

UNIVERSITE DE NANTES

FACULTE DE MEDECINE

Année 2011

N° 148

T H E S E

pour le

DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE

MEDECINE GENERALE

par

Gäidig STEPHAN

née le 21.05.1973 à Quimper

Présentée et soutenue publiquement le 08 novembre 2011

**CORTICOTHERAPIE ORALE EN CURE COURTE
DANS LES INFECTIONS ORL EN MEDECINE GENERALE :
Perceptions et déterminants de la prescription**

Président : Monsieur le Professeur Rémy Senand

Directeur de thèse : Docteur Lionel Goronflot

TABLE DES MATIERES

Abréviations	6
Introduction	7
Préambule	8
I - Les risques de la corticothérapie orale en cure courte	8
II - Place des corticoïdes oraux en cure courte dans les infections ORL	11
1. Pharyngites et angines.....	11
2. Laryngites aiguës.....	14
3. Rhino-sinusites aiguës.....	16
4. Otites moyennes aiguës (OMA) et otites séro-muqueuses (OSM).....	18
Méthode et population	20
Résultats	21
I- Perceptions des médecins généralistes	21
1. Image véhiculée par les corticoïdes en cure courte.....	21
2. Bénéfices escomptés en cure courte en ORL.....	21
3. Risques perçus lors de la prescription d'une cure courte de corticoïdes.....	22
3.1. Risque immunodépresseur.....	23
3.2. Risque lié à la répétition des cures courtes.....	24
3.3. Gastrotoxicité.....	24
3.4. Risque de décompensation d'un diabète.....	25
3.5. Risque de troubles psychiques ou psychiatriques.....	25
3.6. Effet freinateur sur l'axe corticotrope.....	25
4. Les infections ORL.....	26
5. Place de la corticothérapie dans les infections ORL.....	26
6. Les recommandations.....	27
II- Déterminants de la prescription	29
1. Facteurs liés au médecin.....	29
1.1. Volonté affirmée de soulager le patient.....	29
1.2. Inefficacité du paracétamol.....	29
1.3. Alternative aux AINS.....	29
1.4. Absence d'alternatives thérapeutiques.....	30
1.5. L'influence de l'expérience.....	30
1.6. L'expérience personnelle.....	30
1.7. Les habitudes de prescription.....	30

1.8. La pression du patient.....	31
1.9. L'incertitude diagnostique.....	31
1.10. Le parcours professionnel.....	31
1.11. La personnalité des médecins.....	32
2. Facteurs liés à l'infection.....	32
2.1. L'intensité des symptômes.....	32
2.2. Infections hyperalgiques.....	32
2.3. Infections récidivantes.....	32
2.4. Troubles fonctionnels majeurs.....	33
2.5. Infections résistantes à un premier traitement.....	33
2.6. Critères cliniques.....	33
2.7. Autres critères décisionnels spécifiques.....	33
3. Facteurs liés au patient.....	34
3.1. Le terrain.....	34
3.2. Le contexte socio-professionnel.....	34
3.3. Croyances et attitudes face aux infections ORL.....	34
4. Facteurs contextuels.....	35
4.1. Surcharge de travail.....	35
4.2. La pratique des ORL.....	35
4.3. Les facteurs socio-culturels et structurels.....	35
 III- Stratégies évoquées pour améliorer ses pratiques.....	 36
 Discussion	 38
 I- Discussion sur la méthode.....	 38
 II- Perceptions et déterminants de la prescription.....	 38
1. Facteurs liés au médecin.....	38
1.1. Perceptions et représentations des corticoïdes.....	38
1.2. Les habitudes de prescription.....	39
1.3. La pression de prescription.....	39
1.4. La personnalité.....	40
1.5. L'incertitude diagnostique.....	40
1.6. L'expérience professionnelle et personnelle.....	40
1.7. L'inefficacité du paracétamol et l'absence d'alternative thérapeutique....	41
2. Facteurs liés au patient.....	41
2.1. Croyances et attitudes face à la santé.....	41
2.2. Terrain, contexte socio-professionnel, événementiel et temporel.....	42
2.3. Les déterminants cliniques.....	43

3. Facteurs environnementaux.....	43
3.1. Les facteurs structurels et la surcharge de travail.....	43
3.2. Pratiques des confrères et des ORL et participation à la FMC.....	44
III- Etat des lieux bibliographique et référentiels.....	44
1. Etat des lieux bibliographique.....	44
1.1. Complications potentielles d'une corticothérapie en cure courte.....	44
1.2. Place des corticoïdes dans le traitement des infections ORL.....	45
2. Référentiels en vigueur.....	46
2.1. Diffusion et assimilation.....	46
2.2. Adhésion des médecins.....	46
IV- Axes d'amélioration des pratiques.....	47
1. Adéquation des pratiques aux référentiels en vigueur.....	47
2. Formation des médecins à la communication et à la non-prescription.....	47
3. Réflexion sur les modalités d'exercice libéral.....	48
Conclusion	49
Bibliographie	51
Annexes	56

Abréviations

- **ACTH** : Adrenocorticotropie Hormone
- **Afssaps** : Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé
- **AINS** : anti-inflammatoire non stéroïdien
- **BPCO** : broncho-pneumopathie chronique obstructive
- **CHU** : Centre Hospitalier Universitaire
- **EBM** : Evidence-based medicine
- **EBV** : Epstein-Barr Virus
- **EVA** : Echelle Visuelle Analogique
- **FMC** : Formation Médicale Continue
- **HbA1c** : Hémoglobine glyquée
- **IC** : intervalle de confiance
- **IM** : intramusculaire
- **IMC** : Indice de Masse Corporelle
- **IPP** : Inhibiteur de la pompe à protons
- **OMA** : otite moyenne aiguë
- **OR** : Odds Ratio
- **ORL** : Oto-rhino-laryngologie ou Oto-rhino-laryngologiste
- **ORLI** : ORL Inflammation
- **OSM** : otite séro-muqueuse
- **PMD** : psychose maniaco-dépressive
- **RR** : risque relatif
- **SNC** : système nerveux central
- **TNF** : tumor necrosis factor

Introduction

En 1949, la mise en évidence des «miraculeuses» vertus anti-inflammatoires des glucocorticoïdes dans la polyarthrite rhumatoïde valait, un an plus tard, à Hench, Kendall et Reichstein le Prix Nobel de Médecine et Physiologie. Cette distinction couronnait l'avènement de molécules qui allaient devenir, au fil des années, d'irremplaçables alliées pour le corps médical. Utilisés dans à peu près tous les domaines de la thérapeutique, en cures courtes ou en cures prolongées, les corticoïdes sont, à l'heure actuelle, prescrits quotidiennement en médecine générale.

L'utilisation de la corticothérapie en cure courte par voie orale est, en particulier, une pratique courante dans la prise en charge des pathologies infectieuses ORL. Selon une enquête réalisée par le groupe d'experts ORLI (1) en 2001, cela concernait 25,5% des médecins au minimum et 61 % au maximum, essentiellement pour les sinusites, les otites et la pathologie pharyngo-laryngée. D'après les résultats d'une enquête menée en Midi-Pyrénées, dans le cadre d'une thèse (2), cette prescription demeurait une pratique courante en 2008.

