »

L'attente d'un traitement médicamenteux est souvent mentionnée par les personnes interrogées, pour soulager ou pour guérir, même si la personne se dit méfiante par rapport aux médicaments. Il semble exister une corrélation entre l'intensité des symptômes et celle des médicaments attendus, associant souvent une gêne importante à un traitement perçu comme « fort » comme les antibiotiques.

3.1.3 La consultation en urgence

Toutes les personnes interrogées avouent avoir déjà eu recours à une consultation « urgente » au cours d'un épisode d'infection respiratoire hivernale pour eux ou leurs enfants.

La notion de consultation urgente varie d'une personne à l'autre, notamment en terme de délai.

P7 « Je vois quand est-ce que je peux avoir un rendez-vous. Dans le cadre d'un rhume effectivement je vais pas lui dire « il faut que je vous vois aujourd'hui absolument » .Je prends rendez-vous et quand j'ai le rendez-vous c'est bon, 1 jour, 2 jours. »

P17 « Enquêtrice : Et vous arrivez toujours à avoir un rendez-vous dans les délais que vous voulez ?

P17 : Oui, le lendemain. »

Le médecin traitant est presque toujours désigné comme le 1er recours mais la méthode utilisée pour obtenir une consultation dépend surtout de la méthode d'organisation des soins pratiquée par le médecin traitant.

La majorité des personnes interrogées disent essayer d'obtenir un rendez-vous rapide avec leur médecin traitant.

P4 « Enquêtrice : Qui consultez-vous dans ces cas-là ?

P4 : Mon médecin traitant ! [...]

Enquêtrice : Et comment vous-y prenez-vous pour pouvoir le voir ?

P4 : J'appelle déjà dans un 1er temps et puis ensuite je vois s'il y a des rendez-vous assez rapides. »

Pour les demandes de consultations urgentes, les plages de consultations sans rendez-vous sont souvent mentionnées et appréciées par les patients pour pallier au manque de rendez-vous disponibles.

P3 « Le système d'ici est très bien puisque que c'est sans rendez-vous ou avec rendez-vous. Dans 90% des cas, enfin, j'ai jamais pris de rendez-vous je crois. »

La plupart des personnes interrogées disent spontanément avoir confiance en leur médecin traitant.

P9 « [...] le médecin voit bien à quoi on est sujet et du coup, elle donne en fonction de la maladie, de fait, donc du coup, je lui fais confiance pour savoir ce qu'elle doit me donner ou pas me donner. »

P14 « Je fais confiance en général au médecin et c'est lui qui me dit ce que je dois faire. »

Si le médecin traitant ne pratique pas de consultation sans rendez-vous et n'a pas de disponibilité rapide, les personnes disent alors, le plus souvent par l'intermédiaire d'un secrétariat, avoir recours aux confrères du cabinet (ou remplaçant) du médecin traitant, ce qui est désigné comme pratique et satisfaisant par toutes les personnes interrogées.

P2 « je vais voir mon médecin, je regarde les horaires et je viens parce qu'il y en a 3 donc c'est facile »

P21 « Alors moi, mon médecin en fait, elle est dans un cabinet de 4 femmes, elles sont toutes allopathes et homéopathes donc c'est très bien et elles communiquent très très bien parce qu'elles travaillent pas tous les jours, elles ont pas les mêmes horaires, ça tourne quoi, mais en fait, elles communiquent très très bien. »

Parfois, les personnes interrogées disent insister auprès du secrétariat pour obtenir un rendez-vous rapide.

P18 « Disons que maintenant, avec mon médecin, c'est hyper dur d'avoir des consultations en urgences alors si j'en ai vraiment besoin, j'essaye d'insister auprès de la secrétaire [...] »

Des personnes interrogées disent contourner le secrétariat pour insister auprès du médecin généraliste lui-même.

P5 « [...] ou alors s'il y a un souci, je lui envoie un SMS.

Enquêtrice : Pour qu'elle vous prenne plus vite ?

P5 : Tout à fait. »

P7 « J'ai la chance en tout cas d'avoir le 06 de notre docteur [...] si vraiment je sens qu'on est rendu trop loin et que j'ai pas les antibiotiques, je peux envoyer peut-être une demande à passer entre 2 consultations ou tard. »

Parfois, les personnes interrogées disent avoir un recours immédiat à SOS Médecins (voire même plus rarement aux urgences), qu'elles justifient par la difficulté de voir son médecin traitant rapidement ou par la sensation d'urgence de la situation. Cette sensation est surtout présente quand il s'agit des enfants.

P6 « si elle [ma fille] tousse, dès que je vois qu'elle est un peu chaude, qu'elle a de la fièvre, en général j'appelle SOS médecin, si j'ai pas eu de rendez-vous avant. »

P19 « SOS médecins oui, surtout pour les enfants et les week-ends. [...] Les urgences pédiatriques je l'ai eu fait pour les enfants, surtout en bas âge, maintenant non, j'y vais plus mais c'était surtout, surtout, parce que j'étais inquiète. »

Que ce soit pour SOS Médecins ou pour les urgences, les personnes interrogées expriment un avis plus négatif.

P7 « ça m'est déjà souvent arrivé SOS Médecins mais alors là, excusez-moi, je vais être un peu crue mais en terme d'incompétence c'est royal. »

P16 « SOS médecins je trouve que c'est... ils diagnostiquent mal. »

Cet avis négatif est souvent associé au fait que ces médecins ne connaissent pas le dossier médical du patient aussi bien que le médecin traitant.

P11 « effectivement je sais qu'il y a cette possibilité là [SOS Médecins] mais moi j'aime autant venir voir mon médecin traitant qui connaît mon cas etc, qui sait les trucs que j'ai traversé et voilà. »

A noter qu'en zone rurale non couverte par SOS Médecins, une plus grande difficulté d'accès au médecin généraliste est exprimée, que ce soit la difficulté d'obtenir un rendez-vous avec le médecin traitant ou une visite à domicile.

P8 « [...] parce qu'il faut se déplacer en voiture et que je suis à 3 ou 4 km, c'est pas loin, c'est pas loin... mais ça c'est pas normal, quand on est malade c'est pas normal. Des toubibs qui se déplacent et bien il y en a plus. »

P23 « [...] avant le matin par exemple, elle était sans rendez-vous donc beh j'y allais le matin. Maintenant c'est sur rendez-vous et c'est tout le temps « la semaine prochaine » donc maintenant pour avoir un rendez-vous rapide c'est compliqué. »

Cette difficulté d'accès oblige parfois la personne interrogée à développer des stratégies.

P23 « Beh ce que je fais maintenant en fait c'est que maintenant que c'est sur rendez-vous et que je sais que c'est long, c'est que le 1er jour où ils sont malades, j'appelle le médecin. Après je sais que j'aurais pas rendez vous le jour même, quitte à l'annuler après parce que je sais que sinon, c'est dans 8 jours donc... Voilà. »

La plupart des personnes interrogées disent avoir parfois recours à une consultation « en urgence » en cas d'infection respiratoire hivernale. Les moyens employés pour obtenir une consultation rapide dépendent surtout de l'organisation des soins pratiquée par le médecin traitant (rendez-vous ou sans rendez-vous, cabinet seul ou de groupe, créneaux « d'urgence » ou non). Le médecin traitant est toujours perçu comme le premier recours du fait du lien de confiance établi, quitte parfois à insister auprès de la secrétaire ou le solliciter personnellement. Les confrères du médecin traitant du même cabinet sont souvent cités comme un 2nd recours satisfaisant. Les urgentistes de ville ou hospitaliers sont privilégiés quand le sentiment de peur est important donc le plus souvent pour les enfants.

3.2 Les expériences personnelles et de l'entourage

Comme vu précédemment, la consultation est presque toujours motivée par un sentiment de nécessité. Ce sentiment varie d'une personne interrogée à l'autre. Le facteur influençant qui est le plus fréquemment cité est l'expérience personnelle. Cette expérience influe sur la perception de la maladie ;

P7 « D'abord, très rapidement, on sait que ma fille a aussi déjà fait une infection pulmonaire quand elle était petite donc on sait qu'on doit jamais tarder, dès qu'on a les premiers symptômes, on ne traîne jamais. Jamais, jamais. »

les critères qui poussent à consulter ;

P8 « Et croyez moi je veux pas renouveler l'opération. Maintenant je ferai du préventif avant d'en arriver là, quand j'aurai un simple rhume. »

P11 « Enquêtrice : Et le fait qu'il faut être vigilant sur la modification des crachats vous l'avez appris comment ?

P11 : Beh je l'ai remarqué tout seul, c'est pas très compliqué de le remarquer.

Enquêtrice : Donc personne ne vous l'a expliqué ?

P11 : Oui, oui, vous savez, quand vous avez été secoué des poumons... c'est du bon sens. Vous regardez un petit peu quoi. »

P23 « En plus moi j'ai le grand [fils aîné] qui monte vite, qui a déjà convulsé donc ça me fais un peu peur donc... Lui, si par exemple il a 40 ou un peu plus de 40, même le 1er jour, j'appelle. »

les actes de prévention ;

P14 « justement j'ai remarqué que moins je me couvre et moins je tombe malade justement [...]. »

et l'automédication.

P18 « Mais l'homéopathie que je prenais c'était Oscilloccinum® pour les états grippaux.

Enquêtrice : Quelqu'un vous l'avez conseillé ?

P18 : Non, par expérience et c'est vrai que c'était efficace. »

Parfois, au contraire, l'expérience personnelle pousse à ne pas consulter.

P13 « Enquêtrice : Donc cette fois vous n'aviez pas jugé utile de consulter ?

P13 : Non, j'ai... entre guillemets c'est comme si j'avais intégré que chaque hiver j'avais la crève comme ça pendant 15 jours - 3 semaines. »

Parfois, sans que ça ne soit en lien direct avec un épisode viral hivernal, la personne interrogée mentionne ses antécédents médicaux comme influant ça gestion de l'infection.

P9 « Oui alors aussi faut dire qu'à 30 ans j'ai fait une péricardite, que ma sœur est décédée d'un infarctus foudroyant quand elle avait 32 ans donc

effectivement j'ai une histoire qui fait qu'on prend plus soin, on s'écoute plus que certains autres patients. »

La personne interrogée peut aussi être influencée par l'expérience de son entourage.

P19 « Enquêtrice : Est-ce que vous pouvez m'expliquer pourquoi la fièvre comme ça chez les enfants, ça va vous pousser à consulter ?

P19 : Je sais pas, parce que j'ai eu, pas forcément pour des rhumes ou quoi, mais dans mon entourage des enfants qui ont eu des fièvres qui montent et qui, limite après, tombent dans les pommes les enfants donc ça, ça m'a toujours fait peur donc je sais pas si c'est lié à ça. »

P4 « [...] si je sens que c'est un peu descendu on va dire, dans les bronches, là je sais que je vais tout de suite aller voir un médecin généraliste. Si je suis gênée au niveau de la respiration, là c'est que... Ayant eu des cas dans ma famille où ils avaient tardé, où ça c'était aggravé, donc, euh, voilà... »

Les expériences personnelles influent sur la perception de la maladie, sur les critères qui poussent à consulter, sur les actes de prévention et sur l'automédication. Il peut s'agir d'expériences personnelles concernant des infections respiratoires hivernales précédentes, des antécédents médicaux autres ou des expériences vécues par l'entourage.

3.3 Les influences sociales

Une des sources d'influence le plus souvent mise en évidence est l'influence de l'entourage, plus ou moins proche. Il ne s'agit pas là d'un vécu mais plutôt d'idées ou de conduites transmises par l'entourage.

P13 « Des fois, une amie m'avait conseillé le matin de prendre du citron avec de l'eau chaude et du miel, alors je le fais sans savoir si ça a un impact ou pas. »

P22 « [...] ça faisait déjà plusieurs jours et ma femme m'a dit « non, faut pas », j'avais laissé passer peut-être 2-3 jours, ma femme me dit « non, non, faut pas rigoler avec ça, faut appeler » donc j'ai appelé mon médecin »

L'école a aussi été citée comme incitant à la consultation, par l'intermédiaire du certificat mais aussi d'une sensation de « jugement » de la part des professeurs :

P21 « [...] quand on a un enfant qui est facilement malade, qui va être malade plusieurs fois au cours de l'hiver, si on prend 2 jours tous les 4 matins sans justificatif médical, des fois les profs... »

Les personnes interrogées rapportent être aussi influencées par le pharmacien dans la gestion de la maladie.

P6 « Enquêtrice : Et que vous conseille-t-il [le pharmacien] dans ces cas-là ?

P6 : Euh... Actisoufre®. Il m'a dit que c'était top et c'est vrai que ça fait longtemps que je l'utilise, que je l'achète. J'en achète tout le temps, il faut toujours que j'en ai à la maison, parce que je trouve que c'est top. »

P21 « [...] le mieux de toute manière quand on est enrhumé c'est le nettoyage de nez et puis un spray beh voilà, c'est pas... désinfecter la gorge et puis voilà. »

Enquêtrice : Ça aussi c'est votre médecin qui vous l'a expliqué ?

P21 : Non c'est moi, de toute manière c'est ce que le... quand on va voir le pharmacien c'est ce qu'il donne de toute manière, voilà. »

Une personne a aussi mentionné sa formation professionnelle comme pouvant influencer sa gestion de la maladie.

P7 « J'ai eu de la formation aussi un petit peu dans mon activité professionnelle [auxiliaire de vie], mon ancienne activité professionnelle... »

Plusieurs personnes interrogées reconnaissent les médias comme source d'influence importante en ce qui concerne la santé : journaux ou magazines, télévision, radio, internet...

P17 « Enquêtrice : Quelles sont les choses que vous faites avant de consulter ?

P17 : Des fois, regarder sur internet.

Enquêtrice : Qu'est-ce que vous cherchez sur internet ?

