



HAL
open science

L'auto-prescription influence-t-elle le médecin généraliste dans sa pratique quotidienne au cours des viroses ORL ? Étude qualitative sur des médecins généralistes du Gard, de l'Hérault et du Vaucluse

Constance François

► To cite this version:

Constance François. L'auto-prescription influence-t-elle le médecin généraliste dans sa pratique quotidienne au cours des viroses ORL ? Étude qualitative sur des médecins généralistes du Gard, de l'Hérault et du Vaucluse. Médecine humaine et pathologie. 2021. dumas-03564329

HAL Id: dumas-03564329

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03564329>

Submitted on 23 Feb 2022

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.



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial - ShareAlike 4.0 International License

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER
FACULTE DE MEDECINE MONTPELLIER - NIMES

THESE

Pour obtenir le titre de
DOCTEUR EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement

Par

Constance FRANÇOIS

Le 11 mai 2021

**L'AUTO-PRESCRIPTION INFLUENCE-T-ELLE LE MÉDECIN GÉNÉRALISTE
DANS SA PRATIQUE QUOTIDIENNE AU COURS DES VIROSES ORL ?
ETUDE QUALITATIVE SUR DES MÉDECINS GÉNÉRALISTES DU GARD, DE
L'HERAULT ET DU VAUCLUSE**

Directeur de thèse : Docteur Philippe SERAYET

JURY

Président : Professeur Michel AMOUYAL

Assesseurs : Professeur Albert SOTTO

Professeur Marc GARCIA

Docteur en médecine : Docteur Philippe SERAYET

UNIVERSITE DE MONTPELLIER
FACULTE DE MEDECINE MONTPELLIER - NIMES

THESE
Pour obtenir le titre de
DOCTEUR EN MÉDECINE
Présentée et soutenue publiquement
Par
Constance FRANÇOIS
Le 11 mai 2021

**L'AUTO-PRESCRIPTION INFLUENCE-T-ELLE LE MÉDECIN GÉNÉRALISTE
DANS SA PRATIQUE QUOTIDIENNE AU COURS DES VIROSES ORL ?
ETUDE QUALITATIVE SUR DES MÉDECINS GÉNÉRALISTES DU GARD, DE
L'HERAULT ET DU VAUCLUSE**

Directeur de thèse : Docteur Philippe SERAYET

JURY

Président : Professeur Michel AMOUYAL
Assesseurs : Professeur Albert SOTTO
 Professeur Marc GARCIA

Docteur en médecine : Docteur Philippe SERAYET

ANNEE UNIVERSITAIRE 2020 - 2021

PERSONNEL ENSEIGNANT

Professeurs Honoraires

ALBAT Bernard	BRUNEL Michel	HUMEAU Claude	MIRO Luis
ALLIEU Yves	CANAUD Bernard	JAFFIOL Claude	NAVARRO Maurice
ALRIC Robert	CHAPTAL Paul-André	JANBON Charles	NAVRATIL Henri
ARNAUD Bernard	CIURANA Albert-Jean	JANBON François	OTHONIEL Jacques
ASENCIO Gérard	CLOT Jacques	JARRY Daniel	PAGES Michel
ASTRUC Jacques	COSTA Pierre	JOURDAN Jacques	PEGURET Claude
AUSSILLOUX Charles	D'ATHIS Françoise	KLEIN Bernard	PELISSIER Jacques
AVEROUS Michel	DEMAILLE Jacques	LAFFARGUE François	PETIT Pierre
AYRAL Guy	DESCOMPS Bernard	LALLEMANT Jean Gabriel	POUGET Régis
BAILLAT Xavier	DIMEGLIO Alain	LAMARQUÉ Jean-Louis	PUJOL Henri
BALDET Pierre	DUBOIS Jean Bernard	LAPEYRIE Henri	RABISCHONG Pierre
BALDY-MOULINIER Michel	DUJOLS Pierre	LEROUX Jean-Louis	RAMUZ Michel
BALMES Jean-Louis	DUMAS Robert	LESBROS Daniel	REBOUL Jean
BANSARD Nicole	DUMAZER Romain	LOPEZ François Michel	RIEU Daniel
BAYLET René	ECHENNE Bernard	LORIOT Jean	ROCHEFORT Henri
BILLIARD Michel	FABRE Serge	LOUBATIERES Marie Madeleine	ROUANET DE VIGNE LAVIT Jean Pierre
BLARD Jean-Marie	FREREBEAU Philippe	MAGNAN DE BORNIER Bernard	SAINT AUBERT Bernard
BLAYAC Jean Pierre	GALIFER René Benoit	MARTY ANE Charles	SANCHO-GARNIER Hélène
BLOTMAN Francis	GODLEWSKI Guilhem	MARY Henri	SANY Jacques
BONNEL François	GRASSET Daniel	MATHIEU-DAUDE Pierre	SEGNARBIEUX François
BOURGEOIS Jean-Marie	GUILHOU Jean-Jacques	MÉYNADIER Jean	SENAC Jean-Paul
BOUSQUET Jean	GUI TER Pierre	MICHEL François-Bernard	SERRE Arlette
BRUEL Jean Michel	HEDON berbard	MION Charles	SOLASSOL Claude
BUREAU Jean-Paul	HERTAULT Jean	MION Henri	VIDAL Jacques
			VISIER Jean Pierre

Professeurs Emérites

ARTUS Jean-Claude	LE QUELLEC Alain
BLANC François	MARÉS Pierre
BONAFE Alain	MAUDELONDE Thierry
BOULENGER Jean-Philippe	MAURY Michèle
BOURREL Gérard	MESSNER Patrick
BRINGER Jacques	MILLAT Bertrand
CLAUSTRES Mireille	MONNIER Louis
DAURES Jean-Pierre	MOURAD Georges
DAUZAT Michel	PREFAUT Christian
DAVY Jean-Marc	PUJOL Rémy
DEDET Jean-Pierre	RIBSTEIN Jean
ELEDJAM Jean-Jacques	SCHVED Jean-François
GROLLEAU RAOUX Robert	SULTAN Charles
GUERRIER Bernard	TOUCHON Jacques
GUILLOT Bernard	UZIEL Alain
JONQUET Olivier	VOISIN Michel
LANDAIS Paul	ZANCA Michel
LARREY Dominique	

Docteurs Emérites

PRAT Dominique
PUJOL Joseph

ANNEE UNIVERSITAIRE 2020 - 2021

PERSONNEL ENSEIGNANT

Professeurs des Universités - Praticiens Hospitaliers

PU-PH de classe exceptionnelle

ALRIC Pierre	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (option chirurgie vasculaire)
BACCINO Eric	Médecine légale et droit de la santé
BASTIEN Patrick	Parasitologie et mycologie
BEREGI Jean-Paul	Radiologie et imagerie médicale
BLAIN Hubert	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
BOULOT Pierre	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
CAPDEVILA Xavier	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
CHAMMAS Michel	Chirurgie orthopédique et traumatologique
COLSON Pascal	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
COMBE Bernard	Rhumatologie
COSTES Valérie	Anatomie et cytologie pathologiques
COTTALORDA Jérôme	Chirurgie infantile
COUBES Philippe	Neurochirurgie
COURTET Philippe	Psychiatrie d'adultes ; addictologie
CRAMPETTE Louis	Oto-rhino-laryngologie
CRISTÓL Jean Paul	Biochimie et biologie moléculaire
CYTEVAL Catherine	Radiologie et imagerie médicale
DE LA COUSSAYE Jean Emmanuel	Médecine d'urgence
DE WAZIERES Benoît	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
DELAPORTE Eric	Maladies infectieuses ; maladies tropicales
DEMOLY Pascal	Pneumologie ; addictologie
DOMERGUE Jacques	Chirurgie viscérale et digestive

DUFFAU Hugues	Neurochirurgie
ELIAOU Jean François	Immunologie
FABRE Jean Michel	Chirurgie viscérale et digestive
FRAPIER Jean-Marc	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
HAMAMAH Samir	Biologie et Médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
HERISSON Christian	Médecine physique et de réadaptation
JABER Samir	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
JEANDEL Claude	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
JORGENSEN Christian	Thérapeutique ; médecine d'urgence ; addictologie
KOTZKI Pierre Olivier	Biophysique et médecine nucléaire
LABAUGE Pierre	Neurologie
LEFRANT Jean-Yves	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
LEHMANN Sylvain	Biochimie et biologie moléculaire
LUMBROSO Serge	Biochimie et Biologie moléculaire
MERCIER Jacques	Physiologie
MEUNIER Laurent	Dermato-vénérologie
MONDAIN Michel	Oto-rhino-laryngologie
MORIN Denis	Pédiatrie
PAGEAUX Georges-Philippe	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
PUJOL Pascal	Biologie cellulaire
QUERE Isabelle	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (option médecine vasculaire)
RENARD Eric	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale
REYNES Jacques	Maladies infectieuses, maladies tropicales
RIPART Jacques	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
ROUANET Philippe	Cancérologie ; radiothérapie
SOTTO Albert	Maladies infectieuses ; maladies tropicales
TAOUREL Patrice	Radiologie et imagerie médicale

TOUITOU Isabelle

Génétique

VANDE PERRE Philippe

Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière

YCHOU Marc

Cancérologie ; radiothérapie

PU-PH de 1^{re} classe

AGUILAR MARTINEZ Patricia

Hématologie ; transfusion

ASSENAT Éric

Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie

AVIGNON Antoine

Nutrition

AZRIA David

Cancérologie ; radiothérapie

BAGHDADLI Amaria

Pédopsychiatrie ; addictologie

BLANC Pierre

Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie

BORIE Frédéric

Chirurgie viscérale et digestive

BOURDIN Arnaud

Pneumologie ; addictologie

CAMBONIE Gilles

Pédiatrie

CAMU William

Neurologie

CANOVAS François

Anatomie

CAPTIER Guillaume

Anatomie

CARTRON Guillaume

Hématologie ; transfusion

CAYLA Guillaume

Cardiologie

CHANQUES Gérald

Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire

CORBEAU Pierre

Immunologie

COULET Bertrand

Chirurgie orthopédique et traumatologique

CUVILLON Philippe

Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire

DADURE Christophe

Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire

DAUVILLIERS Yves

Physiologie

DE TAYRAC Renaud

Gynécologie-obstétrique, gynécologie médicale

DE VOS John

Histologie, embryologie et cytogénétique

DEMARIA Roland	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
DEREURE Olivier	Dermatologie - vénéréologie
DROUPY Stéphane	Urologie
DUCROS Anne	Neurologie
DUPEYRON Arnaud	Médecine physique et de réadaptation
FESLER Pierre	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
GARREL Renaud	Oto-rhino-laryngologie
GENEVIEVE David	Génétique
GUILLAUME Sébastien	Psychiatrie d'adultes ; addictologie
GUIU Boris	Radiologie et imagerie médicale
HAYOT Maurice	Physiologie
HOUEDE Nadine	Cancérologie ; radiothérapie
KLOUCHE Kada	Médecine intensive-réanimation
KOENIG Michel	Génétique
KOUYOUMDJIAN Pascal	Chirurgie orthopédique et traumatologique
LAFFONT Isabelle	Médecine physique et de réadaptation
LAVABRE-BERTRAND Thierry	Histologie, embryologie et cytogénétique
LAVIGNE Jean-Philippe	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
LE MOING Vincent	Maladies infectieuses ; maladies tropicales
LECLERCQ Florence	Cardiologie
MARIANO-GOULART Denis	Biophysique et médecine nucléaire
MATECKI Stéfan	Physiologie
MORANNE Olivier	Néphrologie
MOREL Jacques	Rhumatologie
NAVARRO Francis	Chirurgie viscérale et digestive
NOCCA David	Chirurgie viscérale et digestive
PASQUIE Jean-Luc	Cardiologie

PERNEY Pascal	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
PRUDHOMME Michel	Anatomie
PUJOL Jean Louis	Pneumologie ; addictologie
PURPER-OUAKIL Diane	Pédopsychiatrie ; addictologie
ROGER Pascal	Anatomie et cytologie pathologiques
TRAN Tu-Anh	Pédiatrie
VERNHET Hélène	Radiologie et imagerie médicale

PU-PH de 2ème classe

BOURGIER Céline	Cancérologie; radiothérapie
CANAUD Ludovic	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (option chirurgie vasculaire)
CAPDEVIELLE Delphine	Psychiatrie d'Adultes ; addictologie
CLARET Pierre-Géraud	Médecine d'urgence
COLOMBO Pierre-Emmanuel	Cancérologie ; radiothérapie
COSTALAT Vincent	Radiologie et imagerie médicale
DAIEN Vincent	Ophtalmologie
DORANDEU Anne	Médecine légale et droit de la santé
FAILLIE Jean-Luc	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
FUCHS Florent	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
GABELLE DELOUSTAL Audrey	Neurologie
GAUJOUX Viala Cécile	Rhumatologie
GODREUIL Sylvain	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
GUILPAIN Philippe	Médecine Interne, gériatrie et biologie du vieillissement; addictologie
HERLIN Christian	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique, brûlologie
IMMEDIATO DAIEN Claire	Rhumatologie
JACOT William	Cancérologie ; Radiothérapie
JEZORSKI Eric	Pédiatrie

JUNG Boris	Médecine intensive-réanimation
KALFA Nicolas	Chirurgie infantile
LACHAUD Laurence	Parasitologie et mycologie
LALLEMANT Benjamin	Oto-rhino-laryngologie
LE QUINTREC DONNETTE Moglie	Néphrologie
LETOUZEY Vincent	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
LONJON Nicolas	Neurochirurgie
LOPEZ CASTROMAN Jorge	Psychiatrie d'Adultes ; addictologie
LUKAS Cédric	Rhumatologie
MENJOT de CHAMPFLEUR Nicolas	Radiologie et imagerie médicale
MILLET Ingrid	Radiologie et imagerie médicale
MURA Thibault	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de la communication
NAGOT Nicolas	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de la communication
OLIE Emilie	Psychiatrie d'adultes; addictologie
PANARO Fabrizio	Chirurgie viscérale et digestive
PARIS Françoise	Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
PELLESTOR Franck	Histologie, embryologie et cytogénétique
PEREZ MARTIN Antonia	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (option médecine vasculaire)
POUDEROUX Philippe	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
RIGAU Valérie	Anatomie et cytologie pathologiques
RIVIER François	Pédiatrie
ROSSI Jean François	Hématologie ; transfusion
ROUBILLE François	Cardiologie
SEBBANE Mustapha	Médecine d'urgence
SIRVENT Nicolas	Pédiatrie
SOLASSOL Jérôme	Biologie cellulaire
STOEBNER Pierre	Dermato-vénéréologie

SULTAN Ariane	Nutrition
THOUVENOT Éric	Neurologie
THURET Rodolphe	Urologie
TUAILLON Edouard	Bactériologie-virologie; hygiène hospitalière
VENAIL Frédéric	Oto-rhino-laryngologie
VILLAIN Max	Ophtalmologie
VINCENT Denis	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
VINCENT Thierry	Immunologie
WOJTUSCISZYN Anne	Endocrinologie-diabétologie-nutrition

PROFESSEURS DES UNIVERSITES

1^{re} classe :

COLINGE Jacques (Cancérologie, Signalisation cellulaire et systèmes complexes)

LAOUDJ CHENIVESSE Dalila (Biochimie et biologie moléculaire)

VISIÉR Laurent (Sociologie, démographie)

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - Médecine générale

1^{re} classe :

LAMBERT Philippe

AMOUYAL Michel

PROFESSEURS ASSOCIES - Médecine Générale

CLARY Bernard

DAVID Michel

GARCIA Marc

PROFESSEURS ASSOCIES - Médecine

BESSIS Didier (Dermato-vénérologie)

MEUNIER Isabelle (Ophtalmologie)

MULLER Laurent (Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire)

PERRIGAULT Pierre-François (Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire)

QUANTIN Xavier (Pneumologie)

ROUBERTIE Agathe (Pédiatrie)

VIEL Eric (Soins palliatifs et traitement de la douleur)

ANNEE UNIVERSITAIRE 2020 - 2021

PERSONNEL ENSEIGNANT

Maîtres de Conférences des Universités - Praticiens Hospitaliers

MCU-PH Hors classe - Echelon Exceptionnel

RICHARD Bruno	Médecine palliative
SEGONDY Michel	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière

MCU-PH Hors classe

BADIOU Stéphanie	Biochimie et biologie moléculaire
BOULLE Nathalie	Biologie cellulaire
CACHEUX-RATABOUL Valère	Génétique
CARRIERE Christian	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
CHARACHON Sylvie	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
FABBRO-PERAY Pascale	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
GIANSILY-BLAIZOT Muriel	Hématologie ; transfusion

MCU-PH de 1^{re} classe

BERTRAND Martin	Anatomie
BOUDOUSQ Vincent	Biophysique et médecine nucléaire
BRET Caroline	Hématologie biologique
BROUILLET Sophie	Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
COSSEE Mireille	Génétique
GIRARDET-BESSIS Anne	Biochimie et biologie moléculaire
LAVIGNE Géraldine	Hématologie ; transfusion
LESAGE François-Xavier	Médecine et Santé au Travail
MARTRILLE Laurent	Médecine légale et droit de la santé
MATHIEU Olivier	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie

MOUZAT Kévin	Biochimie et biologie moléculaire
PANABIERES Catherine	Biologie cellulaire
RAVEL Christophe	Parasitologie et mycologie
SCHUSTER-BECK Iris	Physiologie
STERKERS Yvon	Parasitologie et mycologie
THEVENIN-RENE Céline	Immunologie
 <u>MCU-PH de 2^{ème} classe</u>	
BERGOUX Anne	Génétique
CHIRIAC Anca	Immunologie
DE JONG Audrey	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
DU THANH Aurélie	Dermato-vénéréologie
FITENI Frédéric	Cancérologie ; radiothérapie
GOUZI Farès	Physiologie
HERRERO Astrid	Chirurgie viscérale et digestive
HUBERLANT Stéphanie	Gynécologie-obstétrique ; Gynécologie médicale
KUSTER Nils	Biochimie et biologie moléculaire
MAKINSON Alain	Maladies infectieuses, Maladies tropicales
PANTEL Alix	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
PERS Yves-Marie	Thérapeutique; addictologie
ROUBILLE Camille	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie
SZABLEWSKY	Anatomie et cytologie pathologiques