L'intérêt des corticoïdes oraux dans ce domaine est, cependant, largement débattu. Faute d'essais cliniques validant leur usage ou dégageant véritablement un consensus, une grande partie des indications actuelles repose sur des données empiriques. Dès 1994, l'une des références médicales opposables (3) portant sur les pathologies ORL indiquait qu'*il n'y avait pas lieu d'associer à l'antibiothérapie générale des corticoïdes, en dehors des laryngites striduleuses de l'enfant*. Un article publié dans la revue Prescrire en 2001 (4) confirmait cette directive, en condamnant l'usage courant des corticoïdes dans les infections ORL aiguës, compte tenu de l'absence de preuves scientifiques de leur efficacité et des complications certes rares mais possibles. Les recommandations de bonne pratique de l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé (Afssaps) publiées en 2005 (5) ne laissaient également aucune place à la corticothérapie dans les infections ORL, excepté dans les sinusites hyperalgiques où *l'utilisation des corticoïdes pouvait être discutée au cas par cas et dans certaines formes sévères d'angines à EBV*.

Comment expliquer une telle discordance entre les recommandations et les pratiques des médecins généralistes ? Quels sont les raisons et les déterminants de cette surprescription apparente et de la non-observance des référentiels ? Ce travail vise précisément à explorer les perceptions et les attentes des médecins généralistes vis à vis de la corticothérapie orale en cure courte dans les infections ORL, afin de mieux appréhender les déterminants de cette prescription. En préambule, nous allons préciser, à travers une revue de la littérature, la place et les risques de la corticothérapie orale en cure courte dans les pathologies infectieuses ORL.

Préambule

I- Les risques de la corticothérapie en cure courte

Les complications des corticoïdes en cure courte existent, même si elles sont rares. Tout prescripteur doit prendre en compte les risques liés à leurs effets immunodépresseur, psychiatrique, digestif, métabolique, oculaire..., dès qu'il administre une corticothérapie, aussi anodine puisse t-elle paraître.

- Les corticoïdes dépriment la réponse immunitaire en altérant les processus de phagocytose et de digestion cellulaire, en inhibant les migrations cellulaires vers le foyer inflammatoire et en réduisant les taux d'anticorps (6). Parmi les complications liées à cet **effet immunodépresseur**, il faut retenir les varicelles sévères, parfois hémorragiques, sous corticoïdes (2,7-11). Les enfants traités par corticoïdes, après une exposition au virus de la varicelle, peuvent ainsi voir le risque de dissémination de l'infection ou de surinfection bactérienne majoré. Plusieurs auteurs insistent sur le risque particulier que représente la corticothérapie prescrite durant la phase d'incubation de la varicelle. Dans une étude cas-témoin de forte puissance statistique, parmi les 6 cas de varicelle grave étudiés chez des malades sans immunodépression connue, la dose de corticoïdes utilisée variait de 0,5 mg/kg à 3,1 mg/kg de prednisone (ou équivalent) (4). Toutefois, aucune étude ne permet d'établir la dose et/ou la durée du traitement au-delà desquelles apparaîtrait ce risque (9). Les spécialistes de l'American Academy of Pediatrics et de la Food and Drug Administration recommandent néanmoins la prudence dans l'utilisation des corticoïdes chez les enfants exposés à la varicelle (10).

Par ailleurs, le rôle favorisant des corticoïdes dans l'apparition de cellulites cervicales nécrosantes aiguës à porte d'entrée pharyngée a été fortement suspecté par une équipe française en 1996. En effet, parmi les vingt cas observés dans le même service en 10 ans, cinq avaient été précédés d'une angine traitée par une antibiothérapie et des anti-inflammatoires (dont deux par corticoïdes, un par AINS et un par l'association des deux) (12,13). Les spécialistes américains de l'Infectious Diseases Society of America recommandent de ne pas utiliser de corticoïdes pour traiter les angines par crainte de favoriser des complications (12). L'Affsaps déconseille également leur prescription dans cette pathologie compte tenu de *risques notables* (5). En 1992, un groupe de travail sur l'utilisation des corticoïdes mentionnait notamment un risque accru de myocardite et d'encéphalite, en cas d'angine due à une mononucléose infectieuse traitée par corticoïdes (4,12). Dans une méta-analyse britannique réalisée en 2009, incluant huit essais randomisés, soit 743 patients traités par corticoïdes et antibiothérapie pour une angine, trois cas de phlegmon amygdalien ont été rapportés (14).

Dans le cadre d'une étude réalisée en 2004 sur l'efficacité et la tolérance de la prednisone administrée par voie orale pendant trois jours en adjonction à une antibiothérapie chez des patients ayant une rhinosinusite maxillaire aiguë, aucune complication infectieuse ou collection endosinusienne n'a été constatée parmi les 142 patients traités par corticoïdes (15).

Le risque infectieux lié à la corticothérapie est par conséquent difficile à évaluer. Les auteurs d'une méta-analyse regroupant 71 essais cliniques randomisés ont tenté de le quantifier, sur une période allant de 1960 à 1988, avec un total de 2111 adultes traités par corticothérapie durant 21 jours en moyenne comparés à 2087 patients contrôlés (9). Cette méta-analyse conclut à une augmentation statistiquement significative du risque infectieux lié à la corticothérapie : on observe 12,7 complications infectieuses pour 100 patients dans le groupe traité par corticoïdes, versus 8 dans le

groupe placebo, soit un risque relatif de 1,6 (IC : 95% : 1,3-1,8). L'augmentation du risque infectieux semble apparaître pour des doses quotidiennes supérieures à 20 mg par jour d'équivalent-prednisone. La durée de la corticothérapie nécessaire pour que survienne une immunodépression est, en revanche, inconnue. Les auteurs ont recherché un lien entre la survenue d'une infection et la dose et la durée de la corticothérapie, en définissant un nouveau paramètre : la dose cumulée de corticoïdes. Cette variable tient compte à la fois de la dose quotidienne et de la durée du traitement. La méta-analyse révèle que le risque infectieux augmente chez les patients ayant reçu une corticothérapie de plus de 700 mg d'équivalent-prednisone, avec un risque relatif de l'ordre de 2. L'utilisation répétée de cures courtes de corticoïdes pour des infections ORL fréquentes peut, par conséquent, exposer le patient aux risques d'une corticothérapie de longue durée. Les auteurs attirent l'attention des prescripteurs sur la prudence à avoir, avant de conclure que les seuils de 10 mg par jour d'équivalent-prednisone ou de 700 mg en dose cumulée constituent des « limites de sécurité » fiables, de nombreux autres facteurs (terrain, maladie traitée, traitements associés...) pouvant interférer et majorer le risque infectieux.

- La survenue de **troubles psychiques** ou de **décompensations psychiatriques** constitue l'un des effets secondaires les plus fréquents d'une corticothérapie. Le centre régional de pharmacovigilance de Toulouse et l'association des centres de pharmacovigilance ont identifié dans la base nationale française 95 notifications spontanées concernant 136 effets indésirables neuropsychiatriques, dont 15 cas graves, chez des enfants et des adolescents entre janvier 1994 et mars 2007 (16). Dans 75% des cas, l'effet est apparu durant la première semaine de prise.