P17 : Des réponses, sauf que sur internet, il y a tout et n'importe quoi donc je préfère venir ici, pour être sûr.

Enquêtrice : Mais des réponses sur quoi ?

P17 : Sur les symptômes. Je regarde les symptômes et après eux me disent soit c'est ça, ça, ça, ça et après on s'inquiète et c'est pour ça qu'il faut venir ici.

Enquêtrice : D'accord donc souvent, le fait de regarder sur internet, ça vous inquiète ?

P17 : C'est pour tout le monde je pense.

[...] Enquêtrice : Et quand vous me dites que vous allez sur internet, vous allez où sur internet ?

P17 : Doctissimo.»

P20 « [...] j'écoute la télé, parce que j'écoute la radio, parce que c'est vrai que sur RMC, il y a un toubib qui parle tous les samedis matins et il donne des tas de conseils et puis je crois qu'ils sont bons. Donc lui, il dit « il faut se faire vacciner, surtout les vieux » (rires). Bon, alors, j'y vais. »

Cette utilisation peut être source d'anxiété.

P19 « Donc ce que vous avez entendu à la télé qui va vous rendre un peu méfiante... et vous allez aussi sur internet ?

Trop souvent (rires) ! Malheureusement trop souvent et ça c'est pas bon. Je sais mais je pense que je suis beaucoup, beaucoup anxieuse pour ce genre de chose, mais je dirais beaucoup plus pour moi que pour les autres, mais pas forcément pour ce genre de pathologies. »

Il peut aussi d'agir de l'influence de la publicité de l'industrie pharmaceutique diffusée dans les médias.

P13 « je l'ai vu à la télé, c'était Actifed® jour et nuit, c'était dit à la télé que ça aidait à dormir la nuit »

Les conseils ou idées véhiculées par l'entourage, l'école, les pharmaciens, la formation professionnelle ou les médias peuvent influencer les personnes interrogées quant à leur besoin de consulter mais aussi leur attitude vis-à-vis de la maladie, des médicaments et de la prévention.

3.4 L'influence du médecin généraliste

Le médecin généraliste est décrit par les personnes interrogées comme exerçant une influence à tous les stades de la maladie.

La prévention :

P9 « Pour moi comme c'est chronique [le diabète] elle [la médecin] dit qu'il faut que je fasse attention à ne pas m'enrhumer donc pas de courant d'air, bien se couvrir la gorge quand on sort parce que c'est vrai que j'ai cette fragilité. »

P12 « Et le docteur nous avait dit « si vous vous faites vacciner, comme elle [la mère] vivait dedans, pour la protéger, si vous vous faites vacciner, elle sera protégée, donc elle a rien à craindre ». Et depuis 2001, on se fait vacciner pour le pneumocoque et la grippe... »

L'automédication avec l'utilisation des traitements en vente libre :

P10 [...] mon mari avait dû dire au docteur « ah ben c'est vrai ça, vous ne prescrivez jamais de sirops etc ». Parce que c'est vrai qu'avant, autrefois, c'est vrai que le sirop, les suppositoires, bon, pour se soigner, oui, il y en avait plus que maintenant. Le docteur a dit « Mais pourquoi voulez-vous que je vous prescrive un sirop, ça sert à rien ! » (rires). Du coup on a dit c'est pas la peine de prendre un sirop si ça doit pas être efficace quand même, enfin, j'en sais rien. »

L'automédication avec la réutilisation des traitements prescrits :

P6 « Si des fois elle rentre, elle me dit j'ai mal à la gorge, j'ai mal... enfin, j'ai le nez bouché, j'ai mal à la gorge, je vais traiter avec moi, ce que j'ai l'habitude, ce que les médecins me donnent en fait dans ces cas là. »

Les attentes en matière de traitement :

P6 « Quand c'est costaud, j'attends de l'Amoxicilline, enfin des antibiotiques, ou Solupred®... En général c'est ce qui revient quand c'est costaud. »

Les délais de consultation :

P1 « Oui, je me fais engueuler quelques fois « pourquoi vous êtes pas venue avant ?! » »

L'observance :

P8 « [...] il y a pas 50 solutions, comme j'ai pas l'habitude de prendre des antibiotiques, j'en prenais un de temps en temps et elle [la médecin] m'a dit non, faut le prendre rigoureusement, sinon ça fera pas effet. »

Cette influence est d'autant plus importante que la plupart des personnes expriment une relation de confiance avec leur médecin traitant comme nous l'avons vu précédemment.

Le médecin généraliste joue un rôle majeur : les personnes interrogées déclarent qu'il influence la prévention, l'automédication, les attentes en matière de traitement ou de délai de consultation et l'observance. Cette influence est d'autant plus importante qu'il existe un lien de confiance entre les personnes interrogées et leur médecin traitant.

3.5 Les influences indéterminées

À de nombreuses reprises, la personne interrogée ne peut pas expliquer d'où proviennent ses connaissances.

P21 « Enquêtrice : Et d'où vient cette utilisation [des pépins de pamplemousse], quelqu'un vous l'a conseillé ?

P21 : Je sais pas, je m'intéresse pas mal à ce qui est naturel aussi. »

Cela peut parfois être présenté comme une généralité, « on dit que... ».

P17 « on nous a tout le temps dit à 39, à 40 c'est de la fièvre donc on y va et puis voilà mais je sais pas... »

P17 « Enquêtrice : Après vous me disiez « avoir un antibiotique », pourquoi ce médicament en particulier ?

P17 : C'est ce qui se fait... c'est l'image que j'ai. »

P19 « Souvent on dit « se laver les mains » donc ça s'attrape souvent avec les mains, euh, le contact avec les mains, quand on éternue, euh, on dit souvent d'éternuer plutôt dans les coudes pour éviter de transmettre les microbes, après surtout beaucoup se laver les mains. »

L'origine de l'influence peut parfois rester indéterminée pour la personne interrogée, notamment en ce qui concerne les idées reçues (« on dit que... »). Dans ce cas, la personne ne peut définir la source de ses propos.

DISCUSSION

1 Les forces et les faiblesses de la méthode

1.1 Le choix de la méthode qualitative

“Issue des sciences humaines et sociales, la recherche qualitative a pour objet spécifique d’étudier les représentations et les comportements (et leurs déterminants) des fournisseurs et des consommateurs de soins.” (17)

L'étude qualitative permet le recueil direct des réponses des personnes sans passer par le biais d'un questionnaire écrit établi par un médecin. En effet, à moins d'utiliser un questionnaire pré-établi et validé, le questionnaire étant établi par l'investigateur lui-même, il existe un risque que les réponses proposées n'explorent que les idées envisagées par l'investigateur, occultant ainsi des réponses de certaines personnes hors de ces cadres.

Le caractère semi-dirigé des entretiens permet une expression plus libre qu'un questionnaire écrit ou un entretien structuré tout en abordant les différentes thématiques.

L'utilisation d'enregistrements par dictaphone et/ou téléphone portable permet une transcription la plus proche possible de la réalité en limitant les biais d'interprétation.

Une des limites de cette méthode est le caractère uniquement déclaratif des propos des personnes, sans pouvoir juger de leur véracité. La qualité des entretiens est aussi très dépendante de l'enquêtrice qui les réalise.

1.2 Le recrutement des personnes interrogées

Les entretiens ont débuté en été (juillet 2019) alors qu'il s'agit d'étudier une problématique hivernale. Les entretiens présentent donc un biais de mémoire d'autant plus que la plupart des questions demandent aux personnes interrogées de se rappeler de consultations datant de plusieurs mois, voire années (la plupart des personnes recrutées au cabinet ne consultant pas pour ce motif au moment de l'entretien). Ce biais peut notamment être gênant lorsqu'il s'agit d'aborder les motivations de la consultation, mais cela paraissait moins important puisqu'il était

aussi intéressant d'étudier les souvenirs de la personne interrogée vis-à-vis de cette consultation ainsi que ses connaissances et représentations des pathologies respiratoires hivernales, même en dehors d'un épisode aigu. Un entretien avec une personne qui semblait de toute évidence souffrir d'une infection respiratoire n'a pu être analysé car la personne paraissait très gênée par ses symptômes et l'entretien a été très succinct, difficilement audible du fait de la toux, ce qui confirme que la période hivernale ou le recrutement de personnes atteintes d'infections respiratoires hivernales au moment de l'entretien n'aurait pas forcément été plus pertinente.

Initialement, les personnes ont été recrutées au hasard, ou sur la base du volontariat dans des salles d'attente puis en échantillonnage raisonné. Bien qu'excluant les patients qui ne consultent pas, ce choix paraissait tout de même pertinent puisque l'étude portait sur les motivations et les attentes concernant la consultation. Mais une des principales limites de ce mode de recrutement est le fait que le patient n'est pas venu dans l'optique de participer à l'étude et peut limiter, volontairement ou pas, le temps accordé à cet entretien.

Lorsque les personnes étaient recrutées sur des plages de consultations sans rendez-vous, les informations étaient données à plusieurs personnes et le recrutement basé sur le volontariat en prenant en compte le temps d'attente estimé (c'est-à-dire que le plus souvent, les personnes recrutées étaient volontaires car elles estimaient que le temps annoncé d'entretien de 15-30 minutes était inférieur à leur temps d'attente). Cela signifie que la participation ne représente pas de perte de temps pour la personne interrogée. Le volontariat permettait d'interroger des personnes plus intéressées par le fait de participer à l'étude et donc probablement plus enclin à la discussion. Cependant, une limite de ce recrutement est que la personne interrogée garde en tête son rendez-vous et peut volontiers écourter, même involontairement, son entretien.

Lorsque les personnes étaient recrutées sur des plages de consultations sur rendez-vous, l'entretien avait lieu après sa consultation. Bien que « libérée » de sa consultation et prévenue d'une durée approximative, il est possible que la personne interrogée se sente moins investie puisque ce pourquoi elle s'est déplacée est achevé et que l'entretien peut-être perçu comme du temps supplémentaire.

Cela explique probablement le fait que les entretiens 1 à 17 réalisés selon ces modes de recrutements ont une durée relativement courte.

Afin de varier le mode de recrutement et de réaliser des entretiens plus longs et donc probablement plus exhaustifs, les entretiens suivants ont été réalisés avec des personnes recrutées par l'intermédiaire de connaissances puis par « effet boule de neige ». Cela implique la plupart du temps que la personne interrogée selon cette modalité est informée du statut de médecin de l'enquêtrice pouvant ainsi influencer ses réponses. Cependant, le caractère « organisé » selon les disponibilités et dans le lieu choisi par la personne interrogée a permis des entretiens plus longs donc probablement de meilleure qualité.

Ainsi, bien que la saturation des données ait été obtenue après 19 entretiens, il a été décidé de poursuivre les entretiens « organisés » afin de pallier à une éventuelle saturation artificielle des données. En effet, on peut supposer que des entretiens courts ne permettant que d'explorer les réponses « évidentes », la saturation des données aurait donc pu être obtenue « artificiellement ». Pour confirmation, 5 entretiens supplémentaires ont été réalisés.

Afin de varier les profils, un recrutement en recherche de variable maximale a été réalisé. Bien que le médecin traitant ne faisait pas partie des principaux critères d'échantillonnage, nous avons tâché de varier les médecins traitants afin que les entretiens ne soient pas seulement le reflet de la pratique d'un médecin.

1.3 La réalisation des entretiens

Une des principales limites de l'étude est le fait que l'investigatrice n'ait pas été formée préalablement à la réalisation des entretiens. Après recherches bibliographiques (17,18) et séance de travail avec le codirecteur de thèse (lui même formé et ayant réalisé de nombreux entretiens et dirigé plusieurs thèses qualitatives), les premiers entretiens ont été réalisés par l'investigatrice seule et analysés avec le codirecteur de thèse afin d'améliorer dans un 1er temps la technique d'entretien. Après réalisation de nouveaux entretiens, une seconde séance avec le codirecteur de thèse a permis de revoir de nouveau la technique d'entretien mais aussi le contenu afin d'approfondir les entretiens. On remarque que la durée des entretiens a progressivement augmenté, ce qui traduit probablement une amélioration de leur qualité.

Certaines interviews ont été réalisées au cabinet médical. Bien que le bureau choisi ne soit pas celui du médecin traitant, le lieu lui-même peut peut-être influencer les réponses de la personne interrogée : il est possible que la personne dise ce qu'elle aurait dit à un médecin car elle pense que c'est ce qu'il faut lui dire et pas forcément ce qu'elle pense réellement. Pour diminuer ce facteur, l'investigatrice évite de se présenter comme médecin et se place à côté de la personne interrogée et non de l'autre côté du bureau comme l'aurait fait le médecin lors d'une consultation.

Il a été choisi de ne pas analyser 4 entretiens réalisés au cabinet car leur qualité ne paraissait pas suffisante. Le 1er, d'une durée de 6 minutes seulement, a été réalisé après sa consultation avec une personne qui paraissait gênée par une toux et des céphalées. Deux autres entretiens exclus de l'analyse l'ont été car il paraissait difficile pour les personnes interrogées de répondre aux questions, l'un pour des problèmes de compréhension et d'expression et l'autre pour un problème de langue. Enfin, le dernier entretien non analysé concernait une femme qui s'est présentée à l'entretien accompagnée de ses 2 enfants en bas âges qui l'ont souvent perturbée ce qui a probablement écourté l'entretien et diminué sa qualité.

L'entretien P4 a dû être écourté mais il a été choisi de conserver cet entretien car les données obtenues après seulement 9 minutes paraissent exploitables.

1.4 L'analyse des entretiens

L'étude qualitative peut exposer au biais d'interprétation. Pour limiter ce phénomène et trianguler les données, tous les entretiens ont bénéficié d'un double codage par une seconde thésarde de manière indépendante. Les données de ces 2 codages ont été mises en commun et discutées en cas de différence de codage. Quatre entretiens ont même bénéficié d'un troisième codage réalisé en présence du codirecteur de thèse afin, principalement, de travailler la technique de codage.