Maîtres de Conférences des Universités - Médecine Générale

MCU-MG de 1^{re} classe

COSTA David

OUDE ENGBERINK Agnès

MCU-MG de 2^{ème} classe

FOLCO-LOGNOS Béatrice

CARBONNEL François

Maîtres de Conférences associés - Médecine Générale

CAMPAGNAC Jérômes

LOPEZ Antonio

MILLION Elodie

PAVAGEAU Sylvain

REBOUL Marie-Catherine

SERAYET Philippe

ANNEE UNIVERSITAIRE 2020 - 2021

PERSONNEL ENSEIGNANT

Maitres de Conférences des Universités

Maitres de Conférences hors classe

BADIA Eric	Sciences biologiques fondamentales et cliniques
CHAZAL Nathalie	Biologie cellulaire

Maitres de Conférences de classe normale

BECAMEL Carine	Neurosciences
BERNEX Florence	Physiologie
CHAUMONT-DUBEL Séverine	Sciences du médicament et des autres produits de santé
DELABY Constance	Biochimie et biologie moléculaire
GUGLIELMI Laurence	Sciences biologiques fondamentales et cliniques
HENRY Laurent	Sciences biologiques fondamentales et cliniques
HERBET Guillaume	Neurosciences
LADRET Véronique	Mathématiques appliquées et applications des mathématiques
LAINÉ Sébastien	Sciences du Médicament et autres produits de santé
LE GALLIC Lionel	Sciences du médicament et autres produits de santé
LOZZA Catherine	Sciences physico-chimiques et technologies pharmaceutiques
MAIMOUN Laurent	Sciences physico-chimiques et ingénierie appliquée à la santé
MOREAUX Jérôme	Science biologiques, fondamentales et cliniques
MORITZ-GASSER Sylvie	Neurosciences
MOUTOT Gilles	Philosophie
PASSERIEUX Emilie	Physiologie
RAMIREZ Jean-Marie	Histologie
RAYNAUD Fabrice	Sciences du Médicament et autres produits de santé
TAULAN Magali	Biologie Cellulaire

ANNEE UNIVERSITAIRE 2020 - 2021

PERSONNEL ENSEIGNANT

PH chargés d'enseignements

ABOUKRAT Patrick	BLANCHET Catherine	COROIAN Flavia-Oana	GINIES Patrick
AKKARI Mohamed	BLATIERE Véronique	COUDRAY Sarah	GRECO Frédéric
ALRIC Jérôme	BOBBIA Xavier	CRANSAC Frédéric	GUEDJ Annie Marie
AMEDRO Pascal	BOGE Gudrun	CUNTZ Danielle	GUYON Gaël
AMOUROUX Cyril	BOURRAIN Jean Luc	DARDALHON Brigitte	HENRY Vincent
ANTOINE Valéry	BOUYABRINE Hassan	DAVID Aurore	JAMMET Patrick
ARQUIZAN Caroline	BRINGER-DEUTSCH Sophie	DE BOUTRAY Marie	JEDRYKA François
ATTALIN Vincent	BRINGUIER BRANCHEREAU Sophie	DE LA TRIBONNIÈRE Xavier	JREIGE Riad
AYRIGNAC Xavier	BRISOT Dominique	DEBIEN Blaise	KINNE Mélanie
BADR Maliha	BRONER Jonathan	DELPONT Marion	LABARIAS Coralie
BAIS Céline	CADE Stéphane	DENIS Hélène	LACAMBRE Mathieu
BARBAR Saber Davide	CAIMMI Davide Paolo	DEVILLE de PERIERE Gilles	LANG Philippe
BASSET Didier	CARR Julie	DJANI KIAN Flora	LAZERGES Cyril
BATIFOL Dominique	CARTIER César	DONNADIEU-RIGOLE Hélène	LE GUILLOU Cédric
BATTISTELLA Pascal	CASPER Thierry	FAIDHERBE Jacques	LEGLISE Marie Suzanne
BAUCHET Luc	CASSINOTTO Christophe	FATTON Brigitte	LOPEZ Régis
BENEZECH Jean-Pierre	CATHALA Philippe	FAUCHERRE Vincent	LUQUIENS Amandine
BENNYS Karim	CAZABAN Michel	FILLERON Anne	MANZANERA Cyril
BERNARD Nathalie	CHARBIT Jonathan	FITENI Frédéric	MARGUERITTE Emmanuel
BERTCHANSKY Ivan	CHEVALLIER Thierry	FOURNIER Philippe	MARTIN Lucille
BIBOULET Philippe	CHEVALLIER-MICHAUD Josyane	GAILLARD Nicolas	MATTATIA Laurent
BIRON-ANDREANI Christine	COLIN Olivier	GALMICHE Sophie	MEROUEH Fadi
BLANC Brigitte	CONSEIL Mathieu	GENY Christian	MEYER Pierre
BLANCHARD Sylvie	CORBEAU Catherine	GERONIMI Laetitia	MILESI Christophe

MORAU Estelle	SEGURET Fabienne
MOSER Camille	SENESSE Pierre
MOUSTY Eve	SKALLI El Medhi
MOUTERDE Gaël	SOLA Christelle
PANSARD Nicole	SOULLIER Camille
PERNIN Vincent	STOEBNER DELBARRE Anne
PERRIGAULT Pierre François	TEOT Luc
PEYRON Pierre-Antoine	THIRION Marina
PICARD Eric	VACHIERY-LAHAYE Florence
PICOT Marie Christine	VERNES Eric
PIERONI Laurence	VINCENT Laure
POQUET Hélène	WAGNER Laurent
PUJOL Sarah-Lise	ZERKOWSKI Laetitia
PUPIER Florence	
QUANTIN Xavier	
RAFFARD Laurence	
RAPIDO Francesca	
RIBRAULT Alice	
RICHAUD-MOREL Brigitte	
RIDOLFO Jérôme	
RIPART Sylvie	
RONGIERES Michel	
ROULET Agnès	
RUBENOVITCH Josh	
SANTONI Fannie	
SASSO Milène	
SCHULDINER Sophie	

ANNEE UNIVERSITAIRE 2020 - 2021

PERSONNEL ENSEIGNANT

Praticiens Hospitaliers Universitaires

BARATEAU Lucie	Physiologie
BASTIDE Sophie	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
CAZAUBON Yoann	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
DAGNEAUX Louis	Chirurgie orthopédique et traumatologique
DUFLOS Claire	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de la communication
GOULABCHAND Radjiv	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie
LATTUCA Benoit	Cardiologie
MARIA Alexandre	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie
MIOT Stéphanie	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie
SARRABAY Guillaume	Génétique
SOUCHE François-Régis	Chirurgie viscérale et digestive

REMERCIEMENTS

En tout premier lieu, je remercie chaleureusement les membres de mon jury : le Professeur Michel AMOUYAL pour avoir accepté de le présider ;

Le Professeur Albert SOTTO et le Docteur Marc GARCIA pour votre présence et pour vous être intéressé à mon travail.

Le Docteur Philippe SERAYET, mon directeur de thèse, qui a aussi été un tuteur pour moi durant mes années d'internat à Remoulins et m'a permis de porter un regard différent sur le beau métier de médecin généraliste : Mille mercis à toi pour le temps que tu m'as accordé.

Merci.

A l'heure de la rédaction des remerciements, je repense à ces quelques mots d'une amie, toujours souriante, et qui disaient : « La partie la plus délicate de la rédaction d'une thèse, ce sont sûrement les remerciements... il est trop rare de ne pas oublier quelqu'un ! »

De combien auras-tu raison ?

A mon sens l'aboutissement d'un tel projet est forgé de rencontres ; des rencontres qui m'ont permis de devenir qui je suis, des rencontres qui me rendent fière de ce que je suis devenue, des rencontres à la fois variées et pour autant chacune très singulière.

Pour cela, merci.

Je pense d'abord à ma famille,

A ma mère,

A mon tour et grâce à toi, je suis devenue la femme forte et indépendante que tu as toujours été, et que j'admire depuis mon enfance.

Tu m'impressionnes encore aujourd'hui par ta force de caractère et tes convictions, tes valeurs et ta sincérité malgré les épreuves traversées.

J'espère toute ma vie rester fidèle à tes conseils et à mon tour te conseiller, être une épaule sur qui tu peux te reposer.

On a réussi ensemble.

Merci du fond du cœur.

A mon père,

Tu es un homme inspirant papa. Le regard bienveillant envers ses trois enfants.

Toujours soucieux de ce que l'on fait, d'où l'on vient.

Prêt à tout pour nous. L'amour inconditionnel d'un père.

Merci de m'avoir transmis ta sensibilité, ta persévérance, le dépassement de soi.

Merci de partager avec moi les choses simples de la vie, merci de ses souvenirs communs gravés à jamais dans ma mémoire.

Merci d'être venu me voir à Clermont quand j'en avais besoin, de m'avoir soutenu pendant toutes ces années, loin de vous. Merci de ta simplicité, de ton humour.

Cette consécration c'est la tienne avant tout.

Maman, papa, malgré ma pudeur quotidienne je vous l'écris aujourd'hui et pour toujours sur ce papier, n'oubliez jamais que je vous aime.

A ma sœur, Amandine,

Merci d'être là pour moi, qu'importe l'heure du jour et de la nuit. Merci de veiller sur moi comme tu le fais.

Par ton humour et tes discours légendaires tu es un modèle. Ta franchise et l'amour que tu portes à ta famille te rendent si singulière. Je sais la fierté que tu me portes, celle d'une sœur, d'une seconde mère.

Si j'en suis là c'est aussi grâce à toi ; grâce à tes appels, qui me donnent le sourire, grâce à ta dévotion et ton soutien. J'ai réussi pour toi, pour notre famille, pour tes enfants. Tu m'es si précieuse et je réalise la chance de t'avoir à mes côtés.

Promets-moi de ne jamais changer.

A mon cher frère,

Tu as une place très spéciale dans ma vie. On a tout vécu ensemble ; les cabanes à Corbère, l'aspirateur de maman, les vidéos moto de papa, les sorties ciné avec amandine et José, la première boîte de nuit, le Courtalet avec ses rires et ses pleurs, la colocation Clermontoise. Parfois mon frère on est tombés mais on s'est toujours relevés ensemble.

Je t'ai toujours admiré ; ton intelligence, ta soif de savoir, ta gentillesse font de toi une personne unique. J'ai toujours essayé d'être à ta hauteur et pourtant encore aujourd'hui j'en suis loin.

Mon travail il est aussi pour toi, afin que tu sois fière de ta petite sœur.

A José,

La force tranquille, la gentillesse incarnée.

Merci de nous avoir pris sous ton aile et conduis à droite à gauche Vivi et moi.

Merci de toujours nous avoir considéré comme ta famille.

Les personnes comme toi sont rares, et je suis heureuse de te compter parmi mes proches.

Pour cela, Merci.

A Valentine et Martin,

Vous êtes les deux petits êtres que j'aime le plus, et j'espère toujours vous rendre fiers.

Valentine, Babinou, Josette, petite devenue grande comme sa tata, un peu gauche comme sa tata, avec du goût comme sa tata.

Je voudrai devenir un modèle pour toi et serai toujours présente pour t'écouter et prendre soin de toi.

Martinou, le dernier de la famille, l'œuvre d'art ;

Ton énergie et ton sourire n'ont pas fini de faire craquer tes parents.

Tu pourras toujours compter sur ta tata.

A mes grands-pères,

Louis et Bernard, deux étoiles, je sais que de là-haut vous êtes tous les deux fiers de moi. Je sais que vous veillez sur moi.

Je pense ensuite à ma belle-famille,

A Chantal et Émile,

Merci pour votre gentillesse et votre dévotion quotidienne. De m'avoir si bien accueilli dans votre famille.

Enfin je pense à mes amis,

Thomas,

Mon ami de toujours, tu as toujours su m'écouter et me conseiller. Tu as réussi à fonder une jolie famille. Courageux et déterminé. Tu as une magnifique personnalité. Je suis heureuse de te compter parmi mes amis. Tu resteras pour toujours mon Thomas, ce petit garçon qui un jour est venu jouer devant chez nous et qui depuis, ne nous a plus jamais quitté Vivi et moi...

A la Shogun,

Mes amis Clermontois, Albane et Gautier, Médéric et Victoria, Saer. A toutes ces soirées d'externat vécues ensemble, ces WEI, ce voyage à Londres, ces beaujolais. Les nuits au five, au break, à l'appart ^^ . Tous ces verres vidés, ces maux de têtes, on se promet d'arrêter mais on recommence... D'Akrim à la D4 on s'est suivi. Félicitation Albane et Got pour ces beaux enfants, Félicitation à Saer futur prodige de la cardiologie (et futur champion d'Europe) et papa. Félicitation à Médé et Victo, quel courage d'être partie si loin de ce soleil que tu aimes tant Victo, et maintenant Nice, ce n'est pas si loin ☺.

Une mention spéciale à Pita,

Mon basketteur préféré, mon Auvergnat, celui qui m'a suivi et que j'ai suivi dans ce Sud qui me manquait tant. Une personne incroyable, pleine d'humour et débordant de gentillesse.

Tu nous revois arriver à Perpignan tous les deux ? comme si c'était hier... Mon internat n'aurait pas été le même sans toi. Tu as été ma petite lumière quand tout était noir, mon repère alors que l'on ne connaissait personne.

Maintenant tu as pris ton envol avec ta Pau, je te vois heureux et épanoui, prêt à retourner auprès des tiens. Tu vas me manquer si loin, mais tu seras toujours dans la partie auvergnate de mon cœur.

Une pensée pour la jolie **Hélène**, merci pour ces moments passés, de Clermont à la Grande Motte. Ne change pas !

Aux Perpignanais,

Valentine et Marielle

Les amis se comptent sur les doigts de la main et j'ai la chance de pouvoir vous compter parmi eux. Vous êtes mes exceptionnelles.

Valentine, qu'importe ce que je fais, ce que je traverse, tu es toujours présente à mes côtés, toujours à mon écoute. Cinq ans et pourtant... J'ai l'impression que tu as toujours fait partie de ma vie. Que je sois grognon, mal peigné ou que je fasse les mauvais choix, je sais que tu es toujours là et que tu ne me juges pas. Je n'ai jamais rien à demander, tu anticipes toujours mes attentes. Complices, c'est un vrai bonheur de t'avoir dans ma vie. On peut rire de tout, se moquer sans jamais de méchanceté (oup's), passer du temps ensemble sans jamais s'ennuyer. Tu es la note d'amitié et d'amour qu'il fallait dans ma vie.

Marielle, assises côte à côte en salle de staff à 8 heures tous les matins de ce premier semestre d'internat, jamais je n'aurai pensé rencontrer une personne

comme toi... Nous en avons traversé des moments ensemble depuis Perpignan et quand je pense à toi, je retiens surtout les instants de magie, les fous rires, les histoires partagées et les discussions sans fin. Tu me soutiens et te rends disponible tous les jours. Ton amitié m'aide à m'améliorer
Tu es ma fleur et les fleurs de l'amitié ne se fanent jamais.

Les filles, j'espère que dans cinquante ans nous pourrions faire un bilan de notre amitié, de toute une vie...
A nous trois !

Valentine, ma rousseur euh ma douceur, la vraie amitié naît dans le cœur et elle y reste pour toujours et j'ai la chance de te compter parmi mes amis.
Notre amitié est authentique et forte. Tu me fais rire et tu me réconfortes quand j'en ai besoin. Depuis le 1^{er} semestre notre relation ne cesse de grandir et de s'embellir, nos dressings aussi d'ailleurs ;)
Je te vois maintenant épanouie dans ta vie personnelle et je suis tellement heureuse pour toi. Merci à Thomas de tout faire pour que la belle fleur que tu es le soit pour toujours.

Marie Berger,
Une grande femme cette Marie. Intelligente, belle, passionnée (par Bastien et l'aioli), chanteuse (en tout genre, rap, oui oui la moulaga) et j'en passe mais surtout jardinière... Merci pour toutes ces soirées, ces repas, ces vacances à la montagne. L'internat nous a fait nous rencontrer à Perpignan, nous a rapprocher à Nîmes et ce n'est pas fini.
Merci de me rassurer quand je panique, de me conseiller quand j'en ai besoin.

Isabel,
Ma cholita, ma coloc, mon amie. J'aime ce que tu es, comment tu penses, j'aime tout chez toi. J'ai adoré vivre avec toi, faire la vaisselle avec toi, petit déjeuner avec toi, rires avec toi. J'ai tout adoré dans notre coloc, même tes cheveux par terre... Ton amitié et ta considération compte pour moi, tu occupes une place importante dans mon cœur. Alors pour tout cet amour, merci.
Et aussi, j'allais oublier, merci pour cette motivation pendant ce travail de thèse et ces cappuccinos incroyables, mamma mia !

Nicolas,
Merci de ton enthousiasme éternel, merci de ton accent chantant, tes goûts pour la décoration modernes. Tu ne te reconnais pas hein ??
La vérité si je mens, merci de ta gentillesse, ta simplicité, ton humour. Merci de prendre soin de tes amis. Je sais que je peux compter sur toi.

Carole, pour toi, ton fun, ton rire, ta gentillesse, ta bienveillance. Quand tu veux on repart ma poule.

Marie Lerig, ma sportive préférée, toujours souriante, tu es un rayon de soleil dans le groupe.

Carine, la plus canadienne d'entre nous. La touche année 80 qu'il faut. Quand tu veux les prochaines vacances à deux...

Marie Creucreu, pour ton sourire et tes attentions ; je suis heureuse d'avoir croisé ton chemin.

Joanna, merci de supporter le Nini, ta gentillesse et ta fraîcheur font de toi une fille super, ne change pas. Et surtout ne lâche rien sur la déco ;).

Bastien J, le plus gavatx (oui du catalan) de tous mes copains, personne n'est parfait même les gens de l'Aude. Mais bon, pour toi je vais faire une exception ☺. Merci pour la vivacité d'esprit que tu dégages.

Tibère, mon coloc préféré, merci d'avoir supporté mon aspirateur, nos plaisanteries, notre mauvaise humeur parfois. Toujours optimiste ce titi. Ne repars plus aussi loin, c'est triste sans toi !

Bastien Duduch, parce que ton humour et sans pareille, merci de me faire rire, tu es un garçon exceptionnel (malgré les désagréments olfactifs parfois, qui font de toi ce que tu es finalement ☺).

Mickaël, ma copine +++ , toujours près de cœur et dans la pensée.

Mathilde B, pour ton sourire et ta bonne humeur.

Severin, le plus beau de tous mes copains, tu débordes d'énergie et de créativité. Tu sais ce que tu veux et pour ça je t'admire.

Gabriel, pour ta gentillesse et ta bienveillance.

PE et Blanche, pour la douceur de Blanche et la folie tranquille de PE.

Mathilde Z, à quand la prochaine semaine de vacance ? Heureuse de te découvrir à chaque un peu plus.