L'existence de récepteurs aux stéroïdes au niveau du SNC explique la possible survenue de modifications de l'humeur et/ou du comportement lors de traitements par corticoïdes (7). Ces manifestations neuro-psychiques peuvent concerner une prescription de faible posologie et de courte durée. Ainsi, dans une indication banale de chirurgie dentaire, une brève administration de dexaméthasone a induit un épisode dysthymique et confusionnel chez une jeune femme de 18 ans, bien que les doses aient été minimales et le traitement extrêmement bref (17). La dexaméthasone est considérée comme ayant un effet psychostimulant supérieur à celui de la prednisolone, mais aucun glucocorticoïde ne met à l'abri de ses complications (17, 18).

Chez 75% des patients traités par corticothérapie, on observe des modifications mineures à type d'humeur euphorique avec logorrhée, disparition de la sensation de fatigue et insomnie modérée (18). Les accidents majeurs sont beaucoup plus rares (5% des cas environ) et réalisent des tableaux psychotiques aigus polymorphes, où prédominent tantôt la note thymique, maniaque ou dépressive, tantôt l'aspect confuso-organique associant des symptômes paranoïdes, hallucinatoires et affectifs. Le délai d'apparition de ces psychoses cortisoniques est variable, mais le plus souvent court (11 jours en moyenne) (18). Leur évolution est, dans la très grande majorité des cas, favorable après diminution ou arrêt de la corticothérapie, mais un traitement par neuroleptiques est parfois nécessaire. Des troubles hallucinatoires avec signes autistiques ont ainsi été décrits à J15 pour une posologie de 7 mg par jour de bétaméthasone prescrite pour une paralysie faciale (17). Un traitement par halopéridol a permis une régression totale en 40 jours.

Les antécédents psychiatriques personnels ou familiaux ne constituent pas des contre-indications à la corticothérapie, mais doivent inciter à la prudence dans le maniement des doses et faire rechercher les symptômes d'alarme avec une particulière vigilance. Il n'existe cependant aucun critère prédictif de la survenue de décompensations psychiatriques. Tout prescripteur doit, par conséquent, prendre en compte ce risque dès qu'il administre une corticothérapie, même apparemment anodine.

- Concernant les **effets gastro-intestinaux**, les corticoïdes ont une réputation défavorable et usurpée de médicaments gastrottoxiques, alors qu'ils sont les anti-inflammatoires les mieux tolérés par

la muqueuse digestive. Une méta-analyse de l'ensemble des essais randomisés en double aveugle publiés comparant la corticothérapie au placebo a permis d'estimer la prévalence des ulcères gastriques ou duodénaux à 0,4 % dans le groupe stéroïde (n=3335) et à 0,3 % dans le groupe placebo (n=3267), cette différence n'étant pas significative (19).

S'ils ne sont pas ulcérogènes, on les reconnaît responsables de gastrites, de colites, voire de perforations intestinales, en particulier sigmoïdiennes. La perforation est liée à une diminution des défenses de la muqueuse colique contre les agressions fécales. Les corticoïdes, en entravant les processus de réparation, favoriseraient la pénétration de la barrière muqueuse par des bactéries intestinales et l'invasion des structures avoisinantes. Ces complications digestives peuvent survenir pour des doses faibles et en début de traitement. Elles sont néanmoins peu fréquentes, lors des corticothérapies de courte durée. Ainsi, Gbetondji rapporte 2 cas de troubles digestifs en 5 ans de pratique, sur 964 patients traités par corticoïdes en cures courtes (20).

- Parmi les complications précoces d'une corticothérapie, on peut citer également l'**intolérance au glucose**, pouvant révéler ou décompenser un diabète. Les corticoïdes stimulent, en effet, la néoglucogenèse et induisent une insulino-résistance, en diminuant les possibilités de captation et d'utilisation du glucose par les tissus périphériques. De plus, ils inhibent la sécrétion de l'insuline (17,21).

En cas de déséquilibre chez un diabétique de type 2, la majoration des posologies des anti-diabétiques oraux est possible, mais l'efficacité des sulfamides hypoglycémiantes sur l'insulino-résistance induite par la corticothérapie est réduite. Une insulinothérapie temporaire peut être nécessaire. Chez un patient sous insuline, le schéma insulinique doit être optimisé (6,22). Les études cliniques semblent montrer que la probabilité de décompensation d'un diabète sous corticoïdes est plus faible, s'il est bien équilibré, avec un taux d'HbA1c inférieur à 6,5 %, et majeure, s'il excède 8 %, ce d'autant que l'âge et l'IMC sont élevés (22).

- L'**effet freinateur** de la corticothérapie **sur l'axe hypothalamo-hypophysio-surrénalien** est fonction du type de corticoïde utilisé, de la dose journalière, des modalités d'administration et de la durée du traitement, mais il existe de grandes variations individuelles (6). Une insuffisance surrénale doit être redoutée, même après des cures d'une dizaine de jours. Selon un ouvrage de référence sur les effets indésirables des médicaments, elle peut être observée même après un traitement quotidien par 15 mg de prednisone par jour durant une semaine (4). Elle est la conséquence soit de l'atrophie du cortex surrénalien après mise au repos par les corticoïdes, soit de l'absence de sécrétion d'ACTH au niveau hypophysaire. En général, l'insuffisance surrénalienne apparaît à des doses supérieures aux taux physiologiques, soit plus de 7,5 mg de prednisone par jour par voie orale. L'utilisation d'un corticoïde à demi-vie biologique courte permet de freiner au minimum l'axe corticotrope. L'horaire d'administration des corticoïdes a également une influence primordiale sur l'effet freinateur : il est près de deux fois plus prolongé lorsque le corticoïde est administré à 0 h au lieu de 8 h (17). La prescription doit donc toujours suivre le rythme nyctéméral du cortisol biologique.

Une étude s'est intéressée aux conséquences sur la fonction surrénalienne d'une corticothérapie générale à des posologies proches de celles parfois utilisées pour le traitement des sinusites, des polyposes ou des laryngites (23). Dans cette étude, une corticothérapie au moins égale à 25 mg par jour d'équivalent-prednisone, pendant 5 à 30 jours (médiane 12 jours) chez 75 patients, s'est traduite par une réponse anormale à un test à l'ACTH chez 34 patients (45 %). Cette réponse anormale n'était pas corrélée à la durée du traitement, ni à la dose quotidienne ou cumulée de corticoïdes. La réponse s'est normalisée chez 32 sur 34 patients, 14 jours après la fin du traitement. Deux patients ont conservé une réponse abaissée à l'ACTH, 3 et 6 mois après le traitement.

Chez l'enfant, l'administration de 1 mg/kg/jour de dexaméthasone, compte tenu de sa demi-vie biologique, bloque la sécrétion de cortisol pendant plus de 72 heures, mais l'effet est réversible immédiatement (17).

En cas de stress (infection, traumatisme, actes chirurgicaux,...), les risques cliniques associés à cette inhibition transitoire de l'axe corticotrope restent hypothétiques. Il convient néanmoins d'éviter la répétition de ces cures courtes à intervalles rapprochés (23).