Le choix de la méthode qualitative paraissait le plus pertinent pour étudier les représentations des personnes interrogées, cela permettant une expression plus libre. La principale limite de l'étude est l'absence de formation préalable aux entretiens de l'enquêtrice. Les modes de recrutement ont été variés avec des entretiens au cabinet puis des personnes recrutés par effet « boule de neige », permettant des entretiens plus longs et donc probablement plus exhaustifs. Quatre n'ont pas été inclus dans l'analyse car leur qualité paraissait insuffisante. Tous les entretiens ont bénéficié d'un double codage indépendant par une seconde thésarde et quatre ont même bénéficié d'un triple codage en présence du codirecteur de thèse (principalement pour travailler la technique de codage).

2 L'origine du besoin ressenti

L'analyse des données recueillies permet de mettre en évidence les 3 motivations principales des personnes interrogées en ce qui concerne le fait de consulter un médecin généraliste pour une infection respiratoire virale :

- la gêne causée par les symptômes générant un sentiment de besoin d'un traitement pour soulager ou guérir
- la peur de la maladie ou de son évolution justifiant un besoin de réassurance ou d'informations sur la maladie
- les contraintes administratives avec le besoin de certificats

2.1 L'intolérance aux symptômes

Elle semble être le résultat de plusieurs mécanismes :

- Il peut s'agir d'une intolérance des symptômes due à la gêne elle-même. Certains symptômes sont ressentis comme source d'une gêne importante pour les personnes interrogées comme l'obstruction nasale, la rhinorrhée ou la toux qui impactent la qualité de vie. L'exemple de la personne P13 illustre bien ce mécanisme puisqu'il justifie la nécessité de consulter par la gêne jugée intolérable causée par la rhinorrhée dans son milieu professionnel. On

constate donc que la consultation dépend de la tolérance individuelle des symptômes mais aussi de celle de l'entourage. L'intolérance peut aussi se traduire par certaines personnes interrogées comme l'intolérance d'un état général difficilement définissable : « j'en peux plus ». Il ne s'agit donc pas là d'un symptôme précis mais de critères généraux (asthénie, myalgies...). Des études ont tentées d'explorer les facteurs individuels influençant la tolérance aux symptômes comme par exemple le sexe (19,20). Il est plus intéressant dans le cas de notre étude d'explorer les facteurs « externes » puisque ce sont eux qui peuvent être modulés pour influencer sur le sentiment de la nécessité de consulter.

- Le symptôme est perçu comme un écart à une norme que les personnes interrogées ont intégrée et cet écart paraît intolérable. Il s'agit par exemple de la fièvre. Si la définition de la fièvre n'est pas consensuelle, ce terme désigne classiquement une température supérieure ou égale à 38°C le matin (et 38,3°C le soir) (21). Dans notre étude, certaines personnes interrogées déclarent qu'une température supérieure à 38 va entraîner chez elles un réflexe de consultation car cet écart est source d'inquiétude le plus souvent. D'autres personnes, déclarent utiliser un seuil de 39 par exemple pour consulter. Mais si certaines personnes donnent un chiffre objectif, des personnes interrogées décrivent aussi parfois la fièvre comme une sensation moins définissable. La normothermie intégrée par les personnes n'est donc pas toujours la même et elle est elle-même influencée par de nombreux facteurs.
- C'est parfois l'incompréhension des mécanismes conduisant aux symptômes qui rend impossible leur tolérance. On peut prendre l'exemple de la « maladie qui tombe sur les bronches » fréquemment citée par les personnes interrogées comme conduisant à consulter un médecin. Comme nous l'avons vu, certaines personnes interrogées utilisent ces termes pour décrire une toux qui devient productive mais aussi parfois un jetage postérieur ou une douleur bronchique ou pharyngée. Les personnes interrogées sont souvent dans l'incompréhension ou dans une mauvaise interprétation des symptômes puisque certaines voient la toux productive comme forcément en lien avec une complication pulmonaire grave débutante. Les connaissances et les

informations reçues par les personnes interrogées ont, dans ce cas, un impact important. On voit dans notre étude que certains symptômes n'engendrent pas forcément la nécessité de consulter car leur survenue et leur mécanisme sont intégrés tout comme l'absence d'un traitement curatif. Nous pouvons citer par exemple le « rhume » qui provoque obstruction nasale et rhinorrhée, dont l'évolution est favorable en moins d'une semaine pour la plupart des personnes interrogées. C'est alors la durée des symptômes qui peut être jugée intolérable ou la survenue d'autres symptômes type fièvre ou toux comme vu précédemment.

Comme nous l'avons vu avec la fièvre, ce sont souvent plus les représentations que les personnes interrogées ont des symptômes que les symptômes eux-mêmes qui sont à l'origine du sentiment de nécessité de consulter. Reprenons l'exemple de la personne P13. Bien que traité par Méthotrexate, cet homme n'a jamais mentionné au cours de l'entretien la fièvre comme étant un motif qui pourrait le pousser à consulter un médecin lors d'un épisode d'infection respiratoire hivernale, alors que cela a dû lui être expliqué à plusieurs reprises par des professionnels de santé (ce qu'il m'a confirmé après l'entretien). Tout se passe comme si la fièvre ne représentait pas pour lui une inquiétude suffisante pour motiver la consultation, sa représentation de la fièvre ne le pousse pas à consulter alors que dans son cas particulier, elle devrait.

Contrairement à la personne P13, de nombreuses personnes interrogées associent pourtant la fièvre à un sentiment de peur, surtout lorsqu'il s'agit des enfants. Cette « phobie de la fièvre » (Fever Phobia) a été décrite en 1980 par BD Schmitt (22) et correspondait aux craintes exagérées des parents concernant la fièvre chez les enfants. Elle était surtout liée à la crainte des complications de la fièvre mais le plus souvent la fièvre est mal connue et mal mesurée par les parents (23). Cette phobie de la fièvre semble toujours d'actualité (24,25). Elle peut être responsable d'un « sur-traitement » de la part des parents potentiellement dangereux (26). Mais on remarque dans notre étude que cette phobie de la fièvre dépasse largement le cadre des enfants.

L'intolérance des symptômes déclenche la nécessité de consulter. Cette intolérance peut être en lien avec une gêne personnelle ou de l'entourage. Elle peut aussi être liée à l'incapacité à tolérer un écart aux normes que les personnes ont intégrées ou avec l'incompréhension des mécanismes conduisant à ces symptômes. Mais plus que les symptômes eux-mêmes, c'est souvent leurs représentations qui poussent à consulter, comme par exemple les représentations de la fièvre chez les parents. Ces représentations sont influencées par de nombreux facteurs que nous aborderons dans la partie 3.

2.2 L'ambivalence autour du médicament

Certaines personnes interrogées se disent méfiantes vis-à-vis des médicaments. Cette crainte est exprimée en ce qui concerne l'automédication, cette pratique étant parfois jugée « à éviter » par certaines personnes interrogées. Cette méfiance est parfois expliquée par les dangers de l'automédication mais aussi car les médicaments employés en automédication peuvent être jugés trop chers et inefficaces. Toutes les personnes interrogées déclarent pourtant pratiquer l'automédication. Ce paradoxe est en partie expliqué par le fait que pour la plupart d'entre elles, l'automédication se résume au fait d'utiliser des médicaments en vente libre non remboursables. La prise d'antalgiques (et notamment le Paracétamol) n'est souvent pas considérée comme un acte d'automédication, tout comme la prise de médicaments prescrits lors de précédentes consultations. Cette importante utilisation de l'automédication est retrouvée dans une étude TNS-Sofres de 2011 pour Les Entreprises du Médicament (LEEM) qui montre que 75% des français achètent des traitements sans ordonnance (11). Dans une étude quantitative réalisée à la faculté de médecine de Strasbourg en 2016 intitulée « Comment les français soignent-ils leur rhume ? » (8), l'auteur conclut que seul 3% de la population étudiée déclare n'utiliser aucun traitement médicamenteux pour soulager le rhume, 88% utilisent des médicaments en vente libre (dont 68% le paracétamol, 26% les sirops contre la toux et 24% l'ibuprofène), sont aussi utilisés les sprays pour le nez, les pastilles, les sprays pour la gorge... Dans notre étude, même la personne P1 qui se décrit elle-même comme « retors aux médicaments » avoue spontanément prendre des AINS ou des sprays nasaux sans consultation préalable.

La personne P1 illustre aussi l'ambivalence autour de la demande médicamenteuse. Bien que méfiante vis-à-vis des médicaments en général, lorsqu'il lui est demandé ce qu'elle attend de la consultation, elle répond « qu'on me donne quelque chose ». La plupart des personnes interrogées, et ce même lorsqu'une méfiance est exprimée comme la personne P1, attend effectivement une prescription médicamenteuse à l'issue de la consultation.

Cela peut être expliqué par la perception du symptôme. Comme nous l'avons vu dans le paragraphe précédent, parfois, c'est la gêne jugée intolérable qui pousse à consulter et pour la plupart des personnes, cette gêne justifie l'emploi de médicaments. Lorsque c'est la peur de la gravité de la maladie ou de son évolution, l'attente d'un traitement est justifiée par les personnes interrogées par la nécessité d'« enrayer » la maladie pour éviter l'aggravation mais aussi dans un but de guérison.

Cette guérison est une attente exprimée par plusieurs personnes interrogées, parfois réelle attente, parfois sur le ton de l'humour (recherche du « remède miracle », « coup de baguette magique »). Cela illustre un nouveau paradoxe : la personne est alors consciente que ce « remède miracle » n'existe pas, qu'il n'y a pas de traitement curatif mais pourtant, elle ressent la nécessité de consulter pour guérir.

Parfois, l'attente spécifique d'antibiotique est directement exprimée par les personnes interrogées, souvent associée à la guérison. Cette attente peut être paradoxale puisque la personne interrogée semble parfois être consciente que les antibiotiques ne sont pas toujours nécessaires et surtout efficaces. On retrouve ce paradoxe chez la personne P18 qui déclare « pour moi les antibiotiques c'est pas automatique », mais associe le fait d'être un médecin efficace à la prescription d'antibiotiques. Ce phénomène est associé au fait que pour la plupart des personnes interrogées, une gêne forte, des symptômes importants nécessitent des traitements « forts » (il semblerait qu'on ne traite pas de la même manière un « petit rhume » et une « grosse rhinopharyngite ») et c'est ainsi que sont perçus les antibiotiques. Plusieurs études vont dans ce sens en montrant que les antibiotiques sont parfois attendus dans les infections respiratoires virales (3,28). Cette attente n'est pas anodine puisque qu'une étude réalisée en 2014 montre que le fait d'attendre des antibiotiques multiplie par 8 le risque de s'en voir prescrire par le médecin (29).

Plusieurs personnes de notre étude ont exprimé une méfiance vis-à-vis des médicaments, expliquant consommer le moins de médicaments possible. Toutes avouent pourtant avoir recours à l'automédication en cas d'infection respiratoire hivernale, parfois sans le nommer ainsi. Le besoin de prescription médicamenteuse motive souvent le recours au médecin. Certaines personnes interrogées semblent corréliser l'importance des symptômes ressentis à la « force » du traitement attendu. Les antibiotiques restent souvent attendus car perçus comme des traitements « forts ». Le recours au médicament paraît donc être important dans ces pathologies respiratoires virales pour les personnes interrogées.

2.3 Le médecin qui soulage, qui rassure, qui guérit

Dans l'étude de L. Charton (12), 17% des patients consultaient systématiquement leur médecin en cas de rhume, 57% « parfois » et seulement 26% ne consultaient jamais. On remarque que la consultation médicale n'est pas rare en cas de rhume. Indépendamment du besoin de prescription médicale, la nécessité d'un avis médical est parfois exprimée par les personnes interrogées comme motivant la consultation.

Plusieurs visions des personnes interrogées semblent s'opposer concernant la consultation médicale :

- la consultation pour comprendre : le médecin sert à informer et comprendre la maladie. Le raisonnement est le suivant : « je suis malade donc je veux consulter pour comprendre ». Cette vision de la consultation médicale est liée au mécanisme abordé précédemment d'intolérance des symptômes du fait de l'incompréhension. On peut supposer qu'avec une information adaptée, ces personnes seront amenées à consulter moins fréquemment pour ce motif.
- la consultation parce qu'on consulte un médecin quand on est malade, c'est son rôle : le médecin est l'expert et seule son expertise compte. La personne ressent alors une nécessité de consulter mais très peu d'importance vis-à-vis

des informations données, parfois allant même jusqu'à affirmer que ça ne l'intéresse pas : « je suis malade donc je consulte le médecin ».

- La consultation parce qu'il faut consulter : le médecin permet de répondre à une pression sociale. La personne est amenée à consulter parce que la société lui « impose » de consulter : « je suis malade donc je consulte donc il faut consulter ». Il peut s'agir par exemple des parents, le plus souvent inquiets, mais parfois poussés à consulter par le jugement des enseignants ou de l'entourage (un « bon parent » amène son enfant chez le médecin lorsqu'il est malade). Des personnes peuvent être poussées à consulter par leurs collègues, eux-mêmes gênés par les symptômes (que ce soit une gêne réelle ou ressentie). On peut aussi mettre dans cette catégorie les consultations pour arrêt de travail ou certificat.
- Pour une personne interrogée (P16), la consultation est perçue comme un droit, illustrant la notion de « consommateur » de soin qui sera abordé par la suite : « je suis malade donc j'ai le droit de consulter ».