Kévin, le plus Gardois des internes, merci pour ton humour et ton accent de forain à la demande. Tu es le grain de folie de nos soirées. Mention spéciale à Flo qui a su te faire fondre.

Pierre Germain, pour ces semaines de vacances à Vialas et ta bonne humeur. Parce qu'il n'a jamais froid ce garçon !

Aux Gardois et aux Vauclusiens, et notamment Blandine, Joris, Morganne, Crouz, Noellie, Thomas, merci de m'avoir fait une place dans la bande.

A ma créole, mon piment quotidien, mon tchoutchou. Mon binôme. Merci d'être là pour moi, me supporter, écouter mes histoires (toujours les mêmes d'ailleurs). Tu es une fille en or et bien plus. Merci pour tous ces fous rires, merci de me laisse gagner au qwirckle parfois, merci pour tous ces running à la frontale. Tu es devenu un repère pour moi et j'aime les moments passés ensemble. Je t'assure, notre amitié ne tient pas à un fil ☺.

Et pour finir, à Clément

Depuis bientôt cinq ans, tu embellis mes journées.

Tu m'as fait grandir et penser différemment. Grâce à toi, j'ai la chance d'être bercé quotidiennement par des mots doux et des gestes tendres.

Malgré les hauts et les bas, nos caractères, c'est bel et bien de l'amour entre nous, du vrai, comme jamais je n'avais ressenti.

Toujours soucieux et bienveillant tu me fais passer avant les autres, tu m'encourage et me rend forte.

Je te remercie d'avoir croisé mon chemin ce soir-là, sur la place verte (pas très verte d'ailleurs...) à des centaines de kilomètres de chez nous, et de m'avoir envouté grâce à ton légendaire tour de limbo et ton pas de danse si singulier.

Ton sourire et tes yeux de biche me font encore aujourd'hui fondre.

J'espère dans soixante ans pouvoir relire ces remerciements à tes cotés.

A jamais à toi, à jamais à moi, à jamais à nous.

TABLE DES MATIÈRES

SOMMAIRE

A. INTRODUCTION

I. Contexte

II. L'appareil respiratoire

a. Anatomie des voies aériennes hautes

a.1 Les fosses nasales

a.2 Le rhino-pharynx

a.3 La cavité buccale et oropharynx

a.4 Le larynx

b. Histologie

b.1 La barrière épithéliale

b.2 Le système muco-ciliaire

III. Les pathologies ORL de l'adulte et de l'enfant

a. Généralités et état des lieux

b. Rhinite aiguë et rhino-pharyngite aiguë

b.1 Définitions et symptômes

b.2 Traitements

c. Angines

c.1 Angines érythémateuses et érythémato-pultacées

c.2 Autres types d'angines

d. Les sinusites

e. les otites

e.1 Otite externe

e.2 Otite moyenne aiguë

e.3 Otite séro-muqueuse

IV. L'auto-prescription

- a. en France
- b. Dans les pays Anglo-saxons

V. Expérience personnelle et interrogations

B. MATERIELS ET METHODES

I. Matériel

II. Bibliographie

III. La méthodologie

- a. Type d'étude
- b. La recherche qualitative
- c. Analyse phénoménologique : Méthode de Peirce
- d. Grille de lecture COREQ (Annexe 2)

IV. Réalisation d'un guide d'entretien

V. Éthique

VI. Population, recrutement pour l'étude

VII. Les entretiens : Déroulement, recueil des données, retranscription et analyse

C. RÉSULTATS

I. Caractéristique de la population étudiée et des entretiens

II. Notion d'auto-prescription : Un regard ambivalent porté par les MG

- a. La facilité
- b. Une aide, un outil
- c. Différence d'approche entre les pathologies aiguës et chroniques
 - c.1 Association de l'aigu et du bénin
 - c.2 Maîtrise des pathologies aiguës

c.3 Problème posé par les pathologies chroniques

d. Le vécu du MG comme patient

d.1 La confrontation des connaissances est mal vécue

d.2 Attitude du MG face aux spécialistes

III. Existence d'une discordance d'idée : de la négligence conscientisée à la conscience professionnelle

a. Négligence conscientisée

a.1 Impression de bonne santé

a.2 Désintérêt pour leur santé

b. Conscience professionnelle : Impact sur le professionnalisme

IV. Vécu de la maladie par les MG

a. Facteurs précipitants l'auto-prescription

a.1 Une mauvaise image véhiculée au patient

a.2 La surcharge de travail

a.3 La mise en difficulté d'un confrère

b. Diminution du contenu et de la qualité de la consultation

IV. Situations déterminantes

a. Familiarité avec la classe thérapeutique

b. identification du médecin à travers son patient

D. DISCUSSION

I. Principaux résultats

a. Utilisation courante de l'auto-prescription

b. Émergence d'une négligence consciente assumée

c. Rapports entre médecins généralistes

d. L'identification

e. Les préférences médicamenteuses

f. Résultats rapportés aux pathologies ORL

II. A propos de la méthode

a. Points forts et originalité de l'étude

a.1 sujet de recherche

a.2 choix de la méthode qualitative

a.3 Échantillon étudié

a.4 Le recueil des données

a.5 L'analyse des données

b. Faiblesses et biais

b.1 Limites de l'étude liées à la méthode de recherche

b.2 Limites de l'étude liées aux recueils des données

- Constitution de l'échantillon
- Déroulement des entretiens
- Biais liés aux participants

b.3 Limites de l'étude liées à l'analyse des données

III. Comparaison des résultats à la littérature

IV. Perspectives

a. Limiter l'auto-prescription voire l'interdire dans certaines situations

a.1 Contre indiquer le renouvellement d'ordonnance des maladies chroniques afin d'inciter un suivi régulier

a.2 Choisir un médecin traitant

b. Établir un système de suivi par un médecin du travail comptant pour la formation continue.

c. Sensibiliser les étudiants en médecine sur l'importance d'un suivi médical en tant que professionnel de la santé

E. CONCLUSION

F. BIBLIOGRAPHIE

G. ANNEXES

I. Guide d'entretien

II. Grille de lecture COREQ

H. SERMENT

A. INTRODUCTION

I. Contexte

La prise en charge du médecin généraliste n'est pas abordée dans le cursus médical. Les médecins ne sont pas en meilleure santé que le reste de la population (à catégorie socio professionnelle égale) et même parfois plus sujet à certaines pathologies. L'auto-prescription médicamenteuse, autorisée en France, est très répandue et les médecins généralistes sont en majorité, lorsqu'il en déclare un, leur propre médecin traitant.

Cette auto-prescription médicamenteuse permet aux médecins d'avoir accès pour eux-mêmes aux médicaments dits « d'ordonnances ». Rien ne s'y oppose légalement ; en effet l'article 8 du Code de Déontologie Médicale (Article R 4127-8 du Code de Santé Publique) reconnaît au médecin la liberté de prescription : « *le médecin est libre de ses prescriptions qui seront celles qu'il estime les plus appropriées en la circonstance* ». Par conséquent, même si certaines prescriptions sont restrictives (hospitalières ou spécialistes), la pharmacopée disponible reste néanmoins importante.

Étant donnée la diversité des affections somatiques, j'axerai mon exercice sur les viroses d'origine ORL.

Ces pathologies, bien que bénignes la plupart du temps, peuvent être très incommodes, notamment lors des consultations en cabinet de médecine générale.

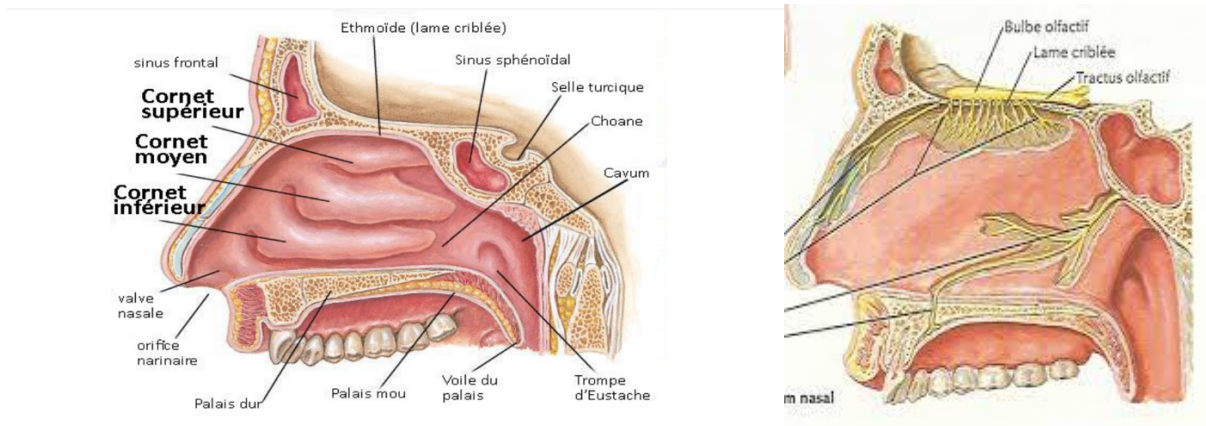
II. L'appareil respiratoire de l'adulte

a. Anatomie des voies aériennes hautes

a.1 Les fosses nasales

Les fosses nasales sont deux cavités anfractueuses de la face, séparées par une cloison médiane. Chacune s'ouvre à l'extérieur par la narine et débouche en arrière dans le pharynx par un orifice, la choane. La paroi latérale de la fosse nasale est soulevée par des replis, recourbés selon leur grand axe ; ce sont les trois cornets, supérieur, moyen et inférieur, chacun délimitant avec la paroi latérale correspondante une cavité, le méat. Dans le méat moyen s'ouvrent des cavités pneumatiques taillées dans l'épaisseur des os de la tête, les cellules de l'ethmoïde et les sinus (frontal, maxillaire). Le cornet moyen dessine une forte saillie vers la ligne médiane ; on appelle fente olfactive l'espace qui sépare ce cornet de la cloison. Elle subdivise la fosse nasale en deux étages : un étage

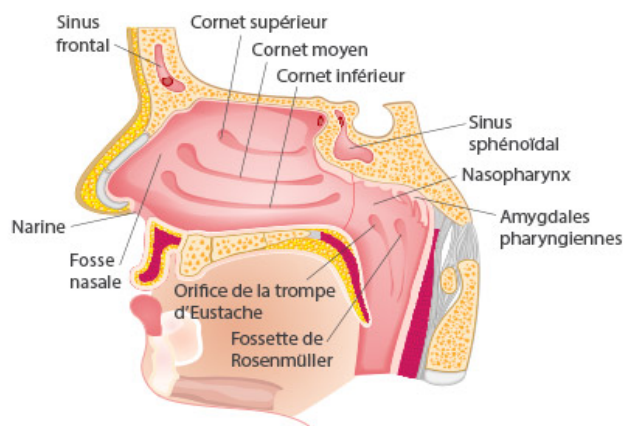
supérieur, olfactif, revêtu d'une muqueuse sensorielle, la tache jaune, sensible aux particules odoriférantes ; un étage inférieur, respiratoire. Toute déviation de la cloison nasale peut oblitérer la fente olfactive et perturber la respiration. La fosse nasale réchauffe et humidifie l'air inhalé.



a.2 Le rhinopharynx

Le rhinopharynx, ou nasopharynx, ou cavum, est la partie supérieure rétro nasale du pharynx et est situé très bas par rapport aux fosses nasales. Ces deux structures communiquent ensemble via les choanes. De plus, il communique également avec les deux oreilles moyennes par les trompes d'Eustache, qui s'abouchent dans le cavum au niveau des fossettes de Rosenmüller.

Anatomiquement, le rhinopharynx est constitué d'un toit incliné sous l'étage moyen de la base du crâne (sphénoïde), d'un versant postérieur en regard de la première vertèbre cervicale et en continuité avec la paroi pharyngée postérieure, et deux versants latéraux symétriques. Le rhinopharynx se trouve au-dessus de l'oropharynx dont il est séparé par la barrière mobile du voile du palais. L'occlusion du rhinopharynx, complète lors de la déglutition et partielle lors de la phonation, est assurée par la dynamique de ce voile du palais.



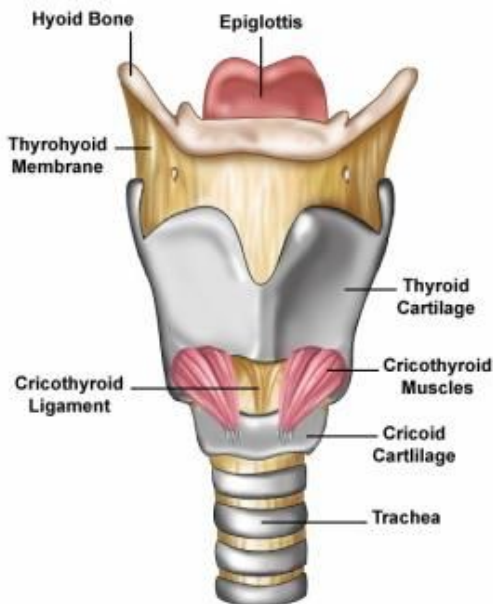
a.3 Cavité buccale et oropharynx

La cavité buccale est limitée en avant par les lèvres et les arcades dentaires. L'oropharynx prolonge la cavité buccale en arrière et est tapissé d'un épithélium épidermoïde pluristratifié non kératinisé. Ce dernier regroupe des glandes muqueuses.

a.4 Le larynx

Le larynx est un organe impair, médian, représentant un conduit fibro-musculo-cartilagineux qui s'étend entre le bord inférieur de l'os hyoïde et le bord supérieur du premier anneau trachéal, en regard des vertèbres cervicales C4, C5 et C6 (1).

Il intervient dans la respiration, la phonation et la déglutition.



b. Histologie

Pour assurer sa fonction de défense, le système respiratoire est constitué d'une barrière épithéliale et d'un système mucociliaire. De plus un effet de barrière mécanique existe lorsque l'air traverse les parois des cavités nasales, réchauffant et humidifiant l'air.

b.1 La barrière épithéliale

La muqueuse des voies aériennes supérieures agit contre les agressions extérieures comme première ligne de défense. Les cavités nasales sont tapissées d'une muqueuse ciliée de type respiratoire. Le mucus est produit par les cellules caliciformes et les glandes séro-muqueuses, les cellules ciliées ainsi que d'autres cellules associées aux mécanismes de défense viennent compléter la composition de cette muqueuse. La cavité buccale est quant à elle tapissée d'un épithélium malpighien spécialisé kératinisé ou non suivant sa localisation :

- Kératinisé au niveau de la muqueuse masticatrice (gencive et palais dur) ;
- Et non kératinisé au niveau de la majeure partie de la cavité buccale (lèvres, joues, palais mou, etc.)(2).

b.2 Le système mucociliaire

Le système mucociliaire assure une fonction d'épuration grâce à la production de mucus et aux cils.

Le mucus, film colloïde riche en eau et constitué de mucine, recouvre l'épithélium et se compose d'une couche interne séreuse dans laquelle battent les cils et d'une couche externe visqueuse. Il a une double fonction :

- Une fonction de barrière physique qui permet de piéger les germes
- Une fonction antiadhésive

Il contient également des substances antibactériennes comme le lysozyme, la lactoferrine et la lactoperoxydase.

Le système mucociliaire fonctionne en permanence grâce aux mouvements périodiques et synchrones des cils, qui forment un tapis très serré à la surface des cellules. Le dépôt de particules est ainsi épuré et transporté des cavités nasales à l'oropharynx et la bouche œsophagienne, où elles sont dégluties puis éliminées. De nombreux facteurs peuvent altérer la clairance mucociliaire : déshydratation, variations de température, infection, hypoxie, corps étranger, tabac, certains médicaments, polluants environnementaux, allergènes, certaines maladies.

Par ailleurs, l'accumulation de mucus peut parfois empêcher le travail ciliaire de drainage des sécrétions. Ce drainage est donc assuré à la fois par des sécrétions muqueuses de viscosité et d'élasticité normales et par un fonctionnement ciliaire normal, tous deux garants d'une muqueuse saine.

III. Les pathologies ORL de l'adulte

a. Généralités et état des lieux

Les infections des voies respiratoires supérieures sont un motif fréquent de consultation en cabinet et aux urgences. Dans les infections des voies respiratoires supérieures, la rhinopharyngite est une pathologie très fréquente, première pathologie infectieuse de l'enfant (3), d'origine virale. Les rhinopharyngites aiguës constituent un problème de santé publique, par leur fréquence (environ 25 millions de cas annuels) et leurs coûts induits (jours d'absentéisme scolaire, arrêts de travail, etc...). Malgré une baisse récente des prescriptions, les médecins généralistes français font partie des plus prescripteurs du monde. Il existe en France une volonté de réparation instantanée des maux bénins, à l'exemple de la rhinopharyngite aiguë, engendrant une réponse thérapeutique. Elles entraînent un nombre de consultations et de prise en charge médicamenteuse important.

b. Rhinite aiguë et rhino-pharyngite aiguë

b.1 Définitions et symptômes

La rhinopharyngite correspond à une inflammation du pharynx associée à une atteinte inflammatoire de la muqueuse nasale qui se caractérise cliniquement par une rhinorrhée antérieure, une obstruction nasale, il peut y avoir une toux et de la fièvre (4).

Les rhinopharyngites sont presque exclusivement virales : rhinovirus, adénovirus, coronavirus, influenza, para-influenza, virus respiratoire syncytial, métapneumovirus... La grande diversité des virus en cause (plus de 120 espèces différentes de rhinovirus chez l'homme) et leur faible immunogénicité expliquent la grande fréquence de ces infections(5).

La transmission se fait par gouttelettes et surtout par contact, notamment manuel. Les rhinopharyngites sont fréquemment associées à une inflammation sinusienne diffuse. Dans moins de 1 % des cas, cette inflammation se complique d'une surinfection bactérienne, le plus souvent localisée à un sinus maxillaire(6). Elle se présente par une rhinorrhée bilatérale, claire puis purulente, et par une obstruction nasale, dans un contexte épidémique souvent associé à un syndrome pseudo-grippal pouvant évoluer en trachéite ou en bronchite. Chez le nourrisson, un tableau de gastro-entérite avec diarrhée et douleurs abdominales peut être au premier plan(6). L'évolution est spontanément favorable mais peut être lente, la toux et la rhinorrhée persistent souvent 10 à 15 jours(6).

b.2 Traitement

Le traitement doit être purement symptomatique, l'antibiothérapie n'est jamais justifiée : antalgiques/antipyrétiques (paracétamol), faire moucher spontanément ou mouche bébé, nettoyer 5 à 6 fois par jour les fosses nasales avec du sérum physiologique. Ne sont pas recommandés les traitements vasoconstricteurs (par voie locale ou générale, risque d'infarctus du myocarde ou d'accident vasculaire cérébral), les antihistaminiques (car inefficaces), l'aspirine et anti-inflammatoires non-stéroïdiens et les corticoïdes par voie nasale ou générale (baisse des défenses immunitaires).