- Concernant les possibles **complications oculaires**, l'augmentation de la pression intra-oculaire a été décrite dès les premiers jours de corticothérapie, mais il s'agit d'observations exceptionnelles survenant notamment en cas de myopie ou de glaucome (6,21). L'apparition d'une cataracte peut également compliquer les traitements courts. Ces observations concernent, dans tous les cas, l'adulte et le sujet âgé (6).

- Des **accidents immuno-allergiques**, à type d'urticaire, de réaction maculo-papuleuse et d'angio-oedème, peuvent survenir dans les premiers jours de l'administration des corticoïdes. Les notifications sont toutefois très peu nombreuses : quelques cas sur une dizaine d'années en ce qui concerne, par exemple, le bétaméthasone en goutte (6). En revanche, l'essentiel des publications sur le tixocortol, utilisé en traitement des douleurs pharyngées, font état de réactions allergiques (oedème cutanéomuqueux de la face, glossite décapillée, voire oedème de Quincke) (12).

- Par ailleurs, lors de l'administration de fortes doses de corticoïdes pendant une courte période, de rares cas d'**ostéonécrose de la tête fémorale** ont été rapportés (4,8, 11,24). Ainsi, une série de 15 adultes atteints d'ostéonécrose de la tête fémorale diagnostiquée plusieurs mois après une corticothérapie de courte durée a été publiée. Parmi ces 15 cas, 6 malades avaient reçu une corticothérapie durant 6 à 14 jours (40 à 70 mg par jour de prednisone ou équivalent) (4).

Au vu des risques précédemment cités et de leur gravité potentielle, on comprend qu'il n'y ait pas de corticothérapie anodine, d'autant plus que l'utilisation systématique des corticoïdes, lors d'infections ORL fréquentes, peut exposer le patient aux risques d'une corticothérapie au long cours (4,8). Une revue de littérature, réalisée entre 1985 et 2006 sur les effets secondaires des corticoïdes en cures courtes, semble indiquer qu'une cure d'une semaine, en l'absence de contre-indications spécifiques, ne présente pas de risques, exceptions faites des possibles complications psychiatriques (24). Les auteurs recommandent néanmoins de limiter la fréquence et la durée des cures de corticoïdes, ainsi que leur posologie, et d'informer les patients des risques potentiels et des éventuelles alternatives thérapeutiques.

II - Place de la corticothérapie orale en cure courte dans les infections ORL

1. Pharyngites et angines

L'utilisation de la corticothérapie en cure courte dans les angines est une pratique courante en médecine générale. Une enquête réalisée en 2008, dans le cadre d'une thèse, a révélé que les angines représentaient environ 1/3 des prescriptions de corticoïdes dans les pathologies ORL en ambulatoire (25). Une autre enquête de pratique, réalisée en Midi-Pyrénées en 2009, a mis en évidence que plus d'un médecin sur deux (57,3% des généralistes) prescrivait des corticoïdes oraux dans les angines, 67 % d'entre eux ayant néanmoins conscience du non respect des référentiels (2).

En effet, l'Afssaps, en janvier 2005, ne recommandait pas l'utilisation des corticoïdes par voie générale dans les angines, *en l'absence de données permettant d'établir leur intérêt* et en raison de *risques notables*. Ils pouvaient toutefois être indiqués dans certaines formes sévères d'angines à EBV. L'Afssaps précisait également que les corticoïdes n'étaient pas indiqués dans les rhino-pharyngites (5).

En juin 2004 déjà, la revue Prescrire condamnait l'usage des corticoïdes dans les angines, compte tenu de *l'évolution spontanément favorable de cette infection bénigne* et des *risques mal cernés dans ce contexte infectieux* pour une efficacité non démontrée (12). Ils citaient ainsi un essai de 2003 ayant comparé une corticothérapie orale (dexaméthasone 0,6 mg/kg) en dose unique versus placebo, chez 184 enfants âgés de 5 à 16 ans, présentant une angine aiguë. Le dexaméthasone n'avait pas réduit de manière statistiquement significative le temps nécessaire au soulagement de la douleur. Un autre essai randomisé ayant comparé le tixocortol versus placebo, chez 211 enfants âgés de 6 mois à 8 ans, ayant une rhino-pharyngite, n'a révélé aucune autre efficacité qu'une diminution de l'écoulement nasal. Leur revue de littérature n'avait, par ailleurs, identifié aucun essai comparatif randomisé ayant testé un corticoïde versus un autre antalgique pour le traitement de l'angine aiguë. Le paracétamol était, selon la revue Prescrire, l'antalgique de référence dans le traitement des maux de gorge, compte tenu de son innocuité et de son efficacité démontrée dans des essais versus placebo (diminution de l'intensité de la douleur de 30 à 50 % entre 2 et 5 h après la prise de 1 g). Les corticoïdes, en revanche, n'avaient pas leur place dans le traitement de l'angine aiguë.

Cependant, en 2005, un nouvel essai a mis en évidence l'intérêt des corticoïdes dans cette indication. Il comparait l'efficacité de la prednisone orale (60 mg/jour pendant 1 à 2 jours) versus placebo, chez 79 adultes pris en charge par des généralistes en Israël (26). Tous les patients âgés de 18 à 65 ans, présentant un mal de gorge sévère et au moins deux critères additionnels sur quatre (angine exsudative, dysphagie, fièvre, adénopathie) étaient invités à prendre part à l'étude. Le critère principal de mesure était la douleur, évaluée par une EVA à 12, 24, 48 et 72 h. Parmi les patients ayant reçu la prednisone, 27,5 % d'entre eux étaient complètement soulagés à la 12ème heure versus 2,6 % dans le groupe placebo ($p=0,006$) et 42,5 % d'entre eux ne souffraient plus à la 24ème heure versus 10,3 % dans le groupe placebo ($p=0,003$). Aucun effet secondaire n'a été rapporté lors de cette étude. Les auteurs ont conclu à l'efficacité d'une corticothérapie orale de courte durée pour réduire la durée de la douleur dans les angines aiguës.

En 2008, la revue Archives of Internal Medicine a publié une revue de littérature sur l'utilisation des corticoïdes dans le traitement des maladies infectieuses (10). A travers 7 essais randomisés en double aveugle versus placebo incluant 852 patients présentant une angine aiguë, ils ont mis en évidence un soulagement plus rapide des maux de gorge sous corticothérapie, le bénéfice étant, toutefois, limité à 24-48 heures. Dans le cas de pharyngites aiguës dues à une mononucléose infectieuse, 6 essais versus placebo révélaient une rémission douloureuse plus rapide sous corticoïdes, mais le bénéfice était modeste. Des complications graves (myocardite, encéphalite) ont, de plus, été rapportées au cours de mononucléoses traitées par corticothérapie (4,12). Celle-ci n'est, par conséquent, recommandée que lorsque l'hypertrophie des amygdales est telle qu'elle risque d'entraîner une obstruction des voies respiratoires.