Pour différentes raisons que nous évoquerons plus tard, la personne peut être amenée à penser que la médecine, et donc le médecin généraliste en 1ère ligne, permet de comprendre et d'apporter des solutions à tous les maux, même les plus bénins. Elle n'a pas à « subir » cette gêne puisque la médecine doit pouvoir la soulager. Il lui paraît donc nécessaire de consulter un médecin. Mais ce sentiment de nécessité s'accompagne souvent dans le cas des infections respiratoires hivernales, d'un besoin urgent.

Les personnes interrogées ont exprimé différentes attentes vis-à-vis du médecin, en rapport avec les représentations qu'elles ont de lui. Parfois, l'information qu'il délivre est vue comme primordiale avec notamment l'importance du diagnostic et des explications. Le médecin peut aussi être vu comme un « expert » de la maladie ce qui justifie à lui seul la nécessité de consulter lorsque l'on est malade. La consultation peut aussi être perçue comme une réponse à une pression sociale ou un droit.

2.4 Un sentiment de nécessité confronté à l'organisation des soins

La plupart des personnes interrogées avouent avoir déjà ressenti le besoin d'une consultation urgente en cas d'infection respiratoire hivernale. Dans ces cas, on a vu que le médecin généraliste est souvent privilégié. Mais la personne doit s'adapter à son mode d'organisation des soins.

La notion même de consultation urgente varie d'une personne à l'autre, le jour même pour certaines, 1 à 3 jours pour la plupart, parfois jusqu'à une semaine.

Si la voie d'accès classique à la consultation du médecin traitant (rendez-vous programmé, le plus souvent par l'intermédiaire d'un secrétariat) n'est pas possible, la plupart des personnes se tournent vers un autre médecin du cabinet du médecin traitant mais certains contournent cette voie en insistant auprès du secrétariat (pour un « créneau d'urgence ») ou parfois même en sollicitant directement le médecin sur son téléphone personnel (voie qui est donc privilégiée lorsque le médecin traitant exerce seul). La personne P23 décrit une technique un peu plus surprenante pour consulter un médecin : maman de 2 enfants en bas âge en milieu rural, elle a remarqué que les délais de rendez-vous avec le médecin généraliste étaient souvent trop longs et que l'enfant malade allait souvent déjà mieux avant la date du rendez-vous, elle a donc décidé de prendre rendez-vous dès les premiers signes pour avoir rendez-vous plus vite, quitte à l'annuler si finalement elle se rend compte que l'évolution est rapidement favorable. Cela montre bien « l'ancrage » dans son esprit de la nécessité de voir le médecin si les enfants sont malades alors que les épisodes précédents auraient pu avoir tendance à indiquer qu'il s'agit de maladies à évolution spontanément favorable.

Cette inquiétude parentale est parfois tellement importante qu'elle ne permet pas d'attendre, les parents (P6 et P19) ont alors recours rapidement aux médecins urgentistes de ville (SOS Médecins) ou hospitaliers (urgences pédiatriques dans le cas de notre étude).

Ce besoin de consultation, la plupart du temps « en urgence », contribue largement à la saturation de la médecine de ville et par conséquent, en partie, à l'épuisement des médecins.

En opposition à la demande de consultation urgente, on retrouve chez certaines personnes interrogées le recours à la consultation « opportuniste ». Les motivations engendrées par la maladie (gêne, peur ou besoin administratif) ne sont pas suffisantes seules pour déclencher l'acte de consultation (ou bien même si elles le sont, c'est parfois l'accès jugé difficile à la consultation qui en limite le recours). Par contre, ils sont jugés suffisants pour profiter d'une consultation pour un autre motif, voire pour une autre personne, pour être abordés en consultation. C'est un des mécanismes des consultations à motifs multiples (30,31). Ces demandes multiples ont un impact négatif sur la qualité de la démarche clinique du praticien (32–34). Elle augmentent souvent la durée des consultations, le retard des médecins pouvant être source de stress pour le praticien et ainsi contribuer aussi à l'épuisement professionnel (35).

Les représentations qu'ont les personnes interrogées concernant les maladies hivernales et leurs symptômes, leurs traitements et la médecine, en particulier, le médecin généraliste vont amener à un sentiment de nécessité de consulter. Même confronté à une difficulté à consulter en période épidémique (délai des rendez-vous, attente sur les créneaux sans rendez-vous), le besoin persiste le plus souvent. La consultation est souvent jugée comme urgente et les personnes mettent en place différentes stratégies en fonction de l'organisation des soins pratiquée par le médecin traitant, consultations avec ou sans rendez-vous, cabinet de groupe ou exercice seul, accès direct ou non au médecin par ses patients, délais des rendez-vous. Le recours direct aux urgentistes de ville ou hospitaliers est parfois observé chez les personnes interrogées, en particulier les parents.

3 Un sentiment de nécessité sous influence : la surmédicalisation de la société ?

Dans notre étude, nous avons observé que les personnes interrogées sont très souvent dans l'attente d'un traitement médicamenteux. Cette attente est influencée par de multiples facteurs. Certains de ces facteurs sont « internes » aux personnes interrogées et n'ont pas fait l'objet de questions spécifiques. Dans son

article de 2002 intitulé « La Pharmacologie sociale : une nouvelle branche de la pharmacologie clinique », l'auteur JL. Montastruc, décrit la pharmacologie sociale comme étudiant les « inter-relations entre la société et le médicament ». Il met en évidence l'impact de différents facteurs qui influent sur la consommation de médicaments par un patient, notamment la religion mais aussi l'âge, le sexe, le statut social, le niveau de remboursement du médicament ou les origines ethniques (36).

Mais plus que le simple rapport aux médicaments, c'est le rapport à la médecine et donc au médecin généraliste qui peut influencer les patients.

3.1 La représentation du médicament influencée par le médecin généraliste

Les personnes interrogées dans notre étude associent souvent leur vision des médicaments à leur expérience personnelle lors des épisodes d'infections respiratoires hivernales précédentes. Elle est souvent directement en lien avec les pratiques et prescriptions de leur médecin généraliste (ou parfois les produits conseillés par leur pharmacien). La plupart du temps, la demande médicamenteuse est associée au fait que les précédents épisodes ont été traités par la prise de médicaments. Analyser les motifs de surprescription médicamenteuse de la part des médecins permettra peut-être de comprendre l'importante attente de médicaments de la part des patients. De nombreux travaux ont étudié les prescriptions des médecins généralistes.

Dans une thèse de médecine de la faculté de Nancy réalisée en 2012 (37), l'auteur V. Mauffrey s'attachait à étudier les motifs de surprescription des médecins généralistes dans la rhinopharyngite aiguë. Elle évoque 3 niveaux de motifs de surprescription exprimés par les médecins :

- un niveau sociétal : dans la pratique culturelle française, le parcours de soin du patient s'assimile à un « pèlerinage » (38) vers la consultation du médecin puis vers la pharmacie. Le médicament est perçu comme étant un outil central et l'ordonnance permet de valider la légitimité de l'acte médical (39,40). Cette forte propension à prescrire constituerait même le « modèle français de prescription » (41).

- un niveau intermédiaire : « le mode de rémunération à l'acte et le « clientélisme », c'est-à-dire le fonctionnement concurrentiel des cabinets médicaux libéraux et la peur de la « perte » d'un patient, seraient aussi des incitateurs à la surprescription », créant la logique « transaction = ordonnance ». C'est aussi à ce niveau là qu'intervient la pression exercée par l'industrie pharmaceutique.
- Un niveau inter-individuel : réponse à la pression réelle ou supposée des patients pour ne pas altérer la relation médecin-patient ou pour gagner du temps (les explications étant perçues comme plus chronophages que la prescription).

Pour analyser les pratiques de prescription des médecins généralistes, la sociologue S. Rosman a réalisé en 2010 une étude comparative entre la France et les Pays-Bas par entretiens semi-directifs auprès de médecins français et néerlandais et par observations de consultations (42).

La comparaison de la France et les Pays-Bas est particulièrement intéressante car le nombre de consultations par patient est plus élevée en France (4,9/an contre 3,2 aux Pays-Bas), et surtout le nombre de consultations donnant lieu à une ordonnance (90% contre 43,2% aux Pays-Bas) (43). Pourtant, l'état de santé de la population néerlandaise semble proche de celui de la population française, du moins en terme d'espérance de vie (82,6 ans en France contre 81,8 ans aux Pays-Bas en 2017) (44).

L'étude de S. Rosman (42) met en évidence 2 grandes logiques de prescription, l'une fondée sur la « restriction » (majoritaire chez les médecins néerlandais interrogés) et l'autre sur la « réparation immédiate par le biais de médicaments » (largement majoritaire chez les médecins français interrogés).

La logique de restriction consiste à limiter les prescriptions médicamenteuses et à privilégier les conseils d'hygiène de vie et la réassurance.

Dans la logique de réparation immédiate, prédominant chez les médecins français, le médicament est l'outil pour répondre à la plainte du patient, il s'agit d'une pratique donnant lieu à une prescription quasi-automatique. Elle est motivée principalement par les « contraintes » liées à l'exercice du travail (nécessité

d'instaurer et de maintenir la relation avec le patient, besoin de légitimité et gestion de la consultation). La prescription est vue comme un moyen d'exprimer au patient que sa plainte a été entendue, de satisfaire et fidéliser sa patientèle et ce d'autant plus dans une logique de paiement à l'acte (« le patient doit en avoir pour son argent » déclare un médecin français). La prescription permet au médecin de légitimer sa compétence médicale et thérapeutique c'est-à-dire de le différencier des profanes (« Quand on est malade, on en parle avec sa voisine. Mais la différence entre la voisine et moi est que je peux donner une ordonnance » déclare un médecin français). Les prescriptions sont aussi influencées par la charge de travail : plus les médecins reçoivent de patients ou plus ils sont fatigués, plus ils prescrivent de médicaments.

Une thèse réalisée en 2014 à la faculté de médecine de Nice retrouve cette association entre le nombre de patients par an élevé et un nombre important de consultations donnant lieu à une prescription médicamenteuse (45). Plus spécifiquement, une étude du CREDES de 2003 montre que plus un médecin généraliste effectue de consultations et de visites par jour, plus la probabilité qu'il recoure aux antibiotiques pour rhinopharyngite est importante (46).

Une étude réalisée par D. Bedoin et R. Charles en 2012 étudie la médicalisation dans les « Affections Transitoires Bénignes » par entretiens auprès de médecins généralistes (47).

Les auteurs retrouvaient ces 2 logiques de prescription, « restrictive » et « réparatrice ».

Les 2 raisons évoquées par les médecins interrogés pour expliquer cette attitude « réparatrice » sont :

- pour répondre aux attentes des patients vis-à-vis de la médecine qui deviennent des « consommateurs » de soins dont le manque de connaissances et l'influence des médias suscite chez eux « angoisses ou désirs consuméristes » [...]. L'auteur évoque aussi « une moindre tolérance des usagers face aux symptômes, expliquée par l'élargissement du concept de santé à la recherche du bien-être ».

- la prescription médicamenteuse est perçue par les médecins interrogés comme une habitude, née de l'époque où les traitements symptomatiques sont arrivés sur le marché, poussée par l'industrie pharmaceutique. Ils sont « utilisés pour leurs patients, soignant au passage la relation qu'ils avaient avec eux dans un contexte concurrentiel. ».

La prescription médicale permet de conforter la relation médecin-patient. Comme l'explique la sociologue J. Collin : « Dans le cadre de la relation thérapeutique, le médicament peut s'inscrire dans une fonction métaphorique en ce sens qu'il incarne un objet concret de soulagement ou encore la preuve tangible d'un état de maladie. Mais par ailleurs, il peut également assumer une fonction métonymique lorsqu'il est perçu comme incorporant en lui-même l'expertise du médecin et sa capacité de soigner. » (48)

Certains des médecins interrogés dans l'étude de D. Bedouin et R. Charles (30) disaient utiliser les médicaments dans les affections transitoires bénignes pour leur « effet placebo » (par l'administration du médicament lui-même mais aussi les informations associées lors de la consultation). Mais contrairement aux placebos réels, ces médicaments qualifiés de placebos « impurs » ne sont pas exempts d'effets secondaires (49). Ils provoquent parfois des effets secondaires potentiellement graves et sont sans bénéfice thérapeutique objectivé pour le patient (9,50).

L'influence de l'industrie pharmaceutique sur les médecins peut aussi avoir un rôle dans la surprescription (notamment des placebos « impurs ») puisqu'il a été démontré qu'il existe une corrélation entre un nombre important de visites médicales et une augmentation des prescriptions par les médecins généralistes (51). Une étude française publiée dans le British Medical Journal en 2019 retrouvait que les médecins généralistes français qui ne reçoivent pas de cadeaux de la part de l'industrie pharmaceutique ont de meilleurs indicateurs d'efficacité de prescription de médicaments et des prescriptions de médicaments moins coûteuses que les médecins généralistes qui reçoivent des cadeaux (52).

Le pharmacien a lui aussi un rôle majeur dans l'utilisation massive de ces placebos « impurs » puisque comme nous l'avons vu avec les personnes de notre étude, ils sont d'importants dispensateurs de ces traitements.

Une autre conséquence majeure de cette surprescription médicamenteuse est le fait de conforter le patient dans l'idée qu'un médicament est nécessaire. Les personnes interrogées dans notre étude disent le plus souvent que leurs expériences personnelles des infections respiratoires hivernales influent sur leur comportement lorsque les symptômes se reproduisent. Habituellement, le patient attend quelques jours, pratique l'automédication ou parfois consulte son médecin ou demande conseil au pharmacien, ce qui aboutit fréquemment à la prise de médicaments. Mais comme il s'agit d'une pathologie virale d'évolution spontanément favorable la plupart du temps, il va mieux et associe souvent cette amélioration au médicament pris. S'ajoute à cela l'effet placebo qui fait que l'interaction avec le professionnel de santé (34) et la prise d'un traitement même sans efficacité scientifiquement démontrée ont un effet positif sur le patient. Le patient est conforté dans son idée de l'efficacité du traitement et va donc être plus demandeur d'un traitement lors des prochains épisodes. Ce phénomène semble expliquer la forte attente concernant les traitements exprimée par les personnes interrogées de notre étude.