La plupart des rhinopharyngites sont de guérison spontanée avec un simple traitement symptomatique (5). La rhinorrhée peut persister jusqu'à 14 jours sans que cela signe une surinfection (6).

c. Les angines

c.1 Généralités

L'angine est une cause fréquente de consultation chez le médecin généraliste. Chaque année en France, on estime à 9 millions le nombre d'angines diagnostiquées (7)

Un point commun à toutes les angines, est la clinique, qui détermine le diagnostic(7). D'installation rapide, les signes fonctionnels sont définis par une douleur pharyngée spontanée uni ou bilatérale augmentée à la déglutition (odynophagie) et une otalgie réflexe. Chez l'enfant, les troubles digestifs (douleurs abdominales, vomissements) sont fréquents. On rapporte également une fièvre d'intensité variable et des adénopathies satellites sensibles. L'infection est virale le plus souvent : 60 à 90 % d'origine virale selon l'âge (adénovirus, virus Influenzae, virus respiratoire syncytial, virus para-Influenzae)(8)

c.2 Angine érythémateuse ou érythémato-pultacée

Celles-ci sont les plus fréquentes en médecine générale (80 à 90% des cas) et il est difficile voire impossible de déterminer l'origine virale ou bactérienne de ce type d'angine en se basant uniquement sur l'examen clinique(7).

Dans les angines érythémateuses, on retrouve une inflammation des amygdales qui se traduit cliniquement par des amygdales plus volumineuses qu'habituellement et érythémateuses. Dans les angines érythémato-pultacées, la muqueuse est là aussi inflammatoire avec la présence d'un exsudat pultacé : gris jaunâtre, punctiforme ou en traînées, mince et friable, facilement dissocié, ne débordant pas la surface amygdalienne. Ces signes cliniques sont souvent associés à de la fièvre et une odynophagie. Ici, les signes fonctionnels sont en général plus marqués

Pour ce type d'angine, il a été mis en place un test de diagnostic rapide (TDR) du streptocoque bêta-hémolytique du groupe A. Pour rappel, 60 à 80% des angines érythémateuses sont d'origine virale, quant aux angines bactériennes, elles sont principalement dues au streptocoque bêta-hémolytique du groupe A (8). Afin de différencier les angines bactériennes des angines virales, on réalise un test de dépistage rapide pour toute angine (ou pharyngite) érythémateuse et/ou érythémato-pultacée chez l'enfant de plus de 3 ans et chez l'adulte avec un score de Mac Isaac supérieur ou égal à 2 (8) (Tableau 1).

Si le test est positif, on instaure alors un traitement par antibiotique. Il a une sensibilité de 90% et une spécificité de 95%. L'objectif de l'assurance maladie dans la mise en place de ce test est de limiter la prescription inappropriée d'antibiotique dans les angines et donc limiter l'apparition d'une antibio-résistance.

CRITERES	POINTS
- TEMPÉRATURE > 38°C	+1
- ABSENCE DE TOUX	+1
- ADENOPATHIE(S) CERVICALES(S) ANTERIEURE(S) DOULOUREUSE(S)	+1
- AUGMENTATION DU VOLUME OU EXSUDAT AMYGDALIEN	+1
- AGE : DE 15 A 44 ans > 45 ans	0 -1
TOTAL	

Tableau 1 ci-dessus : Test de Mac Isaac - Source : ECN pily sur l'angine aiguë de l'adulte - novembre 2016(6).

Ce test est mis à disposition gratuitement par la sécurité sociale pour les médecins libéraux généralistes, pédiatres et oto-rhino-laryngologistes. Le test est facile à réaliser et reste rapide à faire (Figure 1).

L'antibiothérapie de première intention est l'amoxicilline à 2g/ jour pendant 6 jours(6)

c.3 Autres types d'angines

Il existe, bien qu'elles soient moins courantes en consultation de médecine générale d'autres types d'angines : les angines pseudomembraneuses (l'Epstein Bar Virus est la cause la plus fréquente, plus rarement on retrouve la diphtérie), les angines vésiculeuses (toujours virales, elle touche surtout l'enfant) et les angines ulcéreuses ou ulcéro-nécrotiques qui peuvent être bactériennes ou en lien avec une hémopathie ou un carcinome.

d. Les sinusites

Il s'agit d'une inflammation des sinus aériens de la face. La plupart des sinusites aiguës bactériennes compliquent une infection virale des voies aériennes supérieures. Elles peuvent avoir aussi une origine dentaire, impliquant alors des anaérobies, ainsi que l'Aspergillus en cas de migration d'un amalgame. Les sinusites bactériennes ne sont pas contagieuses. Les sinusites maxillaires, bénignes sont virales le plus souvent (rhinovirus, myxovirus, adénovirus...), mais peuvent aussi être bactériennes. Les sinusites frontales, sphénoïdiennes et ethmoïdiennes sont rares et exclusivement bactériennes et sont plus à risque de complications par diffusion au système nerveux central.

La topographie de l'atteinte sinusienne dépend de l'âge (développement anatomique des sinus) :

- L'ethmoïdite peut survenir dès les premières années de vie
- Les sinusites maxillaires peuvent survenir à partir de 5 ans
- Les sinusites frontales se voient à partir de 10 ans
- Les sinusites sphénoïdales se voient à partir de 15 ans

Nous nous concentrerons sur la sinusite maxillaire. Afin d'évoquer cliniquement une sinusite d'origine bactérienne, il faut avoir au moins 2 des 3 critères majeurs suivants :

- Persistance et même augmentation des douleurs sinusiennes infra orbitaires malgré la réalisation d'un traitement symptomatique
- Type de douleur : son caractère unilatéral et/ou son augmentation lorsque la tête est penchée en avant et/ou son caractère pulsatile et/ou son acmé en fin d'après-midi et la nuit
- Augmentation de la rhinorrhée et de la purulence de la rhinorrhée (d'autant plus caractéristique s'il est unilatéral).

Des critères mineurs peuvent s'ajouter et renforcent alors la suspicion :

- La persistance de la fièvre après le 3^e jour d'évolution
- La persistance de l'obstruction nasale, des éternuements, de la gêne pharyngée et de la toux plus de 10 jours (8).

Les indications à mettre en place une antibiothérapie dans les sinusites maxillaires sont limitées à la présence de symptômes faisant évoquer une infection bactérienne : symptômes unilatéraux, douleurs infra-orbitaires, persistance de la fièvre au-delà de trois jours ou échec du traitement symptomatique mis en place initialement (8). L'antibiotique de première intention est l'Amoxicilline.

En cas de doute sur une origine bactérienne de la sinusite maxillaire, il est préconisé de ne pas mettre d'antibiotique en première intention, de débiter par un traitement symptomatique par lavages répétés des fosses nasales et de réévaluer l'état clinique du patient à 48-72h (8).

Dans les sinusites frontale, ethmoïdale ou sphénoïdale il est recommandé de mettre en place une antibiothérapie par Amoxicilline-Acide clavulanique en première intention (8).

e. Les otites

e.1 Otites externes

L'otite externe (OE) correspond à une inflammation de la peau du conduit auditif externe.

e.2 Otites moyennes aiguës

L'otite moyenne aigue (OMA) est une inflammation aigue de l'oreille moyenne avec épanchement purulent ou mucopurulent dans la caisse du tympan, elle touche principalement l'enfant. *C'est une des premières causes de prescription d'antibiotiques chez l'enfant*(8). Le pic d'incidence se trouve à 9 mois. Elle est beaucoup moins fréquente après l'âge de 6 ans.

Le diagnostic d'une otite moyenne aiguë est clinique.

Les signes les plus fréquemment retrouvés sont l'otalgie et la fièvre. Elle apparait fréquemment au décours d'une rhino-pharyngite. Chez le nourrisson, on retrouve certains signes fonctionnels qui sont variables d'un nourrisson à l'autre comme l'irritabilité, les pleurs, l'insomnie.

L'examen otoscopique est la clé de voute du diagnostic. Il permettra de distinguer une otite moyenne aigue purulente d'une otite congestive, principal diagnostic différentiel, dont la thérapeutique diffère.

L'otite congestive est caractérisée par une inflammation des tympons avec respect des reliefs, *la cause déclenchante la plus fréquente étant une infection virale du rhinopharynx* (8). Cliniquement, on retrouve très souvent une otalgie, la fièvre peut être présente dans le contexte de l'infection virale sous-jacente.

L'otite moyenne aigue purulente, se traduit par une inflammation tympanique avec disparition du triangle lumineux et un épanchement rétro tympanique (opacité, effacement des reliefs normalement présents, ou bombement). Le tympan peut percer provoquant alors une otorrhée purulente.

Plusieurs germes sont responsables des OMA purulentes de l'adulte et de l'enfant de plus de 3 mois :

- 50% sont dues à *Haemophilus influenzae*, dont 20 % sont résistantes à l'amoxicilline (production d'une β -lactamase) et 10 % sont de sensibilité diminuée à l'amoxicilline. Il reste sensible aux céphalosporines (sauf C1G) (8).
- 25 à 35% sont dues à *Streptococcus pyogènes*.
- 20% sont dues à *Streptococcus pneumoniae*, dont 25 à 35 % sont de sensibilité diminuée à la pénicilline (PSDP) en 2016 en France (8), et 25 % sont résistantes aux macrolides en 2016 en France. L'amoxicilline à posologie suffisante reste efficace.
- 5 % à 10 % sont dues à *Moraxella catarrhalis* dont 90 % des souches sont résistantes à l'amoxicilline par production de β -lactamases.
- Moins de 5% sont dues aux germes suivants : *Staphylococcus aureus*, *Pseudomonas aeruginosa* et les entérobactéries (8).

Figure 1 : OMA purulente, Université de Montpellier(9)



Figure 2 : Otite congestive, ORL université de Marseille (5)



Si on diagnostique une OMA purulente, une antibiothérapie est indiquée d'emblée chez l'enfant de moins de 2 ans ou chez l'enfant de plus de 2 ans avec des symptômes intenses ou chez l'adulte avec des symptômes intenses (14). Dans les autres cas, il faudra réévaluer le patient à 48-72h.

> Stratégie de traitement antibiotique dans l'OMA purulente chez l'enfant et chez l'adulte d'après les recommandations HAS 2016(10)

- En cas d'otite moyenne aiguë purulente :

°Enfants \leq 2 ans : antibiothérapie d'emblée.

- Amoxicilline PO

- Si syndrome otite-conjonctivite : amoxicilline-acide clavulanique

°Enfants > 2 ans et adultes : seulement si symptômes bruyants :

- Amoxicilline PO
- Si syndrome otite-conjonctivite : amoxicilline-acide clavulanique

°En deuxième intention :

-Si allergie à la pénicilline sans CI aux céphalosporines :

- Enfants : cefpodoxime
- Adultes : cefpodoxime ou cefuroxime-axétil

-Si contre-indication absolue aux Beta-lactamines :

- Enfant <6ans : cotrimoxazole
- Adultes : cotrimoxazole ou lévofloxacine (en dernière

intention)

°Durée :

- Enfants ≤2ans : 8 jours
- Enfants >2 ans et adultes : 5 jours

e.3 Otites séromuqueuses

L'otite séromuqueuse est un autre diagnostic différentiel de l'otite moyenne aiguë, elle se manifeste par un épanchement rétro tympanique à l'examen otoscopique sans fièvre ni inflammation ni douleur. Ce diagnostic est évoqué devant l'aspect otoscopique d'une OMA sans signes fonctionnels (13).

IV. L'auto-prescription

a. En France

Historiquement, on peut dater l'apparition des premières prescriptions médicales officielles en France en 1322 lorsqu'un édit royal interdit la délivrance par un apothicaire de tout laxatif ou abortif sans l'ordonnance d'un médecin. Puis, jusqu'à la fin du XIX^{ème} siècle, les informations sont rares concernant les règles légales encadrant l'ordonnance.

Avec la découverte à la fin du XIX^{ème} siècle des premières grandes molécules de synthèses, la diversité des spécialités prescrites s'est par la suite enrichie (11).

Concernant l'auto-prescription, le code de déontologie rappelle dans l'article 8 (article R.4127- 8 du code de la santé publique) que : « Dans les limites fixées par la loi et compte tenu des données acquises de la science, le médecin est libre

de ses prescriptions qui seront celles qu'il estime les plus appropriées en la circonstance. Il doit, sans négliger son devoir d'assistance morale, limiter ses prescriptions et ses actes à ce qui est nécessaire à la qualité, à la sécurité et à l'efficacité des soins. Il doit tenir compte des avantages, des inconvénients et des conséquences des différentes investigations et thérapeutiques possibles. »

En effet, en France, le conseil national considère que les connaissances médicales du médecin peuvent objectivement lui permettre dans certaines circonstances d'apprécier sa situation médicale et donc de procéder à des actes pour lui-même. Ce faisant, le médecin ne contrevient pas à la déontologie médicale s'il n'excède pas sa compétence, ne viole aucune disposition légale et ne commet pas d'abus ou de faux.

Du point de vue de l'opportunité pour le médecin de se soigner lui-même, le Conseil national rappelle que la santé physique et mentale des soignants est importante non seulement pour le médecin lui-même(11), mais également pour ses patients. En cas de problème de santé sérieux, la prise en charge objective par un médecin tiers est toujours à privilégier. L'auto-prescription de médicaments potentiellement générateurs d'addictions est strictement à éviter.

Définissant l'auto-prescription, cette pratique commence à être étudiée depuis les 15 dernières années. La principale question posée par ces travaux est de savoir comment les médecins prennent en charge leur santé.

b. Dans les pays Anglo-Saxons

Dans certains pays, l'auto-prescription est déconseillée, pénalisée voire fermement interdite ; c'est le cas en Australie occidentale, où, les médecins sont pénalisés lors d'une auto-prescription ou une prescription pour un proche(12). Toujours en Australie et dans l'État de Victoria, cette pratique est illégale(13).

Au Royaume Unis, l'auto-prescription est fortement déconseillée. En effet un article du BMJ (British medical journal), relève le problème de l'objectivité et du risque de sous diagnostic des médecins. Le « General Medical Council » incite à ne pas s'auto prescrire ou à ses proches. Ce dernier a par ailleurs endurci les termes de ces pratiques en février 2013 après une forte augmentation de médecins signalés pour auto-prescription(14). Devant la persistance de cette dernière, en mars 2014, l'Angleterre a essayé de faire passer un message clé sur la nécessité d'abstention d'auto-prescription pour soi et ses proches. En mai 2014, le GMC déconseille l'auto-prescription des médecins généraliste « sauf dans des circonstances exceptionnelles ». En effet les médecins ne respectant pas les directives du GMC sont fortement pénalisés ; environ la moitié des cas rapportée au GMC s'en sont tirés avec des conseils de bonnes pratiques mais un

sur sept se sont vu restreint dans leur pratique voire radié du registre médical(14).

Dans d'autres pays, comme le Canada l'auto-prescription (excepté les situations d'urgences ou encore des cas très mineurs lorsqu'un autre professionnel de santé n'est pas disponible) n'est pas autorisé.

Par ailleurs un médecin ne peut ni être son propre médecin traitant ni celui de sa famille proche.

On peut donc retenir de manière globale que de nombreux pays dénoncent l'auto-prescription médicamenteuse, mais cette dernière reste encore autorisée.

V. Expérience personnelle et interrogation

C'est avec une grande émotion et beaucoup d'interrogations que j'ai mené cette étude. La plupart des professionnels de santé sont dévoués à leur travail en dépit de leur propre santé. Étant moi-même traité au long cours, j'ai été en tant que médecin, confronté à l'auto-prescription. Je n'ai pas peur de dire qu'elle permet un accès rapide aux thérapeutiques que l'on pense adaptées à la situation, mais que son manque d'objectivité n'est pas sans conséquence. La familiarisation avec certaines classes thérapeutiques contribue à leur prescription en pratique plus fréquente. Pourquoi ? Tout simplement parce que la prise de ces médicaments nous permette d'en voir directement les effets et, dans une certaine mesure nous permettent de mieux appréhender les réactions des patients.

C'est face à ces questionnements que j'ai décidé d'interroger les médecins généralistes thésés et ou non thésés du GARD, de l'HERAULT et du VAUCLUSE et ainsi de répondre à la question suivante, l'auto-prescription influence-t-elle le médecin généraliste dans sa pratique quotidienne notamment au cours des viroses ORL?

Tel est l'objet de mon étude.

B. MATERIEL ET METHODE

I. Matériel

Un ordinateur, une connexion à internet ont été nécessaires pour la recherche documentaire, l'accès à du contenu de formation à la méthodologie de recherche. Le logiciel ZOTERO a été utilisé pour référencement, l'ordonnancement de la bibliographie et sa rédaction en norme VANCOUVER.

La fonction dictaphone de mon téléphone portable était utilisé pour l'enregistrement des entretiens. Le logiciel de traitement de texte Word a été utilisé pour la retranscription des entretiens, le processus d'analyse phénoménologique, ainsi que pour la rédaction de la thèse.

II. Bibliographie

La recherche documentaire préalable à ce travail a été réalisé via la bibliothèque interuniversitaire (BIU) de Montpellier-Nîmes par le portail documentaire numérique. J'ai également bénéficié d'une formation à la recherche documentaire proposée par les bibliothécaires de la BIU.

La passerelle informatique permettait d'accéder à des bases de données universitaires (SUDOC), ainsi qu'à des catalogues de revues scientifiques (EM premium, PUBMED, Cochrane). L'équation de recherche était construite en termes MeSH, grâce à l'outil terminologique Cifmef.

La bibliographie des travaux déjà lus, permettait d'obtenir d'autres références et de faire évoluer l'équation de recherche.

Le reste de la bibliographie provient de sources anglo-saxonnes comme le *GMC* ou le *BMJ*.

III. La méthodologie

a. Type d'étude

Il s'agit d'une étude qualitative, prospective, descriptive, par entretien individuel semi-dirigé de médecins généralistes thésés et remplaçants thésés et non thésés du Gard, de l'Herault et du Vaucluse.

J'ai choisi d'intégrer des médecins généralistes non thésés dans mon étude afin d'agrandir mon échantillon et d'avoir une idée plus proche de la réalité concernant mon sujet de thèse.