En 2009, des chercheurs britanniques ont également évalué l'intérêt des corticoïdes dans l'angine par une méta-analyse des essais randomisés versus placebo (14). Les 8 essais inclus concernaient 743 patients dont 369 enfants. 348 (47 %) avaient une angine exsudative ulcérée et 330 (44 %) étaient porteurs de streptocoque bêta-hémolytique du groupe A. Les corticoïdes étaient administrés oralement dans 4 essais (dexaméthasone 0,6 mg/kg ou 10 mg, prednisone 60 mg/jour pendant 1 à 2 jours), en IM dans 3 essais (dexaméthasone 8 ou 10 mg, bétaméthasone 8 mg) et par les deux voies dans un essai. Tous les patients recevaient des antibiotiques. Les corticoïdes ont augmenté

significativement le taux de rémission douloureuse complète à 24 heures (4 essais) de plus de 3 fois (RR 3,2 ; 2-5,1) et à 48 heures (3 essais) avec une moindre ampleur (RR 1,7 ; 1,3-2,1). Dans 6 essais, ils ont réduit de plus de 6 heures (3,4-9,3) le temps moyen de soulagement de la douleur, avec toutefois une hétérogénéité significative entre les études. En revanche, les corticoïdes n'ont pas diminué l'absentéisme scolaire ou professionnel et les récurrences, dans les 3 et 4 études fournissant respectivement cette information. Aucun bénéfice n'a, par ailleurs, été observé chez les enfants. L'éditorial qui accompagne cette étude (27) en a souligné les faiblesses :

- les effectifs des essais inclus dans cette méta-analyse ne permettent pas de détecter d'éventuels effets indésirables rares
- ces essais ne concernent que des patients traités par antibiotiques
- les patients inclus dans ces essais ont majoritairement des angines sévères (ulcérées, exsudatives, bactériennes...), ce qui n'est pas le cas dans une population typique en soins primaires

Compte tenu de ces éléments, les auteurs recommandent aux médecins d'informer leurs patients de l'efficacité des corticoïdes en terme de soulagement de la douleur durant les 24 premières heures, d'admettre l'incertitude concernant les rares effets secondaires potentiels, puis de laisser le patient décider.

L'éditorialiste du Journal Watch Emergency Medicine considère, lui, que cette méta-analyse prouve l'intérêt d'une dose unique de corticoïdes oraux, dans les services d'urgences, chez les patients présentant une angine exsudative ou bactérienne à streptocoques (28).

Les résultats de cette méta-analyse incitent cependant à pousser plus loin l'évaluation des glucocorticoïdes, en particulier dans l'angine non traitée par antibiotiques.

En janvier 2010, la revue *Annals of Family Medicine* publiait une nouvelle méta-analyse réalisée par des chercheurs allemands, sur le même thème (29). Elle incluait 8 essais randomisés, comprenant 806 patients au total, dont 393 enfants. Les auteurs concluent également à l'efficacité des corticoïdes pour un soulagement plus rapide de la douleur dans les angines, que ce soit chez l'adulte ou chez l'enfant. Bien qu'aucun effet indésirable n'ait été observé lors des différents essais, ils recommandent néanmoins de mettre en balance les bénéfices de la corticothérapie et leurs risques potentiels. Il existe, selon ces chercheurs, des traitements en vente libre sûrs et efficaces pour les maux de gorge. Des études complémentaires sont nécessaires afin d'établir le bénéfice additionnel apporté par les corticoïdes, lorsqu'ils sont co-administrés avec ces traitements. Les auteurs estiment, en effet, que la prescription de corticoïdes pourrait contribuer à la surmédicalisation d'une pathologie le plus souvent bénigne. En outre, diminuer l'usage des antibiotiques dans les infections respiratoires hautes, constituant, à l'heure actuelle, un objectif majeur de santé publique, il paraît primordial d'établir l'innocuité des corticoïdes en l'absence de couverture antibiotique.

Les chercheurs canadiens, qui ont réalisé récemment une méta-analyse de 10 essais randomisés comparant corticoïdes et placebo dans les angines (30), jugent quant à eux l'efficacité de la corticothérapie modeste (ils réduisent en moyenne de 4,54 heures le temps moyen de soulagement de la douleur) et les résultats significativement hétérogènes (7,19 à 1,89 heures). Au vu de ces éléments, ils estiment que la corticothérapie ne doit pas constituer un traitement de routine dans les angines et que la prise de décision doit se faire au cas par cas en fonction du rapport bénéfice-risque.

Aucune étude comparative avec le paracétamol, l'antalgique de référence, n'a pu être identifiée dans cette pathologie.

2. Laryngites aiguës

La laryngite aiguë virale survient fréquemment chez les enfants jusqu'à l'âge de six ans environ. Deux tableaux sont souvent distingués :

. La laryngite aiguë striduleuse ou spasmodique qui survient brutalement au cours de la nuit et donne en règle générale un tableau clinique peu sévère dominé par une toux aboyante, une voix rauque et un stridor, la dyspnée étant absente ou du moins modérée. L'évolution en est le plus souvent spontanément régressive en quelques heures.

. La laryngo-trachéite virale ou sous-glottique donne, elle, une dyspnée de début plus progressif mais plus importante. Son évolution spontanée est habituellement favorable en 24 heures, mais parfois l'intensité de la gêne respiratoire peut nécessiter une hospitalisation (moins de 5 % des cas), voire très rarement une intubation (1 à 2 % des patients hospitalisés) (11, 31).

Depuis les années 1960, les corticoïdes sont utilisés dans le traitement des laryngites aiguës. Leur utilisation, dans cette indication, a longtemps été controversée, les divers articles référencés dans les revues internationales ne permettant pas de dégager un véritable consensus. Ainsi, en 2001, en se basant sur les résultats d'une méta-analyse de 24 essais randomisés réalisée par le réseau Cochrane, la revue *Prescrire* jugeait le bénéfice de la corticothérapie modeste dans les laryngites aiguës de l'enfant, d'autant plus que la guérison survenait le plus souvent en 24 heures sans traitement (11). La corticothérapie en dose unique permettait simplement d'accélérer légèrement la régression de la gêne respiratoire (gain moyen de 1,6 points à 6 heures sur un score de sévérité comportant 17 points au total). Les résultats de cette méta-analyse n'ont, par ailleurs, pas montré de différence d'efficacité statistiquement significative entre les différentes voies d'administration et entre les doses de dexaméthasone utilisées (0.15, 0.30 ou 0.60 mg/kg).

Les auteurs de la revue *Prescrire* ne tenaient cependant pas compte d'une autre méta-analyse de 10 essais randomisés réalisée en 1989, qui révélait une amélioration clinique rapide sous corticoïdes oraux ou intra-musculaires à 12 h (OR 2,25 (1,66-3,06)) et à 24 h (OR 3,19 (1,70-5,99)) (10). Les auteurs d'un article publié dans une revue de médecine interne en 1998 se basaient, en l'occurrence, sur les résultats de cette méta-analyse pour démontrer l'intérêt indéniable de la corticothérapie dans les laryngites sous-glottiques de l'enfant (32).

Diverses publications ont, par la suite, confirmé le bénéfice apporté par la corticothérapie, dans les formes modérées à sévères de laryngite (10,33). Cependant, la majorité des enfants vus en médecine générale ont des formes légères non dyspnéisantes. L'utilisation des corticoïdes, largement répandue en médecine générale dans cette indication (86,86 % des praticiens lors d'une étude réalisée en Midi-Pyrénées) est-elle réellement justifiée dans ces formes légères, dont l'évolution spontanée est rapidement favorable ?