Il semblerait donc que l'on se trouve dans un cercle vicieux puisqu'une des raisons qui pousse le médecin à trop prescrire est le fait qu'il pense que c'est ce qu'attend son patient et le patient attend des médicaments entre autre parce que c'est ce que lui donne habituellement son médecin et qui semble fonctionner et entretenir son besoin de consultation.

La demande de médicaments est une des motivations des personnes consultant un médecin pour une infection respiratoire hivernale. Cette attente médicamenteuse peut être expliquée par une forte propension à la prescription de la part des médecins généralistes français qui s'inscrit dans une logique de « réparation immédiate par le médicament ». Cette surprescription est influencée par un facteur culturel avec le « pèlerinage » du patient vers le médecin puis vers le pharmacien, par le mode de rémunération des médecins entraînant une sensation de nécessité de contrepartie au paiement à l'acte (moyen de fidéliser la patientèle et de légitimer le rôle du médecin) et par la pression réelle ou supposée des patients. Même si elle est parfois comparée à l'emploi de placebos, cette surprescription médicamenteuse peut avoir des conséquences directes graves sur le patient et entretient l'idée de la nécessité de médicaments dans les pathologies bénignes.

3.2 Une relation de dépendance à la médecine ?

Nous avons vu au cours de notre étude que différents mécanismes révèlent une certaine dépendance des personnes interrogées à la médecine :

- La peur des symptômes, de la maladie et de son évolution : elle peut résulter d'une incompréhension ou d'une mauvaise interprétation des symptômes, mêmes bénins. Le recours à la médecine est perçu par les personnes interrogées comme le seul moyen de rassurer.
- L'impression de fragilité aux âges extrêmes de la vie : elle justifie un recours systématique au médecin pour des symptômes même pouvant paraître sans gravité. Les enfants et les personnes âgées sont perçus comme ne pouvant pas guérir seuls ou à risque de complications d'où la nécessité de consulter.
- Une vision de la médecine comme pouvant répondre à tous les maux : même parfois conscient de leur bénignité, les symptômes n'ont pas à être tolérés puisque la médecine peut les traiter et guérir les maladies. Elle est directement liée à la médicalisation de la société et à la représentation du médicament.

Ce sont ces mécanismes que J. Romains semblait déjà avoir caricaturés pour sa pièce de théâtre de 1923, *Knock ou le triomphe de la médecine* (54) adaptée au cinéma en 1933 puis 1951. Cette pièce parodique, montrait comment un médecin nouvellement installé dont la devise est « toute personne bien portante est un malade qui s'ignore » parvient à insinuer la maladie dans l'esprit de toute la ville, créant ce qu'il nomme sa « clientèle » et entretenant une dépendance à son égard. Certes plus charlatan que médecin, il est capable de transformer n'importe quelle plainte banale en maladie plus ou moins grave selon son besoin en utilisant le manque de connaissance médicale de la population et le mécanisme de la peur.

Un autre facteur a contribué à créer une certaine dépendance vis-à-vis de la médecine. Il renvoie à la notion de « clientélisme » abordée dans la partie précédente. Pour l'expliquer, il est important de l'intégrer à la notion de démographie médicale. Il prend son importance lorsque l'offre de soins est supérieure à la demande médicale de la population. En 1974, le sociologue R. Evans a formulé l'hypothèse de « demandes induites » par les médecins (55). Pour lui, l'augmentation de l'offre de soin entraîne une augmentation de la concurrence et va conduire le médecin à « augmenter son volume d'activité en exerçant son pouvoir discrétionnaire sur les volumes ». Il explique que tout se passe comme s'il existait une « référence à un revenu-cible que les médecins tentent de recouvrer, en dépit de l'intensification de la concurrence », c'est-à-dire que le médecin induit une plus forte demande de soins de la part de ses patients afin de conserver son activité. Cette hypothèse reste controversée mais une revue de la littérature concernant les demandes induites (56) conclut que « [...] l'offreur de soin n'est, par nature, ni totalement intéressé, ni totalement altruiste. Il est sensible aux incitations financières auxquelles il est exposé, qui peuvent influencer en partie son activité. Quand celles-ci se modifient de façon adverse, il va réagir pour conserver des conditions plus favorables, tout en jouant sur son avantage informationnel. ». L'offre de soins est régulée depuis 1971. L'instauration du *numerus clausus* n'a réellement diminué le nombre de médecins qu'à partir de 1978 avec un impact visible seulement à partir de 1987 (57). Avant cette période, l'offre de soins pouvait être supérieure à la demande. Les médecins ont pu induire chez leurs patients une plus forte propension à la consultation, y compris pour des pathologie bénignes. Le système de rémunération à l'acte a pu les

y inciter pour conserver leur activité. Ces pratiques ont contribué à la médicalisation de la société et à une certaine dépendance de la population vis-à-vis de la médecine.

Mais dans la société actuelle, le médecin et le système de soins ne sont plus les seuls à intervenir dans le rapport des individus à la santé, un autre acteur prend une place de plus en plus importante, il s'agit des médias.

La médecine a pu elle-même contribuer à créer une dépendance à son égard qui favorise le sentiment de nécessité de consulter. Cette dépendance est entretenue par la peur engendrée par des symptômes même banals que la médecine paraît être la seule à pouvoir expliquer, par un sentiment de fragilité aux âges extrêmes et par la croyance que la médecine est aujourd'hui capable de résoudre tous les problèmes. Cette dépendance est aussi le fruit d'une époque où l'offre médicale était supérieure à la demande et où les médecins ont pu favoriser l'émergence de « demandes induites » afin d'entretenir leur activité, entretenant ainsi la médicalisation de la société et la dépendance de celle-ci à la médecine.

3.3 Le rôle des médias

Nous avons mis en évidence que les connaissances et croyances des personnes interrogées provenaient aussi de leur entourage et des médias en général. Mais comme le médecin généraliste, les médias peuvent exercer leur influence de manière indirecte, à travers l'entourage, ou directement, par leurs différents supports. Ils jouent un rôle majeur dans la médicalisation de la société.

Depuis plusieurs années, on assiste à une explosion du journalisme médical. Cette augmentation de contenu a un effet sur la population puisque, d'après une enquête de 2002 (58), la 1^{ère} source d'information en matière de santé utilisée par les français est la télévision (71%) devant le médecin (65%), la presse écrite (62%) et la radio (45%). Dans un sondage plus récent (59), on retrouve que le médecin généraliste est considéré comme une des sources principales d'information médicale pour 85% des personnes interrogées, le pharmacien pour 51%, les sites internet

spécialisés pour 32%, les autres médias pour 21%, les réseaux sociaux ou forums pour 8%.

Les sujets médicaux font l'objet de magazines ou de sites internet qui leur sont dédiés mais aussi de nombreuses chroniques y compris jusqu'au journal de 20h. Ce flot d'informations permet aux individus d'avoir une meilleure connaissance médicale (60) et donc peut participer à développer une attitude critique qui peut augmenter la qualité de la pratique médicale et pourrait même améliorer la relation médecin-patient en diminuant son asymétrie (61).

Mais comme tous les sujets abordés dans les médias, la médecine fait face aux mêmes impératifs de marketing et d'audience. E. Brune, docteur en science de l'environnement, expliquait en 2002 dans un article sur la médicalisation de la qualité de vie (58) que les médias sont largement financés par la publicité et la presse médicale n'y échappe pas. La publicité, et surtout celle émanant de l'industrie pharmaceutique, est partout dans les médias. Mais les annonceurs, et surtout l'industrie pharmaceutique, ont la capacité d'influencer l'information émise par les médias soit directement en influençant les rédactions soit indirectement. Ils peuvent inclure leur publicité dans un article qui aborde la maladie qu'ils traitent (seulement pour les médicaments sans ordonnance en France). Ils peuvent financer par exemple une étude épidémiologique concluant qu'une maladie a vu sa fréquence augmenter ajoutant la mention « parlez-en à votre médecin », pour sensibiliser le grand public à son dépistage et ainsi augmenter son traitement (pratique utilisée surtout pour les médicaments soumis à prescription). La publicité peut aussi prendre des allures de reportage (publi-rédactionnel) rendant la nature publicitaire moins visible pour le lecteur.

Dans le manuel pratique de la HAS « Comprendre la promotion pharmaceutique et y répondre » (62), une partie concerne la promotion destinée au grand public. Il y est mentionné que cette promotion donne lieu à davantage de prescriptions et augmente les ventes de médicaments. Elle a aussi « de fortes implications pour la perception des médicaments sur le grand public et les relations entre patients et professionnels de santé ».

Dans le cas de notre sujet, l'influence de l'industrie pharmaceutique peut contribuer à diffuser des idées erronées sur les maladies et leur traitement,

notamment en diffusant l'idée que les infections hivernales nécessitent un traitement et qu'il existe un médicament pour chaque symptôme (obstruction nasale, toux, fatigue...).

En plus de l'influence majeure de l'industrie pharmaceutique, se pose le problème de la véracité et de l'origine des contenus médicaux des médias. Une étude québécoise publiée en 2010 (63) étudie les sources de l'information médicale dans les médias. Elle conclut que « la préoccupation marchande des médias préside très souvent au choix des sources, essentiellement dans l'intention de créer une dynamique de proximité émotive avec leurs publics, alors que les sources scientifiques sont plus rarement citées, les journalistes ne disposant ni de la formation ni du temps nécessaire pour mettre en contexte ou questionner les résultats scientifiques qu'ils diffusent en matière de santé. ». Ces contenus sont donc choisis le plus souvent pour susciter une émotion chez les lecteurs (innovation médicale majeure, témoignage de patient, cas exceptionnels...) et non dans un but d'information pure. Cela contribue à créer des attentes irréalistes et des peurs disproportionnées, ce que nous avons pu observer chez 2 personnes interrogées dans notre étude (P17 et P19) qui avouent que consulter internet est souvent très anxiogène.

D'après un sondage réalisé en 2010 pour le Conseil National de l'Ordre des Médecins, 71% des Français cherchent des informations médicales ou de santé sur Internet (43). Dans un sondage un peu plus récent (64), on retrouve que la moitié des français a déjà utilisé internet pour rechercher ou partager des informations sur la santé. Le cas particulier des sites internet à contenu dédié à la santé est particulièrement problématique au vu de leur popularité. Le site Doctissimo.fr®, 1er site de santé en France est consulté plus de 40 millions de fois chaque mois (65). Concrètement, si l'on tape « toux grasse » ou « fièvre » sur un moteur de recherche (Google®), c'est le site Doctissimo.fr® qui est le premier résultat obtenu.

L'association UFC-Que Choisir a réalisé en 2010 une étude comparative de 9 sites internet « santé » français en se basant sur la présentation, l'ergonomie et le référencement scientifique, l'indépendance, l'influence commerciale, la publicité et l'information sur 2 pathologies (diabète de type 2 et cystite) (66). L'étude met d'abord en avant un désordre puisque « pour une maladie précise, articles, forums et tests surgissent sans ordre apparent », la publicité est jugée omniprésente et s'invite dans

le contenu des pages. S'ajoute à cela la présence de fausses informations dans les contenus.

Une revue de la littérature réalisée par la HAS retrouve « la présence d'informations inexactes délivrées sur des sites santé. Il est cependant impossible de quantifier la proportion d'informations inexactes délivrées par des sites santé. » (67). En 2002, une revue de la littérature retrouvait que 70% des études ont conclu que « la qualité est un problème sur le web » (68). Nous n'avons pas trouvé d'études ou de revues de la littérature plus récentes concernant la qualité des sites internet santé en général mais des études plus récentes semblent confirmer la qualité discutable des contenus internet francophones sur des pathologies en particulier : le dépistage des cancers oraux en 2018 (69), les infections à papillomavirus en 2018 (70) et l'alcoolodépendance en 2018 (71).

Pour permettre aux utilisateurs de s'y retrouver dans la masse des sites internet de santé, la HAS avait mis en place une certification fondée sur le respect des principes du code de la Health On the Net (HON), organisme en charge de cette certification (72) mais elle a été abandonnée en 2013 par la HAS car jugée peu utile et cette certification est désormais payante (73).

Pour illustrer les différents problèmes liés à la santé dans les médias, on peut prendre un exemple concret sur le site internet le plus utilisé en France : Doctissimo.fr®. Dans le dossier intitulé « Remède rhume : les traitements naturels efficaces » sur le site Doctissimo.fr® (74), sont présentés comme efficaces s'il l'on se fie au titre, les huiles essentielles, l'eau de mer ou le sérum physiologique mais aussi le jus de citron à vaporiser dans le nez, l'homéopathie et les tisanes. Ces recommandations ne correspondent pas aux recommandations officielles qui préconisent seulement un antalgique/antipyrétique (Paracétamol) et les lavages des fosses nasales au sérum physiologique (1). S'ajoute à cela un encart publicitaire présenté comme un « conseil » d'un laboratoire partenaire qui se trouve dans la continuité de l'article. Les sources citées au bas de l'article sont l'ANSM et Ameli.fr. Et bien que le lien de l'ANSM renvoie à une mise en garde sur les vasoconstricteurs nasaux, leur présence en bas de l'article induit le lecteur en erreur et lui confère une légitimité qu'il n'a pas.

Les médias jouent un rôle majeur dans les représentations qu'ont les personnes interrogées des infections respiratoires hivernales et de leur traitement. Il s'agit d'une source importante d'information très utilisée et qui pourrait développer les connaissances de la population en terme de santé et favoriser la démedicalisation et l'autonomisation de la population pour ces affections bénignes. Mais l'influence très importante de l'industrie pharmaceutique, la présence de contenus erronés ou sélectionnés qui favorisent des attentes irréalistes et des peurs disproportionnées constituent les principales limites de ce mode d'information.