Les participants ont été recrutés de façon directe (face à face ou téléphone). Tous les médecins contactés ont accepté de faire partie du projet de thèse, il n'y a eu aucun refus.

b. La recherche qualitative

Souvent mises à tort en opposition, la recherche quantitative et la recherche qualitative s'enrichissent mutuellement en soins primaires. Les outils quantitatifs de l'épidémiologie et des essais randomisés sont bien connus et utilisés mais

ceux-ci ne sont pas suffisants à l'exploration de l'exercice quotidien de la médecine(15). La recherche qualitative est appropriée lorsque les facteurs observés sont difficiles à mesurer objectivement. Cette approche est utilisée depuis quelques années dans la recherche en médecine générale. L'enquête est dite qualitative principalement en deux sens : d'abord, dans le sens que les instruments et les méthodes utilisés sont conçus, d'une part, pour recueillir des données qualitatives (témoignages, notes de terrain etc.), d'autre part, pour analyser ces données de manière qualitative (c'est-à-dire en extraire le sens plutôt que les transformer en pourcentages ou en statistiques). Le sens de la recherche qualitative est d'être proche des personnes, de leurs actions et de leurs témoignages. Dans cette étude, la recherche qualitative m'a paru la plus appropriée afin de pouvoir explorer le vécu des médecins généralistes, d'aborder le domaine de l'intimité avec eux dans le vaste domaine de l'auto-prescription.

J'ai décidé d'avoir recours à des entretiens individuels parce que le sujet de l'auto-prescription en médecine générale peut être délicat à aborder. En effet, il nous touche directement nous, médecins, et peut entraîner un sentiment de jugement négatif.

Le focus groupe qui a pour avantage d'être plus interactif (18) aurait pu, dans le cadre de cette étude, limiter la parole de ceux qui auraient tendance à être influencés par peur du jugement de leurs confrères.

c. Analyse phénoménologique : Méthode de Peirce

La méthode sémio-pragmatique a pour objectif de « faire émerger l'essence des phénomènes à partir de l'analyse de l'expérience vécue »(16). L'étude d'un corpus selon trois modes d'être, appelée catégorisation sémiotique, met en lien des expériences afin de produire du sens. La méthode consiste, par le repérage d'indices textuels (grammaticaux, rhétoriques, orthographiques et non verbaux), à découper chaque verbatim en unités de sens, afin d'effectuer pour chacun une catégorisation sémiotique ou universelle selon l'un des modes d'être :

- Préméité (1) / qualisigne : Signe de qualité : le sentiment spontané, le ressenti, la donnée sensorielle. Catégorie de la vie émotionnelle, du sensible.

- Secondéité (2) / sinsigne : Signe de fait : constat individuel, expérience concrète, fait, action-réaction. Catégorie de la vie pratique, expérientielle.

- Tercéité (3) / légisigne : Signe de loi : Généralité, principe, symbole, essence. Catégorie de la vie intellectuelle.

Peirce considère que trois catégories sont nécessaires et suffisantes pour décrire les différents « modes d'être » de la pensée considérée comme un signe ; il les considère comme les trois « univers de l'expérience ». Ces catégories s'organisent selon une architecture logique à partir des relations qu'elles entretiennent entre elles : 3, présuppose 2, qui présuppose 1.

Ainsi, l'organisation de tous ces éléments sémiotiques et leur ordonnancement logique produit un sens émergent global pour chaque verbatim : c'est la restitution du sens dans un texte synthétique

d. Grille de lecture COREQ (Annexe 2)

La grille de lecture COREQ a été un des supports de notre étude. Elle est le résultat d'une méta-analyse de l'ensemble des grilles de lecture de la littérature publiée en 2007 dans l'International Journal of Quality in Healthcare. Elle définit 32 critères de qualité (Annexe 2).

Dans cette analyse, 31 des 32 critères de qualités ont donc été respectés.

Le critère non respecté était défini par ;

- L'absence de retour de transcription des données pour d'éventuels commentaires ou corrections ; en effet, je ne revenais pas après entretien vers les interviewés afin de leur soumettre le résultat de mon analyse, probablement par manque de temps.

IV. Réalisation d'un guide d'entretien

Nous avons élaboré un guide d'entretien permettant de répondre à l'objectif principal de cette thèse qui était de rechercher une influence de l'auto-prescription dans la pratique quotidienne du médecin généraliste notamment dans le domaine des pathologies ORL aigues.

Il y avait tout d'abord une présentation générale du sujet pour ne pas influencer le médecin généraliste. Nous avons insisté dans cette introduction sur l'importance de la bienveillance et du non-jugement quant au fait de l'auto-prescription. Il était rappelé que nous avons conscience que les pratiques étaient propres à chacun, les expériences sont personnelles et que les recommandations ne sont pas toujours évidentes à suivre dans certaines situations.

L'entretien était individuel et semi dirigé, le but étant que l'interviewé développe librement sa pensée, en cadrant le discours grâce au guide d'entretien préalablement réalisé. Cela implique une attitude non-directive sans interrompre la personne interrogée.

Toutes les questions étaient des questions ouvertes afin de privilégier la spontanéité, laisser libre court au médecin et recueillir ainsi un grand nombre d'informations pertinentes. Concernant les relances, je me suis adaptée aux réponses de l'interviewé afin d'approfondir la question principale. Ce guide était composé de quatre questions.

La première question était d'ordre général "brise-glace", où nous demandions au médecin de nous parler l'auto-prescription.

Les deux questions suivantes se basent sur l'expérience, le vécu du médecin généraliste. L'une portait sur la dernière fois où le médecin a vécu une virose ORL. La deuxième amenait à faire identifier au médecin des situations influençant une prise médicamenteuse.

Enfin la dernière, posant la question de l'influence de l'auto-prescription sur sa pratique professionnelle.

J'ai choisi de recueillir les données sociodémographiques en fin d'entretien.

Insister sur les conditions de bienveillance et de non-jugement ainsi que de me présenter en début d'entretien leur permettait d'établir une relation de confiance.

Puis, il m'a semblé après les deux premiers entretiens que faire parler le médecin généraliste sur des questions générales le concernant (année de validation de la thèse, expériences professionnelles, année d'installation, mode d'exercice) dès le début, avant les questions propres à mon objet de recherche, permettait de le mettre en confiance.

Guide d'entretien (Annexe 1)

Bonjour,

Je m'appelle Constance et je souhaiterai échanger avec vous sur l'auto-prescription des médecins généralistes et savoir si cela a une influence sur les pratiques professionnelles.

La plupart des médecins en France sont leur propre médecin traitant et cette situation m'interpelle.

Cet entretien se déroulera en toute bienveillance, et, mon objectif est de recueillir un maximum d'informations sur la façon dont les médecins généralistes installés ou non, se soignent. Et quels retentissements il peut y avoir dans leur pratique professionnelle.

Avant de commencer, j'aimerais savoir, pourquoi la médecine générale et en quelle années avez-vous été thésé (si tel est le cas).

Pour étudier cet état de fait nous allons nous concentrer sur les tableaux infection ORL

Q1 : Que pensez-vous de l'auto-prescription chez les médecins généralistes ?

Q2 : Vous rappelez-vous la dernière fois que vous avez eu une virose ORL, comment l'avez-vous vécu ?

Relance : comment l'avez-vous vécu ?

Relance : Qu'est-ce qui vous a le plus embêté ?

Relance : comment vous êtes-vous soigné ?

Relance : Avez-vous pris des médicaments ?

Q3 : Identifiez-vous certaines situations qui seraient propices à vous faire prendre certains médicaments ?

Q4 : Pensez-vous que tout ce dont on vient de parler peut avoir un impact sur votre pratique ?

V. Éthique

Mon étude n'était pas concernée par les dispositions de la loi dite "Jardé" modifiée en 2016(17) ; en effet, l'avis du Comité de Protection des Personnes n'a donc pas été demandé.

VI. Population, recrutement pour l'étude

La population interrogée et étudiée était des médecins généralistes installés et remplaçants, thésé ou non. Il n'y avait pas de critère d'exclusion. Le recrutement a été réalisé par réseaux de connaissances professionnelles et sur la base du volontariat. La participation à cette étude de médecins remplaçants était une force, car elle permettait l'apport d'une vision différente des pratiques en

comparaison aux médecins généralistes installés. Elle permettait par ailleurs de diversifier mon échantillon.

Tous les médecins interrogés avaient suivi une formation médicale française.

VII. Les entretiens : Déroulement, recueil des données, retranscription et analyse

13 entretiens ont été enregistrés de juillet 2020 à novembre 2020. Les sujets avaient libre choix du lieu d'entretien : Ils ont été réalisés sur leur lieu de travail, à leur domicile, ou bien par visio suite à la pandémie COVID-19.

L'anonymat leur était assuré et leur consentement oral était demandé en début d'entretien pour l'enregistrement et l'utilisation des données dans le cadre de ma thèse.

Mon téléphone, en fonction dictaphone, était disposé en vue du sujet. Le guide d'entretien était disposé face à moi, ne servant qu'à lire les questions. Aucune note manuscrite n'était prise durant l'entretien, afin de garder un contact visuel avec l'interviewé, et d'instaurer un climat propice à la discussion.

Les entretiens étaient secondairement retranscrits dans leur intégralité, en rapportant notamment la communication non verbale (pause, sourires, gestuelle, intonation). Le verbatim recueilli n'était pas relu par l'interviewé ni envoyé à celui-ci.

Chaque entretien a été analysé selon la méthode suivante :

- Première lecture flottante, intuitive, imprégnation du texte
- Lecture focalisée avec repérage d'indices textuels
- Découpage en unités de sens
- Catégorisation sémiotique de chaque unité selon l'un des modes "d'être"
- Ordonnancement logique
- Restitution du sens

Les entretiens étaient analysés au fur et à mesure. Au fil du temps, la méthode étant maîtrisée, je suis revenue sur les premiers entretiens afin d'en affiner l'analyse. Les entretiens ont été poursuivis jusqu'à la saturation des données (deux entretiens successifs n'amenant pas de nouvelle catégorie).

C. RÉSULTATS

I. Caractéristique de la population étudiée et des entretiens

13 entretiens semi-dirigés ont été menés chez des médecins généralistes dans le Gard et le Vaucluse entre juillet 2020 et novembre 2020. J'ai laissé le choix au sujet du lieu d'entrevue étant donné les conditions sanitaires du moment liés à la pandémie COVID19 ;

Ainsi 6 entretiens se sont déroulés par téléphone, 1 par Visio conférence, 2 à leur domicile et 4 sur leur lieu de travail. Tous ont été établis sur un créneau horaire fixé d'avance pour que le manque de temps ne soit pas un biais ou ne dégrade la qualité de l'entretien.

La saturation des données a été observée après le 11ème entretien. J'ai malgré tout poursuivi l'analyse au terme de 13 entretiens pour m'en assurer. La durée moyenne d'un entretien était de 17'18".

L'échantillon était essentiellement féminin avec 10 femmes et 3 hommes. La moyenne d'âge était de 36,5 ans variant de 28 à 58 ans.

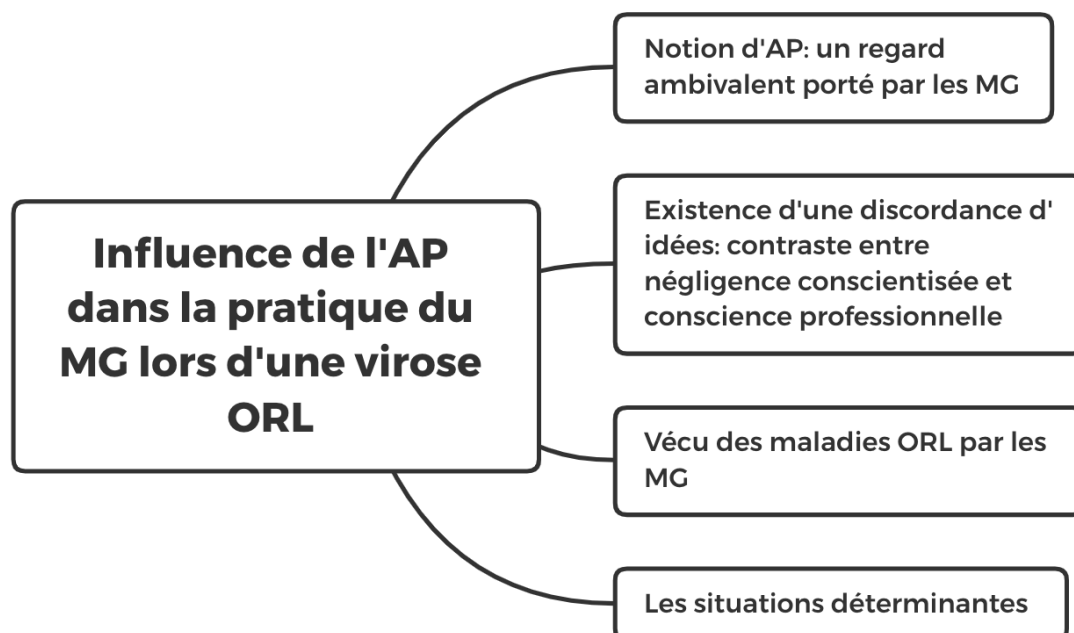
Ils exerçaient en groupe pluridisciplinaire pour 7 d'entre eux, mono disciplinaire pour 1 seul, 4 étaient de remplaçants non thésés et 1 était remplaçant thésé.

N°	Genre	Âge	Mode d'exercice	Lieu d'entretien	Durée
M1	Féminin	34	Pluridisciplinarité	Visio	15'00
M2	Féminin	51	Monodisciplinarité	Téléphonique	14'26
M3	Féminin	30	Remplaçant NT	Téléphonique	15'00
M4	Féminin	30	Remplaçant NT	Téléphonique	15'23
M5	Féminin	36	Pluridisciplinarité	Domicile	14'27
M6	Masculin	41	Pluridisciplinarité	Cabinet	14'18
M7	Masculin	29	Remplaçant NT	Téléphonique	13'30

M8	Féminin	32	Pluridisciplinarité	Cabinet	13'10
M9	Féminin	43	Pluridisciplinarité	Cabinet	20'08
M10	Féminin	28	Remplaçant Thésé	Domicile	27'21
M11	Féminin	29	Remplaçant NT	Téléphonique	12'50
M12	Féminin	33	Pluridisciplinarité	Téléphonique	15'08
M13	Masculin	58	Pluridisciplinarité	Cabinet	17'00

Tableau 2 : Données épidémiologiques

Figure 3 : Carte des axes principaux



II. Notion d'auto-prescription : Un regard ambivalent porté par les MG

Pour bien comprendre le comportement et l'influence des médecins en matière d'AP, il est important de savoir dans quel état d'esprit et dans quel contexte ces médecins utilisent l'AP.

a. Notion de facilité

Pour les sujets interrogés, la facilité de l'auto-prescription est quasi-unanime. Elle permet d'avoir accès rapidement et facilement aux médicaments et donc de gagner du temps chez ces professionnels de la santé qui ont très souvent un emploi du temps chargé ; ce gain de temps guide leur décision d'AP notamment pour des situations qu'ils considèrent comme bénignes. En témoigne par exemple les réponses suivantes :

« C'est un gain de temps sachant que l'on a un emploi du temps souvent chargé et on n'a pas le temps de consulter » (M8),

« C'est pratique parce que ça nous permet d'avoir accès à des choses sans perdre de temps. » (M4)

« De mon expérience pour les choses aiguës, je trouve que l'automédication reste quelque chose de confortable et de pratique ; (...) ça me fait gagner du temps » (M11)

b. Une aide, un outil diagnostique

L'AP est parfois vue comme un outil en cas d'errance diagnostique,
« Par le biais de l'auto-prescription j'ai pu savoir ce que j'avais en commençant par prendre le traitement » (M9).

Elle est également vue comme une aide, une avancée dans la prise en charge de la maladie :

Comme l'évoque M8 *« Ça peut permettre d'avancer un petit peu le travail avant de passer la main à un autre médecin si besoin ».*

La plupart des médecins acceptent de passer la main aux spécialistes lorsque cela est nécessaire, et grâce à leurs connaissances variées, ils peuvent démarrer les explorations par des imageries, des biologies afin d'écartier des hypothèses diagnostiques.

(M6) « Je me suis déjà bilanté sur des trucs, sur des douleurs qui trainaient. Je suis même allé voir un spécialiste une fois »

c. Différence d'approche entre pathologies aiguës et chroniques

Les médecins généralistes interrogés insistent sur la différence entre les domaines de l'aiguë et du chronique.

En effet, comme M11 le précise, *« J'insiste et je fais une vraie différence entre la pathologie bénigne et chronique »*.

Alors qu'ils montrent une aisance face aux connaissances et à la maîtrise des pathologies bénignes et aiguës,

M9 confirme ces propos en disant *« on est assez à même de savoir les traitements dont on a besoin, surtout dans les pathologies aiguës ORL »*, ils soulèvent une véritable problématique pour les pathologies chroniques.

Ils confèrent de ce fait une véritable place à l'AP dans l'aiguë et le bénin tandis qu'elle devient plus critiquée quand on s'engage dans le chronique.

« D'un côté je pense que pour des pathologies bénignes c'est quand même assez pratique (...) Après je pense que pour des pathologies potentiellement plus grave (...) c'est peut-être pas mal d'avoir un avis extérieur » (M8)

c.1 Association entre l'aiguë et le bénin

Dans la plupart des interviews je me suis aperçue que spontanément les sujets assimilaient la pathologie aiguë au bénin. Il s'agit pourtant de deux notions distinctes et bien connues en médecine générale, mais pour leur santé l'analogie existe.

Ils employaient le terme « bénin » pour définir les maladies infectieuses virales ou bactériennes ; *« Je continuerai de m'automédiquer sur des pathologies bénignes (...) comme une rhino, une bronchite, une gastro » (M8)*.

De fait, la plupart des pathologies aiguës couramment vues en cabinet de médecine générale sur lesquelles une prise en charge médicamenteuse rapide est permise sont considérées comme bénignes par les acteurs de santé :

« Après je ne te parle pas des angines et des choses bénignes comme ça » (M6)

« Pour les pathologies bénignes, il n'y a pas de soucis (...) de mon expérience pour les choses aiguës, je trouve que l'automédication reste quelque chose de confortable et de pratique » (M11)

c.2 Maîtrise des pathologies aiguës

L'AP trouve toute sa place dans les pathologies aiguës et se voit même être très appréciée et utilisée.