Un essai comparatif randomisé dexaméthasone versus placebo, publié en 2004, a été mené dans 4 services d'urgences pédiatriques canadiens, chez 720 enfants présentant une laryngite légère, définie par une toux aboyante et un score \leq à 2 sur l'échelle de Westley (cf. annexe 1) (34). La dexaméthasone était administrée en prise orale unique de 0,6 mg/kg. Le critère de jugement principal était le recours à une nouvelle consultation au cours des 7 jours suivants l'administration du traitement. Le nombre d'enfants amenés pour une nouvelle consultation dans les 7 jours a été moindre dans le groupe dexaméthasone : 7,3 % versus 15,3 % sous placebo ($p < 0,001$). De plus, dans le groupe dexaméthasone, on a observé une résolution plus rapide des symptômes ($p = 0,003$), moins de sommeil perdu (2,9 heures contre 4,2 heures, $p < 0,001$) et de stress ressenti par les parents ($p < 0,001$). Aucun effet indésirable grave n'a été rapporté au cours de cette étude. Les auteurs en ont conclu que

l'utilisation d'une dose unique de dexaméthasone était justifiée dans toutes les formes de laryngites, en dépit des incertitudes quant aux effets à long terme de cures courtes et répétées de corticoïdes oraux.

Au vu de ces résultats, la revue *Prescrire*, en 2006, admettait *l'effet symptomatique de la dexaméthasone en dose unique sur la laryngite aiguë de l'enfant, sans l'exposer à des effets indésirables graves, ni fréquents* (35).

Une revue de littérature, publiée en 2008 dans une revue américaine de médecine interne, a confirmé que les corticoïdes diminuaient la durée des symptômes, à quelques exceptions près, chez les patients hospitalisés ou ambulatoires, que la laryngite soit légère, modérée ou sévère (10).

Une nouvelle méta-analyse du réseau Cochrane, réalisée en 2004, a contredit la précédente et mis en exergue l'efficacité des corticoïdes qui réduisent à la fois la durée d'hospitalisation, la durée des symptômes et le recours aux traitements annexes (25).

D'après une publication canadienne, la prescription systématique de corticoïdes chez l'enfant atteint de laryngite virale toutes formes confondues est communément admise au stade précoce de la maladie (33). Elle permet de réduire la sévérité des symptômes, les consultations répétées, le taux d'hospitalisation et les admissions aux urgences. Les corticoïdes ont également largement gagné le consensus au Royaume-Uni et aux Etats-Unis dans le traitement des laryngites aiguës, compte tenu de leur efficacité, de leur faible coût et de leur bonne tolérance.

Les auteurs d'un article publié dans *Lancet* en 2008 ont cherché à comparer les différentes voies d'administration, les différentes molécules et les différentes doses utilisées dans les multiples essais (36). Leurs conclusions sont les suivantes :

- La voie générale (orale ou intra-musculaire) est équivalente ou supérieure à la voie inhalée. La voie orale est aussi rapidement efficace que la voie intra-musculaire et doit donc lui être préférée. Les voies inhalée et intra-musculaire doivent être discutées chez les enfants qui vomissent, les enfants hypoxiques et en cas de dyspnée sévère, en association avec la voie générale.

- Concernant les doses recommandées, les résultats des différents essais semblent contradictoires. Quatre essais suggèrent qu'une dose de 0,15 mg/kg de dexaméthasone serait suffisante, alors qu'une méta-analyse de six essais conclut à un bénéfice supérieur en majorant les doses. La majorité des études ont néanmoins été réalisées avec une dose de 0,6 mg/kg de dexaméthasone.

- Une prise unique est recommandée, car les symptômes de la laryngite durent en moyenne trois jours et l'effet anti-inflammatoire de la dexaméthasone est de deux à quatre jours.

- La majorité des essais ont utilisé la dexaméthasone comme corticoïdes oraux. Deux essais ont comparé l'efficacité de la dexaméthasone et de la prednisolone (1 à 2 mg/kg). Les résultats sont contradictoires, l'un mettant en évidence la supériorité de la dexaméthasone en terme de recours à une nouvelle consultation, la seconde ne notant aucune différence entre les deux molécules, sur le même critère de jugement et sur la diminution du score de Westley, les vomissements étant toutefois plus fréquents sous prednisolone. La galénique de la dexaméthasone en France rend son utilisation difficile chez l'enfant. Par ailleurs, il existe très peu de données d'efficacité pour la betaméthasone, pourtant la plus utilisée en France (31).

Des pédiatres de Lille ont confirmé, dans un article récent, que la corticothérapie orale en prise unique était le seul traitement recommandé en ambulatoire pour les formes légères et modérées de

laryngite (31). Il serait cependant licite de ne rien prescrire en l'absence de dyspnée, la prise unique de corticoïdes n'étant pas indispensable dans ces formes minimales. Ils soulignent toutefois qu'il peut être difficile pour le médecin de ne rien prescrire, compte tenu du caractère extrêmement angoissant des laryngites virales pour les parents (début brutal nocturne, stridor). Il est, par conséquent, essentiel de prendre le temps nécessaire pour expliquer en détail ce qu'est la laryngite et pour rassurer, tout en exposant les signes devant amener à reconsulter.

L'indication de la corticothérapie demeure controversée dans les laryngites striduleuses ou spasmodiques spontanément résolutive en quelques heures. Théoriquement, la corticothérapie n'est pas indispensable, mais dans la pratique, une laryngite sous-glottique peut débiter comme une laryngite striduleuse. En outre, les récurrences seraient moins fréquentes sous corticoïdes par voie orale (7). En 1994, une référence médicale opposable (3) portant sur les pathologies ORL indiquait, d'ailleurs, qu' *il n'y avait pas lieu d'associer à l'antibiothérapie générale des corticoïdes, en dehors des laryngites striduleuses de l'enfant.*

3. Rhinosinusites aiguës

La rhinosinusite aiguë est une pathologie fréquente à l'origine de plus de 7 % des consultations en période hivernale. Les modalités de sa prise en charge ont fait récemment l'objet de vastes travaux et débats, permettant l'élaboration de recommandations officielles. En 2005, l' Afssaps affirmait, ainsi, que l'utilité des corticoïdes par voie générale ou locale dans les sinusites aiguës n'était pas démontrée et que leur utilisation pouvait cependant être discutée au cas par cas dans les formes hyperalgiques (5). Elle s'appuyait, en particulier, sur une revue de littérature réalisée par un groupe d'experts à Toronto en 1996, qui avait conclu, qu'en l'absence d'essai clinique, aucun argument en faveur d'un bénéfice de la corticothérapie dans la sinusite aiguë ne pouvait être avancé pour valider leur utilisation, alors que les risques étaient eux bien définis (2).

En outre, dans un modèle de sinusite expérimentale, un traitement par glucocorticoïdes associé à une antibiothérapie n'avait pas démontré d'avantages tant sur le plan microbiologique qu'histologique par rapport à la seule antibiothérapie (23).