4 Les perspectives

4.1 Vers une autonomisation du patient ?

Le besoin de médicaments est une motivation importante des personnes qui consultent pour une infection respiratoire virale hivernale. Le rôle du médecin généraliste paraît central dans les représentations qu'ont les patients de la maladie et de la consultation mais aussi du médicament. Diminuer la surprescription médicamenteuse contribuerait à diminuer la perception de besoin de médicaments du patient. Pour remédier à cette surprescription, plusieurs pistes ont déjà été abordées.

Dans le travail de thèse de V. Mauffrey (37), les médecins interrogés ont eux-mêmes proposé des pistes comme mettre en avant l'examen clinique et travailler la relation de confiance qu'a le patient envers son médecin, confiance très souvent exprimée par les personnes interrogées dans notre étude. Les médecins interrogés par V. Mauffrey demandent la mise en place de stratégies de non-prescription (certains réalisent des Streptatest® dans les rhinopharyngites pour légitimer la non-prescription d'antibiotiques) et de campagnes de sensibilisations. Ils proposent aussi la délivrance d'une « information claire et appropriée aux patients », en partenariat avec le pharmacien, quant à l'utilité des médicaments en vente libre non remboursables.

Dans l'étude de S. Rosman (42), les logiques de prescriptions des médecins français étaient comparées à celle des médecins néerlandais, bien moins prescripteurs. On peut donc supposer que les différences de fonctionnement du système de santé entre ces 2 pays sont en partie responsables de cette différence de prescription médicamenteuse. Aux Pays-Bas, l'accessibilité du médecin généraliste n'est pas libre. Il existe des assistants médicaux qui « trient » les patients dans le but d'éviter les consultations pour des symptômes sans gravité. Les médecins ne sont pas rémunérés à l'acte mais de manière mixte à l'acte et selon un forfait et le paiement ne se fait pas directement au médecin, diminuant la relation « commerciale » entre le médecin et son patient, l'ordonnance pouvant être perçue comme la contre-partie au règlement par certains médecins.

Dans un document de la revue *Prescrire* paru en 2014 (75), associant les résultats de 2 thèses portant sur les représentations de la non-prescription médicamenteuse des médecins et des patients, des pistes sont proposées. Ils proposent certains outils pour dépasser ces représentations et passer à une approche centrée sur le patient :

- investir l'« effet médecin » qui devient alors l'instrument thérapeutique à travers ses compétences, « le médicament le plus utilisé en médecine générale est le médecin lui-même » (76)
- favoriser l'autonomie du patient
- démedicaliser certains problèmes de santé
- favoriser l'« éducation du patient » : le médecin explique au patient les mécanismes physiopathologiques, la capacité à l'autoguérison et donne des conseils d'hygiène de vie
- bien identifier les attentes du patient et transmettre ses décisions de manière adaptée et intelligible
- parvenir à une « décision médicale partagée », c'est la concordance médecin-patient

La mise en place de ces outils nécessite une bonne formation initiale et continue axée sur ces problématiques (notamment la gestion de l'incertitude, l'écoute des attentes du patient, la prise de décision).

Il semblerait que les patients soient prêts à changer leur relation aux médicaments. Plusieurs études ont mis en évidence que les patients sont moins en demande de médicaments que ce que pensent leur médecin (77). Dans une étude mise en place par l'Assurance Maladie en 2005 (43), 8 personnes sur 10 se disaient déjà tout à fait ou plutôt d'accord avec l'idée selon laquelle « une consultation ne doit pas forcément se terminer par une ordonnance de médicaments ». L'étude retrouvait que 58 % des médecins français ressentent une attente de prescription pour les rhumes alors qu'une prescription n'est estimée nécessaire que pour 24 % des patients seulement.

La notion d'autonomisation (« empowerment ») du patient a été ajoutée à la définition européenne du médecin généraliste en 2011 par la WONCA (78).

Elle définit cette autonomisation de la manière suivante : « La médecine générale occupe une position stratégique pour promouvoir les objectifs de responsabilisation du patient et d'autogestion. Des soins longitudinaux, une approche multidisciplinaire, une relation forte basée sur un processus de consultation unique et sur la confiance, une approche centrée patient, sont le point de départ d'un processus éducatif continu visant à responsabiliser le patient. »

L'autonomisation et la mutation d'un système paternaliste vers une approche centrée sur le patient ont déjà une place importante en ce qui concerne les maladies chroniques (79). Il s'agit donc d'étendre cette pratique aux maladies aiguës fréquentes.

Pour aller vers une autonomisation du patient, une bonne information est donc nécessaire. Nous avons vu dans notre étude par exemple que les personnes interrogées perçoivent souvent la fièvre comme un signe de gravité. En pratique, il est donc important de « démystifier » la fièvre de moins de 3 jours. C'est aussi le cas de la toux productive. Dans ce cas, il est aussi nécessaire de rassurer sur la bénignité mais surtout d'informer sur la durée des symptômes. Pour mieux « éduquer » les patients, il est aussi nécessaire de bien cerner leurs attentes. Si c'est la peur qui a motivé la consultation, il faut savoir la percevoir pour pouvoir rassurer le

patient. Au contraire, si c'est la gêne qui domine, lui dire que ce n'est pas grave n'aura pas d'impact sur lui, il est alors plus important de l'informer sur la durée des symptômes et le conseiller pour diminuer la gêne.

Pour changer la relation de la population aux médicaments et aux médecins, il paraît nécessaire de changer la relation entre les médecins et les patients. Apporter au patient une information adaptée à ses représentations sur les viroses hivernales permet de l'autonomiser. Investir l'« effet médecin » permet de sortir de la logique de réparation immédiate par le médicament et ainsi démedicaliser ces affections bénignes et d'évolution spontanément favorable. L'autonomisation du patient fait d'ailleurs partie de la définition du médecin généraliste par la WONCA depuis 2011.

4.2 Les perspectives de santé publique

4.2.1 *L'évolution des rôles du pharmacien*

Dans notre étude, on remarque que les personnes interrogées présentent parfois une vision critique vis-à-vis du pharmacien. L'aspect commercial est souvent mis en avant lorsqu'elles évoquent la relation au pharmacien (« vendeurs de médicaments ») ce qui semble influencer sur la relation de confiance. Ces critiques sont semble-t-il surtout présentes en zone urbaine. Le rôle de conseil du pharmacien est mis en avant par les personnes interrogées en zones rurales, du fait probablement d'une relation plus personnelle et d'un accès plus difficile au médecin.

La pratique des pharmaciens, comme celle des médecins, se modifie progressivement. L'accent est mis sur leur rôle de santé publique, d'information et d'accompagnement du patient. Cette évolution est associée à un changement de leur mode de rémunération. Les avenants à l'actuelle convention pharmaceutique prévoient qu'« à l'issue de la convention, en 2022, la part des revenus des pharmaciens provenant des marges commerciales sur la vente de médicaments aura été considérablement réduite puisqu'elle sera de l'ordre de seulement 30 % . » (80). Les pharmaciens perçoivent, comme les médecins, une prime liée à la mise en place

de la rémunération forfaitaire sur objectifs de santé publique (ROSP) depuis 2014 (81) et des honoraires de dispensation (82). Une proposition récente consisterait à confier au pharmacien le diagnostic (83) et la délivrance du traitement (84) de certaines pathologies comme par exemple la cystite ou l'angine. Cette nouvelle évolution du rôle du pharmacien s'accompagnera probablement d'une nouvelle modification de leur rémunération pour ces actes tout en poursuivant la tendance à la valorisation du rôle de conseil et d'information.

4.2.2 L'éducation de la population

La peur générée par les maladies virales hivernales, motivation fréquente de la consultation, pourraient être nettement diminuée par une bonne information. Bien que le médecin soit un acteur majeur de cette information, il paraît nécessaire d'informer la population à plus grande échelle. Nous avons vu précédemment que nous sommes à une époque où l'information médicale est partout. La population est donc noyée dans le flot d'information et il paraît indispensable de les accompagner pour faire le tri. D'abord, on pourrait envisager une éducation à la santé abordant ces pathologies dès l'école afin de donner certains réflexes aux enfants. Cela est déjà le cas pour certains aspect de prévention comme l'alimentation par exemple (85).

Peut-être serait-il utile de réaliser des campagnes de grande ampleur afin de rappeler certaines informations à la population : pathologies fréquentes, pas de traitements curatifs, pas d'efficacité démontrée des traitements symptomatiques, évolution spontanément favorable et rappels des critères devant amener à consulter. Il s'agit de pathologies extrêmement fréquentes et les consultations et la surprescription médicamenteuse sont coûteuses ce qui semble justifier cet « investissement ». Rappelons qu'une étude (37) a montré que les médecins généralistes sont en demande d'un changement sociétal afin de les aider à moins prescrire.

A noter qu'il existe déjà des campagnes publicitaires ou télévisuelles destinées à sensibiliser le grand public à la prévention de la grippe ou des maladies virales hivernales (86).

4.2.3 L'encadrement de l'influence de l'industrie pharmaceutique

Comme nous l'avons vu précédemment, l'industrie pharmaceutique participe à la surprescription médicamenteuse et à la surmédicalisation en général, par son action directe sur les patients et sur les médecins. Il paraîtrait donc souhaitable d'encadrer plus étroitement notamment la publicité au grand public pour ne pas entretenir l'idée qu'il existe un traitement pour chaque symptôme et pour inciter les patients à consulter.

En ce qui concerne l'influence de l'industrie pharmaceutique sur les médecins et donc sur leurs prescriptions, une prise de conscience semble avoir eu lieu (62) et la législation évolue depuis plusieurs années avec par exemple la loi dite « anti-cadeaux » en 1993 (87) ou la loi « Ma santé 2022 » (88), votée en juillet 2019 qui s'attache à protéger les étudiants de cette influence.

4.2.4 La démedicalisation du repos

Nous avons vu qu'une des motivations des personnes atteintes d'infection respiratoire hivernale est administrative : la réalisation de certificats. Les certificats d'absence scolaire ne sont déjà pas obligatoires (89) en dehors de certaines maladies contagieuses (90) mais en pratique, ils continuent parfois à être exigés par les établissements, peut-être serait-il bon de rappeler de manière claire et large ce fait aux établissements scolaires.

Le recours au médecin reste indispensable pour les « jours enfants malades » et les arrêts de travail. Peut-être cela pourrait-il faire l'objet d'une réflexion afin d'éviter ce recours systématique par exemple en accordant un nombre de jours « enfant malade » ou « maladie » autorisés sans certificat comme c'est le cas dans certains pays européens (91).

Pour diminuer le recours aux médecins généralistes, des pistes ont déjà été proposées comme le fait de déléguer certains actes de diagnostic et de prescription au pharmacien. Ce dernier a aussi un rôle important dans la médicalisation de la société et il paraît nécessaire de favoriser son rôle d'information auprès du patient tout en continuant la modification du mode de rémunération des pharmaciens. L'éducation de la population à la santé est aussi un axe très important de la démedicalisation et de l'autonomisation qui ne peut dépendre que du médecin car la société actuelle est exposée à une masse d'informations médicales, notamment avec la télévision et internet. La publicité des entreprises pharmaceutiques y est prépondérante et pourrait aussi être limitée pour diminuer l'incitation à la consommation de médicaments. L'arrêt du recours systématique au médecin pour encadrer les arrêts de travail par exemple permettrait aussi de diminuer les consultations.

4.3 Les perspectives personnelles

A titre personnel, ce travail m'a permis de me familiariser avec la technique des entretiens à laquelle je n'avais pas été formée préalablement. Je pense avoir progressé dans cette technique au fur et à mesure de l'avancée des entretiens. La durée est ainsi plus importante pour les derniers. Ces techniques me servent aujourd'hui en consultation.

J'ai appris aussi au cours de ces entretiens, en allant chercher plus loin, à rechercher les attentes des patients qui ne sont pas toujours celles que l'on croit. Les premiers entretiens m'ont fait comprendre progressivement que les motifs de consultations ne rentraient pas toujours dans nos « cases » de critères diagnostics appris au cours de nos études médicales. Rechercher les représentations que les patients ont des symptômes et des maladies permet de mieux les informer.

Ce travail m'a aussi permis de prendre conscience des influences auxquelles nous sommes exposés notamment dans l'acte de prescription.

CONCLUSION

Notre travail a permis de mettre en évidence des attentes immédiates (être rassuré et guéri, soulagé, répondre à des exigences administratives) et des représentations médiées par l'expérience personnelle ou de l'entourage. Des facteurs sociologiques semblent également influencer la population (médicalisation de la société et dépendance vis-à-vis de la médecine). Ils entretiennent l'image d'une médecine capable de réparer tous les maux par l'usage des médicaments et un idéal de santé à atteindre dans lequel les symptômes de pathologies même bénignes ne peuvent être tolérés. Les médias contribuent à véhiculer ces idées et sont influencés par l'industrie pharmaceutique. La surprescription médicamenteuse entretient aussi le patient dans un état de dépendance par l'idée que le médicament, et donc la consultation, sont nécessaires pour ces affections bénignes. Elle est la conséquence d'une logique de « réparation immédiate par le médicament » largement pratiquée en France. Dans ce cas, le médicament est perçu par les médecins comme l'outil principal de la relation médecin-patient, le moyen de le soigner, de l'entendre, de le satisfaire.

Éduquer les patients au niveau individuel doit s'associer à des changements sociaux mais aussi dans l'organisation des soins et la relation médecin-patient. Ce changement passe par les médecins mais aussi par les pharmaciens, les médias et la société en général.

Le rôle du pharmacien évolue pour valoriser son rôle de conseil, notamment en changeant son mode de rémunération. Il pourrait être intéressant d'évaluer l'impact de ces changements sur la délivrance de thérapeutiques médicamenteuses ou de conseils dans les viroses hivernales, mais aussi sur la perception des patients du rôle du pharmacien dans le système de santé.