« Pour les pathologies bénignes courantes c'est quelque chose que je fais régulièrement » (M8)

« Je n'irai pas demander un avis pour de la pathologie aiguë, non » (M9)

« C'est bien pratique de pouvoir s'auto prescrire des choses surtout dans les pathologies aiguës. » (M4)

Les médecins interrogés m'ont confié leurs connaissances et maîtrise de l'aiguë. Ils estiment de ce fait être capable de se traiter pour ce genre de pathologie. En effet, étant les premiers à être confrontés à ces motifs de consultations, et connaissant l'évolution classique et majoritaire de ces dernières, ils en ont fait le tour de la question.

« J'ai l'impression de maîtriser et de ne pas prendre de risque particulier sur quelque chose comme une rhino, une bronchite une gastro, je ne vois pas l'intérêt de consulter » (M8)

« On est assez à même de savoir les traitements dont on a besoin, surtout dans les pathologies aiguës » (M9)

« Après on sait ce que l'on fait donc on ne fera pas n'importe quoi non plus normalement » (M7)

« Je ne vais pas prendre un rendez-vous chez un médecin pour une rhino alors que l'on a les connaissances » (M1).

c.3 Problème posé par les pathologies chroniques

Pour plusieurs médecins, toutes pathologies chroniques doivent faire remettre en cause l'AP. Même s'ils ne se l'interdisent pas complètement,

« Dans le chronique, je vais peut-être me renouveler ma pilule mais ça reste exceptionnel » (M12), ils évoquent tout de même l'idée d'instaurer un suivi médical.

Comme le précise M8 *« pour des pathologies potentiellement plus graves qui vont nécessiter un avis spécialisé c'est peut-être pas mal d'avoir un avis extérieur ».*

Ou bien pour M6,

« Ça serait mieux de consulter quelqu'un »

Le risque majeur évoqué pour ce domaine est le retard diagnostique ; les médecins ont tendance à toujours remettre à plus tard et prennent de ce fait des risques pour leur santé,

« Les médecins atteints d'une maladie chronique ne devraient peut-être pas être leur propre médecin traitant (...) ils remettent toujours à plus tard et prennent donc des risques pour leur santé » (M4)

« Quand il y a la frontière entre le côté bénin et le côté plus grave, il faudrait que l'on aille consulter et on le fait moins facilement parce qu'on a cette auto-prescription à portée de main » (M1)

d. Le MG à la place du patient

d.1 La confrontation des connaissances entre MG

A travers les interviews, j'ai souvent identifié un sentiment complexe mêlé de doutes, de craintes et d'embarras lorsqu'était évoqué une demande d'avis auprès d'un confrère.

« Aller voir un confrère pour soi en tant que généraliste ce n'est pas forcément évident » (M12).

Beaucoup de médecins généralistes voient le fait de demander un avis pour leur santé comme une confrontation des connaissances et celle-ci est mal vécue.

« Parce quelque part dans cette relation il y a le médecin qui est un peu le sachant et le malade. Même si cette relation tend à être de plus en plus égalitaire il y a quand même un delta qui du coup, là si moi je vais voir un généraliste on serait un peu au même niveau. Ça me met mal à l'aise » (M12)

Pour certains, elle met le confrère dans une position délicate comme en témoigne M5 *« Dans l'auto-prescription, tu ne mets pas un confrère dans la situation de te traiter. Parce que je trouve que c'est toujours délicat de traiter un confrère et finalement tu enlèves une épine du pied à ton confrère »*,

Pour d'autres la crainte d'un jugement rejailli, *« c'est une peur de ... je ne sais pas, peut-être de confrontation des connaissances. Dans la situation inverse je pense que j'apprécierai pas qu'un médecin vienne me consulter. J'aurai peur d'être jugé car on a les mêmes connaissances » (M7)*

Enfin il existe parfois un manque de confiance qui s'instaure à cause de ces connaissances :

« Confronter les connaissances avec l'autre médecin demande aussi de faire confiance à celui que l'on a en face, et ça n'est pas toujours le cas. Quand on consulte un autre médecin, vu que l'on a les connaissances on remet aussi plus facilement en question le diagnostic » (M1)

d.2 Attitude du MG face aux spécialistes

Alors que de consulter un généraliste quand il s'agit de leur métier semble être inconfortable, le recours au spécialiste est facilement envisageable :

« Je ne me vois pas aller chez quelqu'un qui fait le même métier que moi en fait, je ne sais pas c'est dur à dire mais un spécialiste ok, mais un généraliste c'est mon métier (...) Donc je continuerai à me prescrire des médicaments si ça ne relève pas de la spécialité » (M7)

Deux témoignages soulignent la nécessité de se positionner en tant que patient lambda lors d'une consultation médicale. Le statut de patient leur permet de se libérer de cette crainte du jugement.

« Aller voir un spécialiste, comme ça n'est pas mon domaine, c'est plus poussé ben moi je me positionne vraiment en patient » (M12)

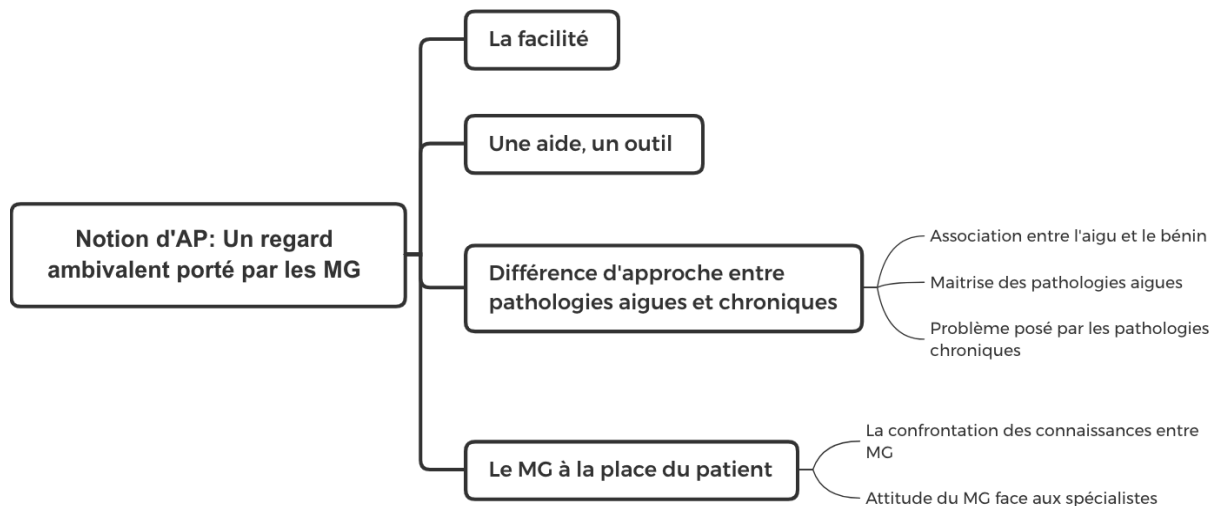
La spécialité médicale est présentée comme métier différent où ils peuvent questionner sans retenue :

« Pour aller plus loin encore quand j'ai eu mes enfants, tout de suite je les ai fait suivre par un pédiatre, pas parce que je ne veux pas d'une compétence de médecin généraliste mais parce que j'avais ce rapport ou je trouvais que c'était moins gênant de demander des trucs cons de maman à un pédiatre qui est un spécialiste qu'à un généraliste qui est mon égal » (M1)

Néanmoins, M2 souligne que ce statut de patient lambda n'est pas toujours obtenu même lors d'une consultation spécialisée car, selon elle, le comportement du spécialiste est influencé par son métier de généraliste. On retrouve alors cet inconfort précédemment cité :

« C'est le fait que souvent les spécialistes ne te fassent pas payer, et ça je trouve ça très gênant parce qu'ils prennent du temps pour leurs patients et moi je trouve gênant quand tu dois revoir quelqu'un plusieurs fois tu sais que tu lui prends du temps, c'est normal de payer ta consultation » (M2)

Figure 4 : Carte d'AP :



III. Existence d'une discordance d'idée : De la négligence conscientisée à la conscience professionnelle

Deux idées, bien que divergentes, sont souvent associées dans de nombreuses réponses émises par les médecins généralistes.

- a. Négligence conscientisée
 - a.1 Impression de bonne santé

L'impression et le ressenti de bonne santé contraste avec le fait que les répondants ne semblent pas faire de leur santé une priorité. Cette impression précédemment citée les guide dans leur prise en charge. Comme le confirme M2 « *Le fait que quand tu sais que ça n'est pas grave, tu as tendance à attendre quoi ! (...) c'est un ressenti* ».

Cette bonne santé ressentie justifie d'ailleurs, pour certains médecins, l'absence de suivi médical : « *Bon après je me dit quand même que je n'ai que 40 ans, je n'ai pas d'antécédent, si j'avais 15 ans de plus autant je verrais les choses différemment... C'est sûr même (rires)* »

« Et puis tu te dis bon ça va ça n'est pas un infarctus, ça n'est pas un cancer, ce n'est pas un truc grave je le sais ça pourra attendre, voilà » (M6)

La notion de connaissance de soi, donne de l'importance au bon sens ; *« On se connaît bien, enfin on est les mieux placé pour savoir ce qui est bon et ce qui nous correspond (...) Il y a aussi le bon sens qui joue dans l'automédication. On prescrit pour nos patients selon les recommandations HAS, moins pour nous » (M5)*

a.2 Désintérêt pour leur santé

On relève dans les interviews, un désintérêt global pour leur santé voire même une négligence assumée.

« Il peut y avoir une négligence de ma part parce que comme nous les médecins on n'est pas de bons médecins pour soi (rires), on peut passer à côté de quelque chose. On est moins inquiet » (M3)

M5 souligne une prise en charge inadaptée lorsqu'elle se traite ;

« Moi en auto prescripteur j'ai un peu fait ce qu'il ne fallait pas faire j'ai pris des médicaments qui trainaient dans ma pharmacie, évidemment pas jusqu'au bout (...) en gros j'ai fait n'importe quoi et le truc a dégénéré »

Certains médecins attribuent une partie de cette négligence à leur profession ; *« En médecine générale on est tellement confronté à des situations graves que sur soi on relativise et on minimise les faits. Si ça ne me paraît pas urgent j'attends » (M6)*

« Moi j'ai tendance à ne pas être inquiète pour moi et avoir même un comportement laxiste en ce qui me concerne (...) on est tellement confronté à des choses bien pire qu'on minimise, on relativise toujours plus pour soi » (M4)

Certains encore préfère ne pas savoir ; *« Je n'ai peut-être pas forcément envi de savoir ce que j'ai. Ça m'arrange. Et puis quand je vois que ça finit par passer et bien cela me rassure » (M4)*

Cette négligence consciente reste très critiquée par les médecins mais pleinement assumée ; M10 nous confiait cela : *« Je me dit que c'est moi et si un jour il m'arrive quelque chose ça sera même bien fait pour moi car je connais les conséquences de mes actes ».*

b. Conscience professionnelle : Impact sur le professionnalisme

Malgré cette première idée de négligence consciente qu'ils appliquent pour leur santé, celle de la conscience professionnelle face à un patient reste inébranlable, et même plusieurs fois soulignée par les médecins. Ils insistent sur leur changement d'attitude et de réflexion face à une tierce personne. Alors que certains d'entre eux introduisent la notion de responsabilité médico-légale lors d'une consultation, comme M5 quand elle dit :

« Là où je fais hyper attention pour mes patients, notamment les contre-indications chez moi je ne le ferai pas du tout (...) Je n'ai pas la même responsabilité, s'il m'arrive un truc tant pis pour moi. C'est sûr que je ne peux pas mettre mon patient en danger ».

Ou encore M1 :

*« Pour un patient on va plus le cadrer. Je ne prendrai pas le risque sur le plan médico-légal.
Sur nous-même on fait plus facilement n'importe quoi »*

D'autres insistent sur le respect des recommandations lors d'une prise en charge médicale ;

« Je pense que je réfléchis totalement différemment quand je me traite moi par rapport à mes patients. Pour les patients j'essaie de suivre les guidelines (...) Pour moi en revanche je vais m'adapter » (M6)

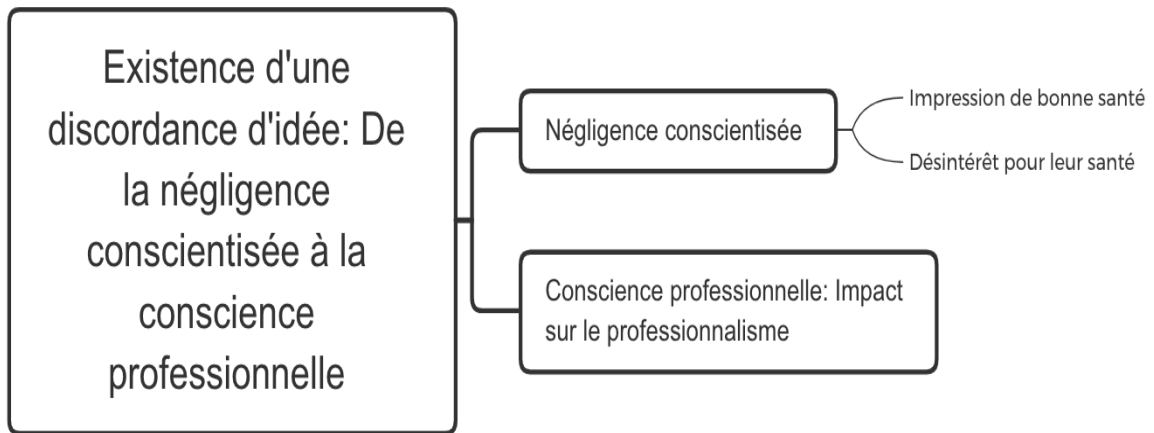
Il se dégage également de ces interviews un sentiment de bienveillance envers le patient ; *« Mes patients je les rassure quand il s'agit d'une virose ORL et je les informe des bons gestes à adopter. » (M4).*

Le mot « risque » est très souvent employé pour désigner la différence de prise en charge entre le professionnel de la santé et le patient ;

« Je me dis que c'est moi et si un jour il m'arrive quelque chose se sera même bien fait pour moi car je connais des conséquences de mes actes. Cependant jamais je ne ferai courir ce risque à quelqu'un d'autre surtout un patient » (M10)

« Je sais pour la cortisone que le risque existe mais qu'il est faible alors pour moi je suis prête à le prendre, pas pour mon patient » (M8)

Figure 5 : Discordance d'idées :



IV. Vécu des maladies ORL par les médecins généralistes

Les médecins ne sont pas en meilleure santé que le reste de la population, est parfois même plus exposés à certaines pathologies, notamment les pathologies virales aiguës via leur contagiosité et leur motif fréquent de consultation en médecine générale. Face à ces pathologies courantes, ils m'ont confié leur vécu lorsqu'ils en étaient atteints, et notamment dans le cadre professionnel.

a. Facteurs précipitants l'AP lors des viroses ORL

Les interviewés ont rapporté pour certains d'entre eux, développer une anxiété secondaire à l'installation d'une virose ORL. Celle-ci se met en place sous l'influence de facteurs bien identifiables. Ces facteurs vont guider parfois même précipiter les faits et gestes sur leur état de santé.

a.1 Une mauvaise image véhiculée aux patients

Face à l'installation des symptômes ORL, leur intensité et leur persistance, les médecins m'ont avoué se sentir déstabilisé face à l'image qu'ils pouvaient refléter.

En effet, comme le souligne M3, un sentiment d'inconfort et d'embarras se crée lorsque les symptômes sont sévères ;

« Quand j'avais vraiment beaucoup beaucoup de rhinorrhée parce que c'est un peu désagréable quand tu es au travail et que tu te mouches, les gens ils te regardent un peu (...) Voilà, le plus simple pour moi c'est de prendre un anti histaminique ça règle assez efficacement le problème » (M3)

Aussi, comme j'ai pu le constater les médecins ne laissent pas de place à la fatigue dans leur quotidien professionnel. Alors qu'ils adoptent au départ une attitude attentiste, face à l'enracinement des symptômes ces derniers finissent par bruler les étapes pour redorer leur image face au patient ; M5 le précise bien lorsqu'il dit ;

« Surtout quand ça ne passe pas. Quand je n'arrive pas à le faire partir. Vis à vis du patient, être un médecin malade, si elle ne sait pas se soigner elle est ce qu'elle saura me soigner moi ? Il fallait que je sois sur pied pour mon boulot »

Enfin selon M4, être malade laisse présumer d'un manque de professionnalisme par mise en danger du patient ;

« La plus embêtant c'est le regard des gens quand on se mouche sans arrêt. Ça ne fait pas très professionnel je trouve. J'ai toujours peur de le transmettre au patient et de le mettre en danger selon son état de santé alors que je suis censée le soigner ! (...) Je trouve que ça donne une mauvaise image au patient pas tant dans le fait d'être malade, cela peut arriver mais plutôt dans ce que va penser le patient sur mes compétence »

a.2 La surcharge de travail

La quasi-totalité des médecins généralistes ont un emploi du temps bien rempli, voire même saturé des semaines à l'avance. Face à ce rythme soutenu au quotidien, l'installation d'une pathologie virale crée chez certains d'entre eux une source d'angoisse.

Il y a la crainte de ne pas réussir à tenir la cadence ;

« Je pense que si je sais que je travaille et que c'est en période d'épidémie ou si je dois en voir 40 dans la journée je pense que je pourrai prendre des choses pour me faire tenir le coup » (M4)

Ou celle de passer à côté d'un diagnostic si les symptômes ne sont pas contrôlés, comme dit M8 :

« Si je travaille et que l'on a des grosses journées avec 35 patients à voir (rires) et que ça va être un peu plus sport, je vais plus souvent consommer (...) pour essayer de ne pas avoir mal au crâne d'être plus en forme et plus efficace dans mon travail.

Je pense que si je ne prends rien, je vais être moins patiente sur les choses bénignes, simples. Je vais peut-être enchaîner un peu plus vite les consultations car je ne vais pas bien, je suis fatiguée (...) Ce n'est pas le jour où je vais creuser sur la mise à jour des dépistages (...) Je vais être plus centré sur un motif et on ne va s'occuper que de ça aujourd'hui »

M1 quant à lui change de stratégie thérapeutique selon ses journées de travail ;
« Selon mon emploi du temps, quand je sais que j'ai beaucoup de boulot et que je tousse et que ça m'empêche de dormir, je prends (...). Ça effectivement je ne le fais que si je dois aller travailler le lendemain » (M1)

a.3 La mise en difficulté d'un confrère

Une idée a retenu mon attention dans ce travail ; Celle de M6 quand il explique que pour lui la mise en difficulté d'un confrère face à une charge de travail intense est plus difficile à gérer que la maladie. Cet élément l'incite à s'AP et à agir différemment.