De nombreuses enquêtes prospectives menées auprès de médecins généralistes révèlent pourtant des prescriptions de corticoïdes très fréquentes dans la pathologie sinusienne : dans près de 80% des cas de sinusite aiguë chez l'adulte, selon le groupe d'experts ORLI (1) et par 92 % des médecins lors d'une enquête réalisée dans le cadre d'une thèse de médecine en Languedoc-Roussillon (37). Les enquêtes ont, de surcroît, souligné que l'obstruction nasale et la douleur sinusienne étaient les principaux symptômes pour lesquels le consultant souhaitait un soulagement rapide (38, 39).

Compte tenu du rôle insuffisant et peu rapide de l'antibiothérapie sur la congestion nasale, la douleur et le drainage sinusien, des imprécisions, faute d'études disponibles, demeurent sur la place et le type de traitement complémentaire à prescrire. Aucune étude méthodologiquement satisfaisante n'a été identifiée pour confirmer l'intérêt des vasoconstricteurs locaux ou des antalgiques par voie générale souvent proposés dans cette affection. Les AINS, au travers de deux études, ne sont pas apparus assez efficaces pour les considérer comme traitement complémentaire à l'antibiothérapie dans la rhinosinusite aiguë (15).

L'intérêt de la corticothérapie en cure courte, de part son action anti-oedémateuse au niveau de l'ostium sinusien, demeure-t-il uniquement fondé sur l'expérience professionnelle ou dispose-t-on, à présent, d'études cliniques permettant d'en valider l'usage ?

Depuis le référentiel canadien de 1996, deux autres études ont évalué l'intérêt de la corticothérapie en cure courte dans le traitement des rhinosinusites aiguës. La première étude a été réalisée par le service d'ORL de l'hôpital Bichat et a concerné 417 patients randomisés présentant une sinusite maxillaire aiguë et recevant en plus de l'amoxicilline-acide clavulanique (500 mg 3 fois par jour) pendant 10 jours, soit méthylprednisolone (24 mg par jour) durant 5 jours, soit un placebo (40). Elle a mis en évidence une régression significative de la douleur crânio-faciale au 4^{ème} jour plus importante dans le groupe traité par corticoïdes : 25 % des patients présentaient toujours une douleur au 4^{ème} jour contre 36 % dans le groupe placebo ($p=0,016$). Les patients inclus avaient, toutefois, des formes probablement plus sévères de sinusite aiguë que celles rencontrées en médecine générale.

La deuxième étude, publiée en 2004, avait pour objectif d'évaluer l'efficacité et la tolérance de la prednisone administrée pendant 3 jours, en adjonction à une antibiothérapie chez des patients ayant une rhinosinusite maxillaire aiguë (15). Il s'agissait d'un essai multicentrique, randomisé en deux groupes parallèles, traitement versus placebo. Les patients inclus devaient présenter une douleur spontanée évaluée à 50 mm au moins sur une échelle visuelle analogique (EVA) graduée de 0 à 100 mm. Les 289 patients recevaient en plus du cefpodoxime pendant 10 jours, soit la prednisone (0,8 à 1,2 mg/kg/jour) pendant 3 jours, soit un placebo. Le critère principal d'efficacité était la moyenne des différences par rapport à la valeur de base de l'intensité de la douleur (MPID) évaluée sur l'EVA de J1 à J3. Les résultats montraient une différence statistiquement significative en faveur du groupe prednisone à la fois sur le MPID : -4,82 mm (IC 95 %, $p=0,03$), sur l'obstruction nasale (IC 95 %, $p=0,02$) et sur la consommation de paracétamol ($p=0,03$). L'action de la prednisone semblait d'autant mieux perçue que la réaction inflammatoire était importante, les bénéfices de la corticothérapie disparaissant avec le délai d'observation. La tolérance évaluée sur la durée totale de l'étude était comparable entre les deux groupes.

Là encore, cet essai, réalisé par des ORL, concernait des patients présentant une douleur à l'inclusion supérieure à 70 mm, en moyenne. Cette étude montre, par conséquent, clairement l'efficacité de la prednisone administrée durant 3 jours, dans le traitement des rhinosinusites maxillaires aiguës hyperalgiques, en adjonction à une antibiothérapie adaptée. L'intérêt de la corticothérapie dans les formes non hyperalgiques majoritairement rencontrées en médecine générale, reste donc à démontrer.

La société française d'ORL, au travers de recommandations de bonne pratique publiées en 2010, affirme d'ailleurs qu'une corticothérapie par voie générale associée à une antibiothérapie conforme aux recommandations de l'Afssaps peut être instituée sur une période de 3 jours, à raison de 0,8 mg/kg/jour équivalent-prednisone dans les formes hyperalgiques, dans le but de réduire l'oedème et de soulager la douleur (41).

D'autres études paraissent nécessaires afin de comparer la voie orale à la voie intra-nasale en spray, aux vasoconstricteurs oraux et locaux et au paracétamol. Seule une étude réalisée en 1990 avait montré la supériorité des corticoïdes par rapport aux AINS dans la sinusite aiguë en terme d'effet antalgique (délai d'apparition de l'effet antalgique plus précoce sous prednisolone : 28 heures versus 62 heures sous acide niflumique, $p<0,01$) (42).

Dans les rhinosinusites aiguës ne relevant pas d'une antibiothérapie, des études récentes suggèrent l'intérêt des corticoïdes locaux. Une récente méta-analyse du réseau Cochrane est en faveur de leur utilisation dans cette indication (43). Leur intérêt en association à une antibiothérapie ne peut être définitivement établi, compte tenu de biais méthodologiques. Des études complémentaires sont, par conséquent, nécessaires pour préciser les indications de ce traitement et sa place par rapport à la corticothérapie orale en cure courte, dans le traitement des signes fonctionnels des sinusites aiguës.

4. Otites moyennes aiguës (OMA) et otites séro-muqueuses (OSM)

L'utilisation de la corticothérapie est une pratique courante en médecine générale dans cette situation. Selon le groupe d'experts ORLI, les corticoïdes oraux sont prescrits dans la pathologie otologique dans près de 55 % des cas, adultes et enfants confondus (1). Lors d'une enquête de pratiques réalisée en 2009 en Midi-Pyrénées, près de 70 % des praticiens interrogés ont déclaré avoir prescrit une corticothérapie orale dans les otites au cours des six mois précédents (2).

Pourtant, la dixième conférence de consensus en thérapeutique anti-infectieuse de 1996 préconisait l'utilisation de l'aspirine et du paracétamol, molécules antalgiques et antipyrétiques de référence, dans le traitement de l'OMA. Elle condamnait la prescription des AINS et des corticoïdes, dont l'utilité n'était guère démontrée, selon ses experts (44). En 2005, l'Afssaps confirmait ces recommandations (5). Concernant les OSM, les recommandations françaises ne parlent pas des corticoïdes de façon précise, mais seulement des *thérapeutiques médicales* en conseillant d'avoir une attitude attentiste de 3 mois, en dehors de toute complication (45). Les recommandations américaines de 2004 ne préconisent pas, quant à elles, l'utilisation des corticoïdes en routine, car ils n'apporteraient aucun bénéfice à long terme dans les OSM (45).