L'influence des laboratoires pharmaceutiques sur le grand public, bien que déjà encadrée en France, pourrait faire l'objet de nouvelles restrictions notamment en ce qui concerne la publicité et son impact sur les médias. Améliorer le contenu des informations médicales en matière de santé paraît difficile au vu de la masse de ces informations qui circulent actuellement. Des études évaluant les informations médiatiques concernant la santé et en particulier les infections fréquentes et bénignes pourraient permettre de faire un point sur les données disponibles. Cela

pourrait contribuer à établir des pistes pour mettre en place, améliorer ou diffuser des outils sûrs et accessibles auprès des patients et d'évaluer leur impact. Des campagnes grand public afin de mieux informer la population ou une augmentation de l'éducation à la santé abordant les infections bénignes fréquentes et leur prise en charge pourquoi pas dès l'école pourraient permettre aux individus d'être mieux armés.

Notre travail semble montrer que la phobie de la fièvre en particulier, déjà souvent étudiée chez les parents, dépasse largement ce cadre et cela pourrait faire l'objet d'études afin de confirmer ce résultat dans la population générale et de proposer des pistes qui permettraient de changer ces représentations souvent à l'origine de consultations.

Nous avons vu que l'organisation des soins pratiquée par le médecin traitant semble influencer la gestion des viroses hivernales par ses patients. L'arrivée de la téléconsultation dans ce système viendra peut-être modifier les schémas habituels d'accès au soins et de relation médecin-patient. Son impact dans les pathologies bénignes pourrait faire l'objet d'études.

Le mode de rémunération du médecin généraliste à l'acte ou le paiement le plus souvent directement au médecin en fin de consultation semblent aussi influencer la relation médecin-patient en renforçant l'idée d'une ordonnance comme contre-partie. L'évaluation d'un changement dans ces modes de rémunérations pourrait être intéressante pour diminuer l'importance de l'ordonnance médicamenteuse. Modifier la logique de « réparation immédiate » par le médicament pourrait diminuer la surprescription médicamenteuse et changer le rapport de la population aux médicaments. Passer d'une approche paternaliste à une autonomisation des patients pourrait diminuer les consultations pour ces pathologies fréquentes et bénignes. L'autonomisation du patient fait aujourd'hui partie de la définition du médecin généraliste.

Mieux cerner les attentes et les représentations des patients sur les maladies et les traitements permet de mieux les informer. La recherche d'outils afin d'aider les praticiens dans ce but permettrait de les accompagner dans leur pratique quotidienne. Être conscient des influences qui s'exercent sur lui permet au médecin de prendre du recul et de s'en écarter notamment dans l'acte de prescription. Le but

est de permettre de remettre la relation médecin-patient au centre de la consultation à la place du médicament.

BIBLIOGRAPHIE

1. Infections naso-sinusiennes de l'adulte et de l'enfant. In: CMIT. ECN.PILLY 2018. 5ème éd. Paris: ALINEA Plus; 2017. p. 41-44.
2. Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire. Observatoire Hivern@le – KhiObs : surveillance épidémiologique des pathologies hivernales de la sphère ORL chez l'enfant en France. 2009.
3. Shlomo V, Adi R, Eliezer K. The knowledge and expectations of parents about the role of antibiotic treatment in upper respiratory tract infection – a survey among parents attending the primary physician with their sick child. BMC Fam Pract. 2003 Dec;4:20.
4. Vidal. (page consultée le 10/12/2019). Bronchite aiguë de l'adulte, [en ligne]. https://www.vidal.fr/recommandations/1476/bronchite_aigue_de_l_adulte/la_maladie/.
5. Infections broncho-pulmonaires communautaires de l'adulte et de l'enfant. In: CMIT. ECN.PILLY 2018. 5ème éd. Paris: ALINEA Plus; 2017. p. 85-98.
6. Angines de l'adulte et de l'enfant et rhinopharyngites de l'enfant. In: CMIT. ECN.PILLY 2018. 5ème éd. Paris: ALINEA Plus; 2017. p. 45-52.
7. Arroll B, Kenealy T. Antibiotics for the common cold and acute purulent rhinitis. Cochrane Database Syst Rev. 2013;6:1-43.
8. Haute Autorité de santé. (page consultée le 10/12/2019). Traitement de la toux et de l'expectoration dans les bronchites, [en ligne]. https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/traitement_de_la_toux_et_l'expectoration_dans_les_bronchites.pdf.
9. Prescrire Rédaction. Médicaments de la toux et du rhume : des effets indésirables trop graves face à des troubles bénins. Rev Prescrire. 2009 Oct;29(312):751-53.
10. Prescrire Rédaction. Bilan 2020 des médicaments à écarter. Rev Prescrire. 2019 Dec;39(434):940.
11. Société Française de Médecine Générale. (page consultée le 10/12/2019). Observatoire de la Médecine Générale. Classement des 50 RC les plus fréquents, [en ligne]. <http://omg.sfm.org/content/donnees/top25.php?sid=2fb392cd76ca20b4bfbeda3833>.
12. Charton L, Chambe J., Weber JC. Comment les français soignent-ils leur rhume ? Une enquête auprès de trois bassins de population. In: Guienne V, Marquis C, Davis M, Fleuret S, d'Halluin E. Colloque L'automédication en question : un bricolage socialement et territorialement situé. Nantes: HAL; 2016. p. 38-47.
13. Gouyon M. Les urgences en médecine générale. Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques. Document de travail. 2006 apr;(94).
14. Collet M, Gouyon M. Genèse des recours urgents ou non programmés à la médecine générale. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. 2007 Nov;(607).
15. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. L'emploi du temps des médecins libéraux. 2010. Disponible sur <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/article201015.pdf>.
16. Dusmenil H, Saliba-Serre B, Régi JC, Leopold Y, Verger P. Epuisement professionnel chez les médecins généralistes de ville : prévalence et déterminants. Santé publique. 2009;21(4):355-364.

17. Frappé P. Initiation à la recherche. 2ème éd. Condé-en-Normandie: Corlet imprimeur ;2018.
18. Collège de médecine générale de Nice. (page consultée le 10/12/2019). Recherche qualitative, [en ligne]. <https://nice.cnge.fr/>.
19. Van Wijk CMG, Kolk AM. Sex differences in physical symptoms : the contribution of symptom perception theory. *Social science and medicine*. 1997 Jul;45(2):231-46.
20. Jaunin-Stalder N, Mazzocato C, Hommes et femmes : sommes nous tous égaux face à la douleur. *Rev Med Suisse* 2012;8(348):1470-73.
21. Fièvre de l'adulte et de l'enfant. In: CMIT. ECN Pilly 2018. 5ème éd. Paris: ALINEA Plus;2017. p. 35-39.
22. Schmitt BD, Fever phobia. Misconceptions of parents about fevers. *Am J Dis Child*. 1980;134(2):176-81.
23. Blumenthal I. What parents think of fever. *Fam Pract*. 1998 Dec;15(6):513-8.
24. Elkon-Tamir E, Rimon A, Scolnik D, Glatstein M. Fever Phobia as a reason for pediatric emergency department visits : does the primary care physician make a difference ? *Rambam Maimonides Med J*. 2017 Jan 30;8(1).
25. Gunduz S, Usak E, Koksall T, Candal M. Why fever phobia is still common ? *Iran Red Crescent Med J*. 2016 Jun 5;18(8).
26. Pursell E. Fever phobia revisited. *Arch Dis Child*. 2004;89(1):89-90.
27. TSN-Sofres pour Les Entreprises du Médicament. (page consultée le 10/12/2019). Observatoire sociétal du médicament, [en ligne] 2011. https://www.leem.org/sites/default/files/1525_0.pdf.
28. Welschen I, Kuyvenhoven M, Hoes A, Verheij T. Antibiotics for acute respiratory tract symptoms: patients' expectations, GPs' management and patient satisfaction. *Fam Pract*. 2004 Jun;21(3):234-7.
29. Lauridsen GB, Sørensen MS, Hansen MP, Rathe JØ, Jarbøl DE. Consultation expectations among patients with respiratory tract infection symptoms. *Dan Med J*. 2017 Jun;64(6):1-6.
30. Villeneuve L. Déterminants des demandes multiples en consultation de médecine générale : étude qualitative par entretiens semi-dirigés auprès de patients de la Gironde. Thèse de doctorat : Médecine : Bordeaux : 2018 ; 8.
31. Signoret J. Évolution du contenu de la consultation de Médecine Générale en termes de maladies chroniques, aiguës et de prises en charge non pathologiques entre 1993 et 2010. Thèse de doctorat : Médecine : Versailles : 2012 ; 96.
32. Camoin A. Perceptions des médecins généralistes de la consultation à motif multiple et de son impact sur la qualité de prise en charge médicale du patient. Thèse de doctorat : Médecine : Aix Marseille : 2015 ; 6049.
33. Dareths-Fabier S. Évaluation de la qualité d'écoute des médecins généralistes en consultation. Thèse de doctorat : Médecine : Bordeaux : 2011 ; 96.
34. Jouanin S. Fréquence et analyse des demandes de fin de consultation en médecine générale. Thèse de doctorat : Médecine : Lyon : 2006 ; 137.

35. Brigden N. La gestion personnelle immédiate des consultations à motifs multiples est-elle en lien avec le risque de burnout des médecins généralistes ? Thèse de doctorat : Médecine : Poitiers : 2012 ; 32.
36. Montastruc JL. La pharmacologie sociale, une nouvelle branche de la pharmacologie clinique. *Thérapie*. 2002;57:420-6.
37. Mauffrey V. Rhinopharyngite en médecine générale : pourquoi encore tant de prescriptions médicamenteuses ? Etude qualitative explorant les motifs de cette surprescription et les remèdes proposés par les médecins. Thèse de doctorat : Médecine : Nancy : 2018 ; 4088.
38. Vega A. Les faces cachées des pratiques soignantes: des professionnels ni neutres, ni réductibles à de simples individus. *Médecine*. 2010;6(8);382–6.
39. Amar E, Pereira C, Delbosc A. Les prescriptions des médecins généralistes et leurs déterminants. Direction de la Recherche, de l'Évaluation et des Statistiques : Etudes et résultats. 2005 Nov; (440).
40. Vega A. Le partage des responsabilités en médecine, une approche socio-anthropologique des pratiques soignantes. Rapport Final. Cuisine et dépendance : les usages socioculturels du médicament chez les médecins généralistes français, Paris, CNAMTS, CERMES, 2011.
41. Amalric F, Looock J pour LEEM. Caractériser le «modèle français de prescription». Une évaluation critique des indicateurs utilisés. 2008 Nov.
42. Rosman S. Les pratiques de prescription des médecins généralistes. Une étude sociologique comparative entre la France et les Pays-Bas. In: Bloy G, Schweyer FX. Singuliers généralistes : sociologie de la médecine générale. Rennes: Presses de l'EHESP; 2010. p. 117-29.
43. IPSOS Santé pour la CNAMTS. Quel est le rapport des Français et des Européens à l'ordonnance et aux médicaments ? Les Européens, les médicaments et le rapport à l'ordonnance : synthèse générale. 2005 Feb.
44. OECD. (page consultée le 11/12/2019). OECD.Stat, [en ligne]. http://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=HEALTH_STAT.
45. Quien S. Les déterminants de la prescription médicamenteuse en médecine générale. Thèse de doctorat : Médecine : Nice : 2014.
46. Mousquès J, Renaud T, Scemama O. Variabilité des pratiques médicales en médecine générale : la prescription d'antibiotiques dans la rhinopharyngite aiguë. *CREDES : Questions d'économie de la santé*, 2003 Aug;(70).
47. Bedoins D, Charles R. La prise en charge des affections transitoires bénignes en médecine générale : avec ou sans médicaments ? *Prat Organ Soins*. 2012;43(2):111-19.
48. Collin J. Observance et fonctions symboliques du médicament. *Gerontol Soc*. 2002;4(103):141-59.
49. Barret B, Brown R, Rakel D, Rabago D, Marchand L, Scheder J et al. Placebo effect and the common cold : A randomized controlled trial. *Ann Fam Med*. 2011;9(4):312-22.
50. Prescrire Rédaction. Patients ayant une infection ORL courante. Guide interactions médicamenteuses . 2019 Feb:144-47.
51. Darmon D, Belhassen M, Quien S, Langlois C, Staccini P, Letrillat L. Facteurs associés à la prescription médicamenteuse en médecine générale : une étude transversale multicentrique. *Santé publique*. 2015;27(3):353-62.