Selon ses propos :

« Si j'ai une angine carabinée virale qui traîne un peu et que je suis seul toute la semaine je me mettrai sous amoxicilline même si ça n'est pas nécessaire. Parce que je sais que je ne peux pas m'arrêter comme je veux. Je ne veux pas mettre mon collègue dans l'embarras. Pour moi c'est plus compliqué à gérer que de se gérer soi-même. Je ne veux pas faire chier le monde. »

b. Diminution du contenu et de la qualité de la consultation

Les médecins interrogés rapportent, lors de viroses ORL, une impression de moins bien quant à la qualité de leur consultation. Ces derniers décrivent une baisse de vigilance et d'attention envers le patient détériorant le temps passé avec lui.

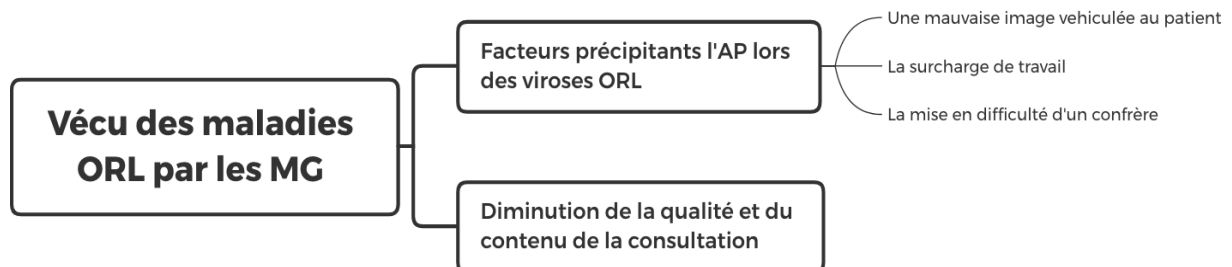
M10 rapporte « une perte de patience, trouble de l'attention, trouble de la concentration, l'anxiété de passer à cote de quelque chose de grave par manque de vigilance.

J'avais cette impression de ne pas être compétente (...) »

« Je suis toujours très dérangée de travailler en étant malade. J'ai l'impression d'avoir beaucoup moins de facultés qu'en temps normal. Je n'arrive pas bien à me concentrer et je suis très stressée de passer à côté de quelque chose de grave lors d'une consultation.

J'ai l'impression d'être moins attentive » M4

Figure 6 : Carte de vécu des maladies ORL par les MG :



V. Les situations déterminantes

Après m'avoir exposé leur avis quant à l'auto-prescription et me confier leur vécu lors d'une virose ORL, les médecins ont mis en lumière des situations déterminantes où l'auto-prescription influençait le professionnel de la santé dans sa pratique.

a. Familiarité avec la classe thérapeutique

L'auto-prescription influe sur le choix de la classe thérapeutique, comme le précise M9, par le biais de ses possibles effets indésirables. La mauvaise expérience d'un médicament incitera le médecin à ne pas le prescrire lors de ses consultations ;

« Effectivement à partir du moment où j'ai essayé le médicament, selon l'effet qu'il a eu sur moi je le prescrirai plus ou moins facilement à ma patientèle. En fait c'est plus dans le sens ceux qui ne m'ont pas réussi je vais plus avoir du mal à les prescrire »

Pour M2 c'est l'habitude qui prime dans ses prescriptions. Savoir qu'un médicament pour une ou plusieurs pathologies données agit sur son organisme, l'influencera dans son quotidien de prescripteur ;

« Si je reviens aux médicaments je vais avoir clairement avoir tendance à prescrire les médicaments que j'ai l'habitude de prendre, pour mes patients. Parce que je sais l'effet qu'ils ont sur moi. Clairement ».

Pour M10 *« Le vécu influence la pratique s'il s'agit d'une molécule qui nous ai familière, j'entends par là un médicament que l'on a l'habitude de prendre ».*

b. Identification du médecin à travers son patient

Certains médecins peuvent dans certaines circonstances s'identifier au patient. A travers cette identification allant de l'âge au stress causé par leur emploi, ils agissent pour leur patient comme ils le feraient pour eux. Ils insistent malgré tout sur le caractère exceptionnel de la situation.

M8 confirme en disant ;

« Il y a des gens quand même à qui je m'identifie, devant l'âge, les antécédents, et qui ne peuvent pas se reposer car il y a une échéance, alors (rires) c'est très rare mais ça pu m'arriver de leur mettre de la cortisone sur 2 jours »

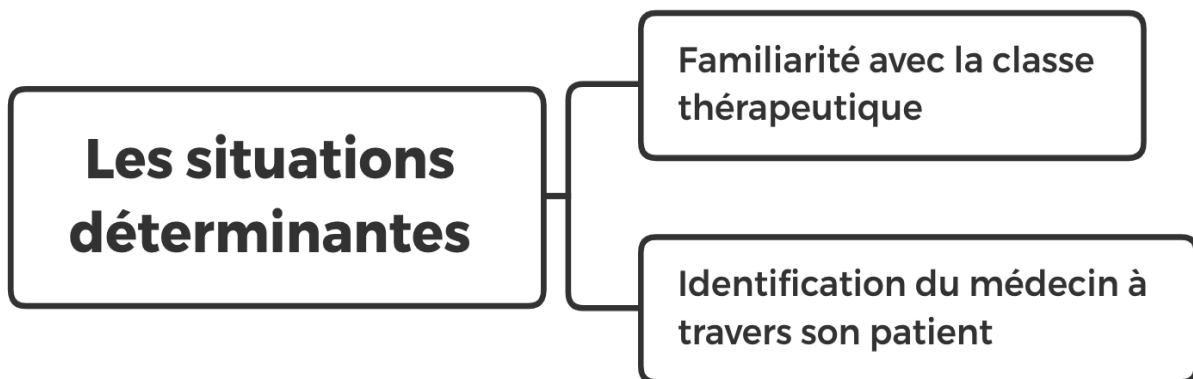
Elle rajoute en fin de citation : « Mais ça reste exceptionnel ».

A contrario, pour un d'entre eux, bien supporter la pathologie influence son abstention de prescrire.

Son vécu de la maladie l'incite à ne rien prescrire et informer seulement les patients :

« Et donc heu... oui je pense que le fait que moi je ne prenne pas de médicament et que je vois que ça se passe bien, influence ma prescription par ce que je me dis que ça va se très bien se passer pour eux aussi, il n'y a pas de raison que ça se passe mal ! » M3

Figure 7 : Carte des situations déterminantes



D. DISCUSSION

I. Principaux résultats

L'exploration des pratiques et du vécu des médecins généralistes face à l'auto-prescription et l'influence de cette dernière sur leur pratique professionnelle a permis l'émergence d'idées. Dans notre étude, tous les médecins généralistes étaient concernés par la thématique d'auto-prescription et tous sans exception se l'approprièrent. La négligence consciente contrastant avec la conscience professionnelle parfois teintée d'une identification circonstancielle, sont les éléments marquants de cette étude. On retiendra, d'une manière générale, que le médecin généraliste agit différemment pour son propre chef face à une impression de bonne santé qu'il développe suite à des consultations quotidiennement éprouvantes. Malgré cela, l'âge et les expériences communes peuvent conduire le professionnel de la santé à déroger sur certaines de ses habitudes.

a. Utilisation courante de l'auto-prescription

La place de l'auto-prescription chez les médecins généralistes reste, quel que soit leur mode d'exercice, unanime.

Des médecins ont rapporté des informations contradictoires les uns aux autres mais certains critères d'utilisation revenaient plus souvent que d'autres.

On retiendra notamment ;

- Les **pathologies aiguës qu'ils considèrent comme bénignes** où la rapidité et la facilité d'accès thérapeutique sont au premier plan.

- Le **manque de temps** ; en effet ce dernier, lié à son activité souvent très chargée, prône l'auto-prescription grâce à sa rapidité d'accès.

- Les situations de **connaissances et de maîtrise** face au bénin ; les médecins se sentent à l'aise face aux pathologies couramment vues en cabinet de médecine générale et connaissent leur évolution, ils en ont fait le tour de la question. De ce fait, face à ce sentiment d'assurance, ils voient l'auto-prescription comme un droit et une pratique non risquée.

- Les **situations d'errance diagnostique**, où elle est considérée comme une aide, permettant de court-circuiter le système de soin et de pallier une perte de chance.

Il est important de souligner que l'approche entre auto-prescription et maladie chronique laisse les médecins soucieux.

Les maladies chroniques, moins bruyantes quotidiennement, font moins l'objet d'auto-prescription. De cette installation insidieuse et pauci symptomatique, il se dégage de la part des professionnels de la santé de la procrastination dont le risque majeur évoqué dans l'étude est le retard diagnostique.

De la procrastination émane alors une idée de négligence consciente.

b. Émergence d'une négligence consciente assumée

Les médecins généralistes interrogés ne font pas de leur santé une priorité. Cette négligence consciente très critiquée reste pleinement assumée par les soignants.

Ils la justifient par :

- Une **connaissance de soi et un bon sens assuré** ; cette impression les guide dans la prise en charge et les amène parfois à n'avoir aucun suivi médical. Parce qu'ils n'ont pas de symptômes ou bien que la situation traîne depuis un moment, il s'agit par déduction d'une situation bénigne.

Cette « politique de l'autruche » est également retrouvée dans le discours des « jeunes » médecins conduisant au deuxième motif :

- Leur **âge** ; Les professionnels de la santé interrogés présentaient tous un âge inférieur à 60 ans. Dans cette étude, les discours étaient donc orientés par leurs « jeunes âges » et leurs expériences.

Ces âges ne les intégrant pas dans un dépistage de masse et, face à l'absence d'antécédents médicaux, un suivi médical n'était pas jugé nécessaire. Néanmoins les sujets m'ont rapporté que l'interrogation se poserait une fois l'âge de 65 ans atteint.

Un autre aspect de la négligence consciente est marqué par :

- Un **manque de temps** à l'égard d'une demande professionnelle toujours plus importante. Face à la pénurie de médecins généralistes, les demandes de consultations affluent et les plannings se voient complets des semaines voire des mois à l'avance. Cette situation crée chez les professionnels de la santé un manque de temps dans leur vie privée et donc dans le domaine de la santé qui est de ce fait relégué au second plan.

- Un **relativisme sur eux même** face à des situations quotidiennes graves. Confrontés régulièrement à des cas préoccupants, un relativisme sur eux et leurs proches se développe entraînant une minimisation des faits.

Face à cette négligence consciente, la demande d'un avis auprès d'un confrère considéré comme bienveillant et salvateur laisse malgré tout le témoin en grande difficulté.

c. Rapport entre médecins généralistes

Nombre de médecins généralistes interrogés perçoivent le simple fait de demander un avis pour leur santé, auprès d'un confrère, comme une position stressante et embarrassante voire même parfois comme un jugement. Ce sentiment tire son origine de différentes situations :

- Premièrement, la **confrontation des connaissances médicales**. Dans ce scénario de confrontation, le médecin demandeur d'avis adopte d'une certaine manière la position de patient/ soigné et le médecin donneur d'avis celui de soignant. Il se dessine alors *un delta* de connaissances créant le malaise.

- Deuxièmement, un **manque de confiance**. Bien que les médecins soient tous formés de façon identique, la pratique et l'expérience peaufinent les connaissances, et permettent aussi de se les approprier en s'éloignant parfois des dernières recommandations. Cette situation, suivant leur propres pratiques et leurs habitudes d'exercice, peut faire remettre en cause un diagnostic et instaurer un doute.

On devine alors que la position du MG comme patient face à son homologue met en difficulté, et que celle du spécialiste apparaît comme plus légitime. En effet, le MG prend in fine son rôle de patient lambda, face à une spécialité médicale perçue comme un métier différent.

Pour autant, bien qu'il ne s'identifie pas aux médecins spécialistes, il arrive que les MG se confonde avec certains patients.

d. L'identification

Des circonstances d'identification existent et poussent le médecin à agir pour le patient comme pour lui. En effet, le médecin va développer un sentiment de **sympathie** envers son patient qui le conduira à réaliser son acte. A travers notre étude, ils insistent malgré tout sur le caractère exceptionnel de cette pratique.

Parmi ces situations on retrouve :

- L'**âge**, qui est le facteur le plus souvent énoncé par les professionnels de la santé interrogés. Cet « âge » crée un point commun, avec parfois des expériences communes, un parcours de vie similaire entre le médecin et le patient, développant un sentiment de « déjà vu » et par là même de sympathie, conduisant in fine à l'identification et agir pour l'autre comme il l'aurait fait pour lui.

- Le **stress**. Ce sentiment a été rapporté pour plusieurs occasions ; stress causé par l'emploi, par les échéances, ou face à une situation exceptionnelle. De nouveau, le médecin s'identifie et sort des sentiers battus, de ses pratiques professionnelles pour une intention plus personnelle.

On en déduit donc à travers cette identification que le professionnel de la santé agit de la même sorte pour lui et pour son patient.

En agissant ainsi le médecin va, selon le même raisonnement, prescrire au patient les mêmes traitements.

En découle le terme de préférences médicamenteuses. L'auto-prescription entraîne le médecin à choisir selon ses habitudes et son expérience, quels médicaments il va prescrire pour le patient.

e. Les préférences médicamenteuses

L'étude menée a permis à travers l'auto-prescription des médecins généralistes de retenir l'influence des préférences médicamenteuses dans la pratique professionnelle.

Cette influence est tirée de leur propre expérience face aux médicaments ;

- La **mauvaise expérience vécue** suivant la prise d'un médicament dissuadera de sa prescription par le médecin. Si elle ne le dissuade pas complètement elle relèguera le médicament en dernière intention de prescription.

- A contrario, l'effet « désirable » rapporté sur eux-mêmes dans telle ou telle pathologie, engendre une familiarité avec le médicament et le placera dans ses préférences médicamenteuses.

Il est important de souligner, après entretiens avec ces professionnels de la santé, et face à la multitude de médicaments disponible sur le marché en France, notamment dans les pathologies ORL que les médecins se réduisent seulement à quelques molécules actives ;

Ils ne vont pas chercher à essayer toutes les molécules disponibles. Si une molécule fonctionne sur eux, ils la prescriront.

f. Résultats rapportées aux pathologies ORL

J'ai choisi le thème des pathologies virales ORL compte-tenu de leurs diversités et de leurs récurrences en consultation de médecine générale. Ces viroses sont souvent décrites comme désagréables et, il me semblait intéressant de recueillir le vécu des professionnels de la santé face à ces pathologies ainsi que leur impact en consultation.

Il se dégage nettement une angoisse, secondaire à l'installation d'une virose ORL, poussant les médecins généralistes à s'auto-prescrire.

En effet, l'image du médecin malade déstabilise les interviewés et laisse présumer pour certains d'un manque de professionnalisme dans le contenu et la qualité de la consultation. Pour contrecarrer cet état somatique et psychologique, l'auto-prescription apparaît alors comme salvatrice. Elle influencera cependant dans certaines situations d'identification (âge, contextuel) ou de sympathie les prescriptions médicamenteuses.

II. A propos de la méthode

a. Points forts et originalité de l'étude

a.1 Sujet de recherche

Le thème abordé par ce travail est original et pertinent. En effet, peu d'études abordent ce sujet en médecine générale comme j'ai pu le constater. Le recueil de données en France, à ce sujet, reste pauvre. L'AP en médecine générale est couramment employée. Il m'a donc paru judicieux de traiter ce sujet qui concerne tous les médecins généralistes, pour savoir si oui ou non ils s'étaient posé la question de l'influence de l'AP dans leur pratique professionnelle lors des viroses ORL notamment.

Ainsi, tous les participants étaient intéressés car c'est effectivement une problématique de leur propre pratique quotidienne.

a.2 Choix de la méthode qualitative

Comme décrit dans la partie « Matériel et Méthodes » j'ai utilisé une méthode de recherche qualitative avec une analyse phénoménologique complétée d'une approche sémio-pragmatique.

Ce choix me paraît pertinent car la méthode qualitative permet d'analyser le ressenti des médecins sur le sujet étudié et les différentes influences de l'auto-prescription sur leur pratique professionnelle. Cette méthode de recherche permet donc de répondre à l'objectif de mon travail.

a.3 Échantillon étudié

La détermination de la taille de mon échantillon s'est faite selon le principe de « saturation des données ». Dès que les entretiens n'apportaient pas de nouveaux éléments par rapport aux entretiens déjà réalisés, j'ai arrêté l'intégration de nouveaux participants. La saturation des données a été observée après le 11^{ème} entretien. Ainsi j'ai atteint un total de treize entretiens pour renforcer la validité de l'étude.

L'échantillon analysé est considéré comme diversifié car il comportait à la fois des médecins généralistes installés et remplaçants, thésés et non thésés, permettant d'accroître les expériences et les vécus pour notre étude. L'étendue d'âge vient de surcroît renforcer la diversité de ce dernier.

Les profils variés des participants permettaient de tirer un grand nombre d'informations.

a.4 Le recueil des données

Pour le recueil des données, l'enregistrement des entretiens par la fonction dictaphone de mon téléphone portable a apporté une qualité d'attention, une écoute active et une prise de notes.

Ces entretiens se sont déroulés selon des conditions choisies par les participants, individuellement et sur des plages horaires déterminées par les professionnels de la santé, ceci a créé un climat de confiance.

J'ai veillé à retranscrire les entretiens le jour même, afin de rester la plus fidèle possible. Cette retranscription a été faite mot à mot avec une mise entre parenthèses des émotions, des tonalités ou encore de la gestuelle des interviewés.

Le guide d'entretien réalisé et sur lequel je me suis appuyée lors de chaque discussion a permis d'aborder tous les sujets souhaités avec chacun des participants sans oublier d'éléments, mais tout en leur permettant une liberté de parole.

Mon guide a été réfléchi et élaboré pendant plusieurs semaines avec l'aide de mon directeur de thèse avant d'être utilisé.

a.5 L'analyse des données

J'ai donc utilisé une analyse phénoménologique et sémio-pragmatique pour interpréter les données et faire une restitution de sens des entretiens. Cette méthode a eu pour avantage de permettre une liberté d'expression et une spontanéité des discours, éléments essentiels pour en tirer les résultats de mon travail suivant les objectifs fixés préalablement.