52. Goupil B, Balusson F, Naudet F, Esvan M, Bastian B, Chapron A, et al. Association between gifts from pharmaceutical companies to French general practitioners and their drug prescribing patterns in 2016: retrospective study using the French Transparency in Healthcare and National Health Data System databases. *BMJ*.2019 Nov 6;367:l6015.
53. Rakel D, Barrett B, Zhang Z, Hoefl T, Chewning B, Marchand L et al. Perception of empathy in the therapeutic encounter : Effects on the common cold. *Patient Educ Cons* 2011;85(3):390-97.
54. Romain J. *Knock ou le triomphe de la médecine*. Paris : Editions Gallimard ; 1924.
55. Evans R. Supplier-induced demand : some empirical evidence and implication. In Perlman M. *The economics of health and medical care*. London: Palgrave Macmillan; 1974. p. 239-61.
56. Rochaix L, Jacobzone S. L'hypothèse de demande induite : un bilan économique. *Econ Previs*. 1997;129-130(3-4):25-36.
57. Dormont B, Samsom AL. Démographie médicale et carrières des médecins généralistes : les inégalités entre générations. *Econ Stat*. 2008;(414):3-30.
58. Brune E. (page consultée le 11/12/2019). Médicalisation de la qualité de vie : le rôle des médias, [en ligne]. <https://manualzz.com/doc/5090072/medicalisation-de-la-qualite-de-vie---le-role-des-medias>.
59. Statista. (page consultée le 11/12/2019). Quelles sont aujourd'hui vos principales sources d'information en matière de santé ?, [en ligne]. <https://fr.statista.com/statistiques/531466/principaux-relais-information-sante-france/>.
60. Wald HS, Dube CE, Anthony DC. Untangling the web. The impact of internet use on health care and the physician-patient relationship. *Patient Educ Couns*. 2007 Nov;68(3):218-24.
61. Tan SSL, Goonawardene N. Internet health information seeking and the patient-physician relationship : a systematic review. *J Med Internet Res*. 2017 Jan;19(1):e9.
62. Mintzes B, Toop L, Mangin D. Promotion destinée au grand public : répondre aux demandes des patients. p82-105. In Haute Autorité de Santé. (page consultée le 11/12/2019). *Comprendre la promotion pharmaceutique et y répondre. Un manuel pratique*, [en ligne]. https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2013-04/comprendre_la_promotion_pharmaceutique_et_y_repondre_-_un_manuel_pratique.pdf.
63. Maisonneuve D. Les sources scientifiques et profanes dans les médias : leur rôle dans la construction des normes sociales en santé. In: Groupe de recherche Médias et santé, sous la direction de Lise Renaud. *Les médias et la santé : de l'émergence à l'approbation des normes sociales*. Québec: presses de l'université du Québec; 2010. p. 139-61.
64. TNS Sofres. (page consultée le 11/12/2019). Les français et l'internet santé, [en ligne]. <https://www.tns-sofres.com/publications/les-francais-et-linternet-sante>.
65. Alliance pour les chiffres de la presse et des médias. (page consulté le 11/12/2019). Site Doctissimo.fr, [en ligne]. <https://www.acpm.fr/Support-Numerique/site/doctissimo-fr>.
66. UFC Que Choisir. (page consultée le 10/12/2019) 9 sites « santé ». *Le Grand fatras*, [en ligne]. <https://www.quechoisir.org/enquete-9-sites-sante-le-grand-fatras-n6199/>.
67. Haute Autorité de Santé. (page consultée le 10/12/2019). Le patient internaute (Revue de la littérature), [en ligne]. https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/patient_internaute_revue_litterature.pdf.

68. Eysenbach G, Powell J, Kuss O, Sa ER. Empirical studies assessing the quality of health information for consumers on the World Wide Web : a systematic review. JAMA. 2002 May;287(20):2691-700.
69. Vivien A, Kowalski V, Chatellier A, Babin E, Bénateau H, Veyssiere A. Qualité de l'information des sites francophones destinés au public pour le dépistage des cancers oraux. 2016. J Stomatol Oral Maxillofac Surg. 2017 Feb;118(1):20-8.
70. Bodet A. Analyse qualitative des informations diffusées sur les forums à propos des vaccins contre le papillomavirus. Thèse de doctorat : Médecine : Paris Descartes : 2018 ; 112.
71. Coquard O. Evaluation de la qualité des sites Internet francophones parlant d'alcoolodépendance. Thèse de doctorat : Médecine : Nancy : 2018.
72. Haute Autorité de Santé. (page consultée le 10/12/2019). La certification des sites Internet santé de novembre 2007 à juillet 2013, [en ligne]. https://www.has-sante.fr/jcms/c_334538/fr/la-certification-des-sites-internet-sante-de-novembre-2007-a-juillet-2013.
73. Haute Autorité de Santé. (page consultée le 10/12/2019). Vers une évolution de la certification des sites santé, [en ligne]. https://www.has-sante.fr/jcms/c_1590507/fr/vers-une-evolution-de-la-certification-des-sites-sante.
74. La rédaction de Doctissimo. (page consultée le 10/12/2019). Remède rhume : les traitements naturels efficaces, [en ligne]. <https://www.doctissimo.fr/sante/infection-ori/rhume/decongestionnant>.
75. Farge T, Charra E, Hauvespre B. (page consultée le 10/12/2019). La non prescription d'une ordonnance : représentation des médecins généralistes et des patients, [en ligne]. https://www.prescrire.org/Docu/PostersRencontres2014/Poster_FARGEthierry.pdf.
76. Balint M. Le médecin, son malade et la maladie. Paris: éditions Payot et Rivages; 1996.
77. El Hafdi S. Le ressenti des patients sur la consultation de médecine générale. Thèse de doctorat : Médecine : Amiens : 2016 ; 2016-73.
78. WONCA Europe. (page consultée le 10/12/2019). The european definition of general practice/family medicine, [en ligne]. <https://www.woncaeurope.org/sites/default/files/documents/Definition%203rd%20ed%202011%20with%20revised%20wonca%20tree.pdf>.
79. Moreau A, Kellou N, Supper I, Lamort-Bouché M, Perdrix C, Dupraz C et al. L'approche centrée patient, un concept adapté à la prise en charge de patient diabétique de type 2. Exercer. 2013;24(110):268-77.
80. L'assurance maladie. (page consultée le 10/12/2019). « Cet avenant transforme, protège et valorise le rôle de professionnel de santé du pharmacien », [en ligne]. <https://www.ameli.fr/pharmacien/actualites/cet-avenant-transforme-protège-et-valorise-le-role-de-professionnel-de-sante-du-pharmacien>.
81. Insee. Les revenus des Pharmaciens d'officine. Insee Première. 2017 Nov;1676.
82. L'assurance maladie. (page consultée le 10/12/2019). Honoraires de dispensation, transfert de marge : c'est parti ! [en ligne]. <https://www.ameli.fr/pharmacien/actualites/honoraires-de-dispensation-transfert-de-marge-cest-parti>.
83. Conseil National de l'Ordre des Pharmaciens. (page consultée le 10/12/2019). Le dépistage, [en ligne]. <http://www.ordre.pharmacien.fr/Les-pharmaciens/Champs-d-activites/Le-depistage>.

84. Le parisien par AFP. (page consultée le 10/12/2019). Les députés votent la prescription de certains médicaments par les pharmaciens, [en ligne]. <http://www.leparisien.fr/societe/les-deputes-votent-la-prescription-de-certains-medicaments-par-les-pharmaciens-13-03-2019-8031312.php>.
85. Ministère de l'Education Nationale et de la Jeunesse. (page consultée le 10/12/2019). Education à l'alimentation et au goût, [en ligne]. <https://eduscol.education.fr/pid32788/education-a-l-alimentation.html>.
86. Agence Régionale de Santé Nouvelle-Aquitaine. (page consultée le 10/12/2019). Maitrisez les bons gestes contre les virus de l'hiver, [en ligne]. <https://www.nouvelle-aquitaine.ars.sante.fr/maitrisez-les-bons-gestes-contre-les-virus-de-lhiver>.
87. Loi n° 93-121 du 27 janvier 1993 portant diverses mesures d'ordre social (27 jan 1993).
88. Loi n° 2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé. (24 jul 2019).
89. De Gaudemar JP. Contrôle et promotion de l'assiduité des élèves soumis à l'obligation scolaire. In: Ministère de l'Education Nationale et de l'Enseignement Supérieur. Bulletin Officiel.2004 Apr;14.
90. Certifmed.fr. (page consultée le 10/12/2019). Eviction (ou absence) scolaire, [en ligne]. <http://www.certifmed.fr/certificat-11-23.html>.
91. Chaupain-Guillot S,Guillot O. Les absences au travail en Europe : quel impact du régime d'indemnisation maladie et de la législation de protection de l'emploi sur les comportements des salariés ? Travail et emploi. 2009 Oct;120:17-31.

ANNEXES

Annexe 1 : Score de Mac Isaac

Critère	Points
Fièvre > 38°C	1
Absence de toux	1
Adénopathies cervicales sensibles	1
Atteinte amygdalienne (augmentation de volume, exsudat)	1
Âge 15-44 ans	0
≥ 45 ans	-1

Annexe 2 : Formulaire d'informations écrites

Madame, Monsieur,

Dans le cadre de mon travail de thèse effectué à l'Université de Bordeaux, j'effectue des entretiens qui portent sur les maladies hivernales telles que les rhumes, les rhinopharyngites, les bronchites... Le but de ces entretiens est de recueillir votre expérience et votre ressenti, il ne s'agit pas d'un questionnaire fermé mais d'une discussion, il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses. Vous avez le choix de répondre ou non à une question et d'arrêter l'entretien à tout moment si vous le souhaitez. L'entretien dure entre 15 et 30 minutes [modifié secondairement par environ 30 minutes]. Le recueil est enregistré par dictaphone et/ou téléphone portable et anonymisé au moment de la transcription et de l'analyse. Le but de ce travail est d'améliorer la prise en charge de ces pathologies surtout au moment des pics épidémiques hivernaux.

Merci par avance de votre participation.

Julie VIDAL

Annexe 3 : Trame d'entretien finale

- Racontez-moi la dernière fois que vous avez été malade l'hiver ?

- Expliquez-moi ce que vous faites avant même de consulter ? (médicaments, pharmacie, autres remèdes...)

- Qu'est-ce qui vous a poussé à consulter un médecin ?

- Pourquoi cela vous a-t-il poussé à consulter ?

- Qu'est-ce que vous attendez de la consultation ? (déroulé, médicaments, informations...)

- Racontez-moi la consultation, comment ça s'est passé, ce qu'il a été dit ?

- Aviez-vous une idée du diagnostic avant de consulter ? Que savez-vous de ce genre de maladie ? Comment savez-vous ces choses ?

- Comment vous y prenez vous pour voir un médecin rapidement ?

- Avez-vous des enfants ? Comment cela se passe-t-il pour eux lorsqu'ils sont malades ?

Échantillonnage et informations sur le médecin traitant :

- Quelle est votre année de naissance ?
- Où habitez-vous ?
- Votre médecin traitant est-il un homme ou une femme ?
- Dans quelle ville exerce-t-il ?
- Quel âge a-t-il approximativement ?

Annexe 4 : Formulaire de consentement

Je soussigné(e).....

Né(e) le

Accepte de participer au projet de recherche mené par Julie Vidal dans le cadre de son travail de thèse qui aborde les infections respiratoires hivernales. J'ai été informé(e) oralement et par écrit que les entretiens sont enregistrés et anonymisés. Pour toutes questions, le secrétariat du Dr Denis Drillaud, co-directeur du projet, peut être sollicité au 05 56 97 30 94.

Fait àle.....

Signature de la personne interrogée

Signature de l'investigatrice

SERMENT MÉDICAL D'HIPPOCRATE

Au moment d'être admis(e) à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer leurs consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis(e) dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me sont confiés. Reçu(e) à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

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

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

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

ABSTRACT

INTRODUCTION : Winter respiratory infections are frequent, often mild and develop spontaneously in the absence of treatment. The aim of this study is to explore patients' motivations and expectations when they consult a general practitioner for these respiratory infections in order to reduce consultations' number for this reason.

METHODS : A qualitative study was conducted by semi-structured interviews, with reasoned recruitment and "snowball effect" in search of maximum variation with double coding and analysis in anchored theory.

RESULTS : The consultation is seen as the response to a felt need, motivated by embarrassment, fear of the disease and its evolution or administrative constraint. The feeling of necessity of a medical opinion, a prescription or a certificate is influenced by personal or entourage, society or physician experiences. These influences may not be perceived.

CONCLUSION : Perceptions are influenced by a situation of "dependence" on medicine and an over-medicalization of society, mediated by health professionals and media. Physicians often follow a logic of "immediate repair" which generates an over prescription. The media contribute to maintain the perception of a medicine that cures all ills and a vision of well-being to be achieved. It is used by the pharmaceutical industry. Reduce the society medicalization and systematic prescriptions could reduce the general practitioners consultations for winter respiratory infections. Patient empowerment involves to better understand their expectations in order to deliver an information more appropriate and effective.

KEY WORDS : General Practice, Qualitative Study, Viral Infections, Physician-patient relation, Medicalization, Over prescription

TITRE EN ANGLAIS : Winter Viral Infections : why patients see a physician

RÉSUMÉ

INTRODUCTION : Les infections respiratoires hivernales sont fréquentes, souvent bénignes et d'évolution spontanément favorable en l'absence de traitement. Le but de cette étude est d'explorer les motivations et les attentes des patients qui consultent un médecin généraliste pour ces infections respiratoires afin de diminuer le nombre de consultation pour ce motif.

MATÉRIEL ET MÉTHODE : Il s'agit d'une étude qualitative par entretiens semi-dirigés, avec un recrutement raisonné et par « effet boule de neige » en recherche de variation maximale avec double codage et analyse en théorie ancrée.

RÉSULTATS : La consultation est perçue comme la réponse à un besoin ressenti, motivé par la gêne, la peur de la maladie et de son évolution ou une contrainte administrative. Le sentiment de nécessité d'un avis médical, d'une prescription ou d'un certificat est influencé par les expériences personnelles ou de l'entourage, la société ou le médecin. Ces influences peuvent ne pas être perçues.

CONCLUSION : Les perceptions sont influencées par une situation de « dépendance » à la médecine et une surmédicalisation de la société, médiées par les professionnels de santé et les médias. Les médecins suivent souvent une logique de « réparation immédiate » qui génère une sur-prescription. Les médias contribuent à entretenir la perception d'une médecine qui guérit tous les maux et une vision d'un bien-être à atteindre. Ils sont un outil de l'industrie pharmaceutique. Diminuer la médicalisation de la société et les prescriptions systématiques pourrait diminuer le recours aux médecins généralistes pour les infections respiratoires hivernales. L'autonomisation du patient implique de mieux cerner ses attentes pour délivrer une information plus adaptée et efficace.

MOTS CLÉS : Médecine générale, Étude qualitative, Infections virales, Relation médecin-patient, Médicalisation, Surprescription