Il y avait un risque d'interprétation à chaque étape de l'étude, de la retranscription des verbatims en texte, jusqu'à l'obtention des résultats. Le double travail à chaque étape de l'analyse a permis de limiter le risque d'interprétation et donc les biais d'analyse.

b. Faiblesses et biais

b.1 Limites de l'étude liées à la méthode de recherche

L'utilisation de la méthode qualitative nécessite une qualification et un apprentissage de la méthode avant de s'y engager. Même si je me suis informée sur le sujet à partir de références partagées par mon directeur de thèse, il n'empêche que j'étais novice dans ce domaine. Ceci a pu de ce fait générer des biais et ainsi des résultats plus ou moins faussés.

b.2 Limites de l'étude liées aux recueils des données

· Constitution de l'échantillon

L'échantillon des treize participants que j'ai choisi ne permet pas une généralisation des résultats obtenus. Ceci était attendu de par le choix de la méthode. Le but n'étant pas d'extraire des vérités et d'extrapoler les données à une population générale.

On peut mentionner par ailleurs deux biais ; d'abord celui de la convenance, c'est-à-dire que le recrutement d'une partie des médecins s'est fait en interrogeant directement des médecins généralistes chez qui j'ai remplacé ou été en stage. Le second est le biais de sélection, le recrutement des médecins pour mon étude rapporte une moyenne d'âge de 36,5 ans ce qui n'est pas représentatif de la population générale.

- Déroulement des entretiens

Certains médecins qui me connaissaient mieux que d'autres, pouvaient se sentir plus à l'aise pour se confier. Même s'il est important de souligner que, j'ai tenté d'instaurer un climat de confiance et d'aisance auprès de tous les participants, de les mettre le plus à l'aise, de ne pas les juger, et de leur laisser le temps de parole nécessaire pour chaque réponse.

De plus, il faut mentionner le biais d'interprétation lié au choix par entretiens semi-dirigés, qui sont basés sur un dialogue principalement verbal, ce qui ne permet pas d'être totalement objectif.

En effet la retranscription est écrite et, même si elle se voulait la plus fidèle possible, entretien verbal ne peut pas être strictement identique à un entretien écrit.

- Biais lié aux participants

Au fil des entretiens, on peut s'apercevoir que les jeunes professionnels de la santé n'ont pas la même expérience, le même vécu, que le médecin généraliste après 25 ans de carrière. La notion « peur » de confrontation des connaissances diminue avec les années et l'expérience. Plus l'âge augmente et plus les connaissances passe au second plan.

Par ailleurs, la capacité du sujet à exprimer son ressenti, les mécanismes de défense qu'il a pu employer, le jugement qu'il a pu ressentir de ma part, ou les stratégies d'écoute et d'intervention utilisées (marque d'encouragement, reformulation, façon de questionner...), ont pu influencer ses propos.

b.3 Limites de l'étude liés à l'analyse des données

Même si les entretiens ont été retravaillés à l'aide de mon directeur de thèse, il n'empêche que l'analyse peut rester subjective et difficile à établir. Elle dépend donc de l'enquêteur, et est fonction de sa personnalité, de ses opinions ou bien de sa sensibilité. L'analyse aurait pu aboutir à une conclusion différente avec un autre enquêteur.

III. Comparaison des résultats à la littérature

Un Brief report du Journal of the American Medical Association (JAMA) édité en octobre 1998, portait sur l'auto-prescription des internes aux USA (18); Menée sur 4 catégories d'internes, il s'agissait d'une étude quantitative ; les internes restant anonymes, recevaient un mail portant sur leurs habitudes de prescription depuis leur première année d'internat. Pour chaque prescription il fallait préciser l'indication, la durée et la fréquence. Sur 389 mails envoyés, 83% de réponse, et finalement 313 sujets inclus révélant une pratique courante de l'auto-prescription dans cette catégorie.

Une autre étude publiée le 21 octobre 2005 et menée par l'équipe médicale de Erlend HEM en Norvège (19), portait sur l'auto-prescription des jeunes médecins. Il s'agissait d'une étude nationale, prospective et longitudinale durant les neuf années d'études.

Les participants, une cohorte de 631 professionnels, a reçu trois fois un questionnaire postal, à la fin de la première, quatrième et dixième année d'étude. Parmi les médecins utilisant des médicaments sur ordonnance, 90% (T1), 86% (T2) et 84% (T3) s'étaient auto-prescrits les médicaments.

En France, les études sur l'auto-prescription des médecins généralistes ne sont pas fréquentes, voire même inexistantes.

Certaines thèses d'exercices ont permis d'aborder le sujet, mais je n'ai pas retrouvé de publication récente.

IV. Perspectives

- a. Limiter l'auto-prescription voire l'interdire dans certaines situations
 - a.1 Contre indiquer le renouvellement d'ordonnance des maladies chroniques afin d'inciter un suivi régulier

Face à cette négligence consciente des médecins généralistes à propos de leur état de santé et d'une carence de suivi notamment pour les maladies ou les situations chroniques, l'idée d'interdire l'auto-prescription en particulier chez les sujets en situation d'ALD paraît judicieuse.

En effet, face à cette décision, le professionnel de la santé se verrait dans l'obligation de consulter afin d'avoir accès aux thérapeutiques et donc, dans un sens obtenir un avis objectif sur son état de santé.

a.2 Choisir un médecin traitant

En France, un médecin, qu'il soit généraliste ou spécialiste, urgentiste ou hospitalier peut être son propre médecin traitant. Cependant, et comme le montre notre étude, une négligence consciente se dégage chez la plupart des professionnels de la santé.

On pourrait alors envisager de contre-indiquer l'auto-déclaration "médecin traitant" afin d'inciter les médecins à consulter.

b. Établir un système de suivi par un médecin du travail comptant pour la formation continue.

L'idée de mettre en place un suivi médical, égal à certaines grandes entreprises, par la CPAM auprès des médecins généralistes de ville, par secteur, et comptant dans le système de formation continue pourrait être une piste intéressante pour motiver les médecins à consulter plus fréquemment. Ce suivi pourrait permettre de finaliser et valider la formation obligatoire conduite annuellement par les médecins.

c. Sensibiliser les étudiants en médecine sur l'importance d'un suivi médical en tant que professionnel de la santé

Bien que la formation en médecine générale, particulièrement dans le domaine du soi et de l'écoute, s'améliore de génération en génération par la mise en place d'atelier, de liens internet ou même de la mise à disposition d'une écoute active téléphonique ou présenteielle, on pourrait créer tout au long du cursus universitaire pendant l'externat puis l'internat une campagne de sensibilisation sur l'état de santé du médecin et l'importance de démarrer un suivi très tôt, psychologique et somatique. Les étudiants en médecine ayant des revenus parfois limités, le libre accès à une psychologue intégrée dans les murs de la faculté pourrait être une piste à explorer.

E. CONCLUSION

L'auto-prescription médicamenteuse, vaste domaine restant cependant encore très flou et peu abordé au XXIème siècle en France, influence le médecin généraliste dans sa pratique professionnelle à travers de nombreuses situations.

Par le biais de l'auto-prescription se dessine assez clairement le thème de la négligence consciente, pleinement assumée, des professionnels de la santé. Cette négligence assumée est unanime pour tous les médecins interrogés. Celle-ci met en écho l'importance des démarches de sensibilisation des jeunes médecins face à leur santé.

Malgré ce sentiment ancré de négligence consciente chez les sujets interrogés, celui de la conscience professionnelle face à un patient reste prédominant et même plusieurs fois souligné par les médecins. Ils insistent sur leur changement d'attitude et de réflexion face à une tierce personne, du moins la plupart du temps. En effet, certaines circonstances comme l'âge ou l'identification les poussent à agir différemment.

Cette analyse menée dans le domaine des viroses ORL a permis de mettre en lumière le développement d'une angoisse vécue par le médecin lors de l'installation de la virose et la mise en place d'une stratégie thérapeutique s'éloignant de ses pratiques professionnelles. Cette stratégie matérialisée par l'auto-prescription va alors influencer le soignant dans certaines circonstances notamment lorsqu'il développe de la sympathie pour son patient par le biais de l'âge, des expériences vécues ou face à une échéance source de stress intense.

De fait, pour qu'un parcours de soin, et un suivi régulier soit instauré chez ses professionnels de la santé et donc qu'une objectivité soit établie à leur égard, on pourrait envisager de contre indiquer l'auto-prescription lorsqu'il s'agit d'un renouvellement thérapeutique pour une maladie chronique et refaire le point sur la déclaration de médecin traitant.

Une étude à plus grande échelle pourrait davantage retenir l'attention des médecins généralistes face à leur santé quel que soit leur âge.

Prendre le temps de se soigner correctement semblent être le point majeur pour limiter l'auto-prescription chez les médecins généralistes.

F. BIBLIOGRAPHIE

1. Diarra A. Cours 13 - Pharynx-Larynx. :10.
2. Claeys PS. DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN CHIRURGIE DENTAIRE. :84.
3. SPF. Observatoire Hivern@le - KhiObs : surveillance épidémiologique des pathologies hivernales de la sphère ORL chez l'enfant en France [Internet]. [cité 25 janv 2021]. Disponible sur: /notices/observatoire-hivern-le-khiobs-surveillance-epidemiologique-des-pathologies-hivernales-de-la-sphere-orl-chez-l-enfant-en-france
4. CMIT. ECN PILLY: maladies infectieuses et et tropicales. Place of publication not identified: MED-LINE EDITIONS - EDUC; 2017.
5. Otite moyenne aiguë | AP-HM [Internet]. [cité 25 janv 2021]. Disponible sur: <http://fr.ap-hm.fr/site/orl-pediatrique/pathologies/otologie/otite-moyenne-aigue>
6. CMIT. ECN PILLY: maladies infectieuses et et tropicales. Place of publication not identified: MED-LINE EDITIONS - EDUC; 2017.
7. CMIT. ECN PILLY: maladies infectieuses et et tropicales. Place of publication not identified: MED-LINE EDITIONS - EDUC; 2017.
8. Item 146 (ex item 77) : Angines de l'adulte et de l'enfant et rhinopharyngites de l'enfant. :28.
9. Sémiologie ORL: Otite moyenne aigue [Internet]. [cité 25 janv 2021]. Disponible sur: <https://moodle.umontpellier.fr/mod/page/view.php?id=57078>
10. Pilly E, Épaulard O, Le Berre R, Chirouze C, Collège des universitaires de maladies infectieuses et tropicales (France). ECN.Pilly 2020: maladies infectieuses et tropicales : prépa. ECN, tous les items d'infectiologie. 2019.
11. Prestation médicale d'un médecins prodiguée à lui-même - Conseil - Ordre des médecins - Ordomec [Internet]. [cité 3 juin 2020]. Disponible sur: <https://www.ordomec.be/fr/avis/conseil/prestation-mdicale-d-un-mdecins-prodigue-lui-mme>

<https://www.ordoclic.fr/2020/01/07/titres-autorises-sur-une-ordonnance-medicale/>

12. Conditions imposed after self-prescribing | AJP [Internet]. [cité 25 janv 2021]. Disponible sur: <https://ajp.com.au/news/conditions-imposed-after-self-prescribing/>
13. Services D of H& H. Medical practitioners and lawful treatment [Internet]. Department of Health & Human Services; [cité 24 févr 2021]. Disponible sur: <https://www2.health.vic.gov.au:443/public-health/drugs-and-poisons/health-practitioners/medical-practitioners>
14. Moberly T. Physician, don't heal thyself: the perils of self prescribing. *BMJ*. 8 déc 2014;349:g7401.
15. Aubin-Auger I, Mercier A, Baumann L, Lehr-Drylewicz A-M, Imbert P. Introduction à la recherche qualitative. 19:4.
16. Oude-Engberink A, Lognos B, Clary B, David M, Bourrel G. The phenomeno-pragmatic analysis: a relevant method for qualitative research in health care. *Vo U M E*. :8.
17. LOI n° 2012-300 du 5 mars 2012 relative aux recherches impliquant la personne humaine (1). 2012-300 mars 5, 2012.
18. Christie JD. Prescription Drug Use and Self-prescription Among Resident Physicians. *JAMA*. 14 oct 1998;280(14):1253.
19. Hem E, Stokke G, Tyssen R, Grønvold NT, Vaglum P, Ekeberg Ø. Self-prescribing among young Norwegian doctors: a nine-year follow-up study of a nationwide sample. *BMC Med*. 21 oct 2005;3(1):16.

G. ANNEXES

I. Guide d'entretien

Q1 : Que pensez-vous de l'auto-prescription chez les médecins généralistes ?

Q2 : Vous rappelez-vous la dernière fois que vous avez eu une virose ORL, comment l'avez-vous vécu ?

Relance : comment l'avez-vous vécu ?

Relance : Qu'est-ce qui vous a le plus embêté ?

Relance : comment vous êtes-vous soigné ?

Relance : Avez-vous pris des médicaments ?

Q3 : Identifiez-vous certaines situations qui seraient propices à vous faire prendre certains médicaments ?

Q4 : Pensez-vous que tout ce dont on vient de parler peut avoir un impact sur votre pratique ?

II. Grille de lecture COREQ

Numéro

Item

Guide questions

Domaine 1 : Equipe de recherche et de réflexion

Caractéristiques personnelles

•

Enquêteur / animateur

Quel auteur a mené l'entretien individuel ?

•

Titres académiques

Quels étaient les titres académiques du chercheur ?

•

Activité

Quelle était leur activité au moment de l'étude ?

•

Genre

Le chercheur était-il un homme ou une femme ?

•

Expérience et formation

Quelle était l'expérience ou la formation du chercheur ?

Relations avec les participants

•

Relation antérieure

Enquêteur et participants se connaissaient-ils avant le commencement de l'étude ?

.

Connaissances des participants au sujet de l'enquêteur
Que savaient les participants au sujet du chercheur ?

.

Caractéristiques de l'enquêteur
Quelles caractéristiques ont été signalées au sujet de l'enquêteur/animateur ?

Domaine 2 : Conception de l'étude

Cadre théorique

.

Orientation méthodologique et théorie
Quelle orientation méthodologique a été déclarée pour étayer l'étude ?

Sélection des participants

.

Echantillonnage
Comment ont été sélectionnés les participants ?

.

Prise de contact
Comment ont été contactés les participants ?

.

Taille de l'échantillon
Combien de participants ont été inclus dans l'étude ?

.

Non-participation
Combien de personnes ont refusé de participer ou ont abandonnées ? Raisons ?

Contexte

.

Cadre de la collecte de données
Où les données ont-elles été recueillies ?

.

Présence des non-participants
Y avait-il d'autres personnes présentes, outre les participants et les chercheurs ?

.

Description de l'échantillon

Quelles sont les principales caractéristiques de l'échantillon ?

Recueil de données

.

Guide d'entretien

Les questions, les amorces, les guidages étaient-ils fournis par les auteurs ? Le guide d'entretien avait-il été testé au préalable ?

.

Entretiens répétés

Les entretiens étaient-ils répétés ? Si oui, combien de fois ?

.

Enregistrement audiovisuel

Le chercheur utilisait-il un enregistrement audio ou visuel pour recueillir les données ?

.

Cahier de terrain

Des notes de terrain ont-elles été prises pendant et/ou après l'entretien individuel ?

.

Durée

Combien de temps ont duré les entretiens individuels ?

.

Seuil de saturation

Le seuil de saturation a-t-il été discuté ?

.

Retour des retranscriptions

Les retranscriptions d'entretien ont-elles été retournées aux participants pour commentaire et/ou correction ?

Domaine 3 : Analyse et résultats

Analyse des données

.

Nombre de personnes codant les données

Combien de personnes ont codé les données ?

.

Description de l'arbre de codage

Les auteurs ont-ils fourni une description de l'arbre de codage ?

.

Détermination des thèmes

Les thèmes étaient-ils identifiés à l'avance ou déterminés à partir des données ?

•
Logiciel

Quel logiciel, le cas échéant, a été utilisé pour gérer les données ?

•
Vérification par les participants ?

Les participants ont-ils exprimé des retours sur les résultats ?

Rédaction

•
Citations présentées

Des citations de participants ont-elles été utilisées pour illustrer les thèmes/résultats ? Chaque citation était-elle identifiée ?

•
Cohérence des données et des résultats

Y avait-il une cohérence entre les données présentées et les résultats ?

•
Clarté des thèmes principaux

Les thèmes principaux ont-ils été présentés clairement dans les résultats ?

•
Clarté des thèmes secondaires

Y a-t-il une description des cas particuliers ou une discussion des thèmes secondaires ?

SERMENT

- *En présence des Maîtres de cette école, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.*
- *Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.*
- *Admis (e) dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime.*
- *Respectueux (se) et reconnaissant (e) envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.*
- *Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois couvert (e) d'opprobre et méprisé (e) de mes confrères si j'y manque.*

Résumé :

Introduction : La prise en charge du médecin généraliste n'est pas abordée dans le cursus médical. Les médecins ne sont pas en meilleure santé que le reste de la population. L'auto-prescription médicamenteuse est autorisée en France, et, les médecins généralistes sont en majorités, lorsqu'il en déclare un, leur propre médecin traitant. Les viroses ORL très répandues en consultation, peuvent être très inconfortables. L'objectif de cette étude est de rechercher l'influence de l'auto-prescription en consultation notamment lors d'une virose ORL.

Méthode : Étude qualitative, prospective, descriptive, par entretien individuel semi-dirigé de médecins généralistes thésés et remplaçants thésés et non thésés du Gard et du Vaucluse. Une analyse phénoménologique a été menée, et les entretiens ont été poursuivis jusqu'à saturation des données. 13 médecins ont été recrutés entre juillet 2020 et novembre 2020.

Résultats :

Les médecins généralistes portent un regard ambivalent sur l'auto-prescription. Attirés d'une part par la facilité et la rapidité d'accès, ils émettent malgré tout des réserves à cette pratique notamment dans le domaine du chronique. Conscients de développer et entretenir une négligence assumée face à leur état de santé, ils soulignent en revanche l'importance de leur conscience professionnelle face aux soignés. Lors des viroses ORL, une impression de diminution du contenu et de la qualité de la consultation ainsi qu'une mauvaise image du soignant émerge, l'encourageant à s'auto-prescrire. A travers ce vécu, une situation d'identification et de sympathie peut influencer le médecin généraliste dans sa pratique.

Conclusion : L'auto-prescription médicamenteuse est un vaste domaine qui reste cependant encore très flou et peu abordé au XXIème siècle en France.

Cette étude a permis de mettre en lumière le développement d'une angoisse vécue par le médecin lors de l'installation d'une virose et la mise en place d'une stratégie thérapeutique pour sa santé s'éloignant de ses pratiques professionnelles. Cette stratégie matérialisée par l'auto-prescription va alors influencer le soignant dans certaines circonstances.

Prendre le temps de se soigner correctement semblent être le point majeur pour limiter l'auto-prescription chez les médecins généralistes en France.

Mots clés : Auto-prescription, médecin généraliste, viroses, automédication, influence.