D'un point de vue théorique, il semble intéressant d'associer un antibiotique et un corticoïde dans le traitement de l'OMA, afin de diminuer les phénomènes inflammatoires au niveau de l'oreille moyenne, la mise en tension du tympan et le risque d'évolution vers l'OSM. Les corticoïdes agissent, en effet, par un effet anti-oedémateux sur la trompe d'Eustache et, par conséquent, sur l'aération de la cavité de l'oreille moyenne, l'hypoventilation contribuant à pérenniser l'inflammation et l'hypersécrétion (46). En outre, les prostaglandines et les leucotriènes, dérivés de l'acide arachidonique, ayant un rôle dans la pathogénie de l'OSM, l'adjonction au traitement antibiotique initial d'une OMA d'un traitement corticoïde, inhibant leur synthèse, paraît théoriquement séduisante, afin de prévenir la survenue d'un épanchement résiduel de l'oreille moyenne (47).

De nombreuses études expérimentales soutiennent, en l'occurrence, l'intérêt potentiel des corticoïdes dans les otites : sur la muqueuse de l'oreille moyenne, la dexaméthasone inhibe, en effet, l'hypersécrétion muqueuse induite par les facteurs d'activation plaquettaire chez le chinchilla, s'oppose au développement de l'otite induite par les endotoxines bactériennes (1) et diminue chez le rat les concentrations d'interleukine-1 β et du TNF alfa, cytokines jouant un rôle important dans l'initiation et la pérennisation de l'inflammation (48). Chez la souris, les glucocorticoïdes ont un effet significatif sur les critères histologiques d'inflammation, mesurés au niveau de l'oreille moyenne au 3ème et au 5ème jour (49).

Sur le plan clinique, peu de travaux ont été publiés sur l'intérêt de la corticothérapie dans le traitement de l'otite moyenne chez l'enfant ou l'adulte. Les résultats des études sont, en outre, parfois contradictoires et leur méthodologie discutable.

Ainsi, Narcy et son équipe ont comparé l'efficacité d'un corticoïde et d'un AINS dans la prévention de l'OSM chez l'enfant (50). Cette étude n'a pas été réalisée en double aveugle, puisque l'ORL investigateur et la famille connaissaient le traitement prescrit. Les 182 enfants âgés de plus de 6 mois atteints d'OMA uni ou bilatérale recevaient un traitement antibiotique (amoxicilline-acide clavulanique 80 mg/kg pendant 8 jours) et pendant les 5 premiers jours, soit de la bétaméthasone (10 gouttes/kg/jour), soit du morniflumate (1 suppositoire de 400 mg par 10 kg de poids par jour après 30 mois). L'évaluation était effectuée sur la tympanométrie au dixième et au trentième jour. Les épanchements endotympaniques étaient significativement plus faibles dans le groupe bétaméthasone : au dixième jour, 54 % contre 70 % dans le groupe morniflumate ($p=0,03$) et au trentième jour, 22 %

contre 50 % dans le groupe morniflumate ($p < 0,001$). Compte tenu de l'absence de groupe placebo, ces résultats ne permettent pas de savoir si ce sont les corticoïdes qui diminuent le risque d'OSM alors que les AINS n'auraient qu'un effet modéré, voire nul, ou si, au contraire, ce sont les AINS qui augmentent le risque alors que les corticoïdes ne le modifient pas. Cependant, en s'appuyant sur les résultats d'une étude réalisée en 1989 retrouvant des taux d'épanchements endotympaniques sous antibiotiques seuls comparables aux taux constatés dans le groupe morniflumate, les auteurs en concluent que l'association d'une cure courte de corticoïdes aux antibiotiques est plus efficace que celle d'un AINS pour prévenir la survenue d'une OSM au décours d'une OMA, sans augmenter le risque de complication infectieuse.

Une étude randomisée réalisée en 1995 chez 80 enfants âgés de six mois à huit ans atteints d'otite moyenne, a évalué l'efficacité de l'association cotrimoxazole-prednisone versus placebo (51). Elle montre un effet bénéfique uniquement à court terme. Une autre étude réalisée la même année confirme ces résultats : les auteurs ont, en effet, mis en évidence que l'association prednisone (1 mg/kg/jour pendant sept jours) à une antibiothérapie de 21 jours (cotrimoxazole) permet de guérir 64 % des épanchements contre 39 % dans le cas d'une seule antibiothérapie, mais cette efficacité est de courte durée (51).

La dernière étude publiée en 2003 ne montre pas d'effet positif de la prednisolone aux doses de 2 mg/kg, que ce soit à court ou à long terme, chez les enfants présentant une OMA (25,33).

Dans le traitement de l'OSM, un essai clinique réalisé en 1990 a révélé que l'efficacité d'une cure courte de corticoïdes (prednisone) est manifeste 14 jours après le début du traitement mais s'estompe à la fin du premier mois pour disparaître lors des mois suivants, avec en outre un taux de rechute plus important. Une autre étude randomisée, en double aveugle versus placebo, réalisée en 1997 par Hemlin et ses collaborateurs, a évalué l'association d'une dose unique de bétaméthasone (6 mg) avec un antibiotique (cefixime) pendant 10 jours versus antibiothérapie seule, chez 142 enfants âgés de deux à douze ans atteints d'OSM (51). On constate une différence statistiquement significative en faveur de l'association corticoïde-antibiotique lors de l'évaluation à trois semaines (44 % contre 20% sous antibiotique seul et 5 % sous placebo), mais lors de la dernière visite, le taux de rechute est important et il n'y a plus de différence statistiquement significative entre les groupes (52).

La méta-analyse de Rosenfeld portant sur six essais randomisés et 264 enfants n'a pas mis non plus en avant d'avantages cliniques pertinents à l'utilisation des corticoïdes dans l'OSM : l'adjonction au traitement antibiotique de 21 jours de prednisone (1 mg/kg/jour) ou de dexaméthasone (0,15 mg/kg/jour), pendant 7 à 14 jours, permettait une guérison de l'épanchement en fin de traitement dans 60 % des cas contre 30 % pour l'antibiotique seul, mais le bénéfice était de courte durée et le taux de rechute plus important sous prednisone (1,53).

Il semblerait, par conséquent, qu'à long terme, l'association corticoïdes-antibiotiques ne présente pas d'intérêt en terme d'efficacité. On pourrait expliquer le phénomène par la présence de fragments bactériens qui persistent au niveau de la caisse du tympan, d'où une activation continue du système immunitaire entraînant une réaction inflammatoire latente et persistante (51).

Cependant, compte tenu des problèmes méthodologiques de certaines études et de la possible étiopathogénie allergique de l'otite moyenne (1), la poursuite de l'évaluation de la corticothérapie dans cette indication s'avère nécessaire pour conclure définitivement .

Méthode et population

L'objectif de cette étude était d'explorer les perceptions et les attentes des médecins généralistes vis-à-vis de la corticothérapie orale en cure courte dans les infections ORL, afin de mieux appréhender les déterminants de cette prescription. Plusieurs enquêtes de pratiques médicales ont déjà été réalisées dans ce domaine, mais elles portaient essentiellement sur une analyse quantitative des prescriptions en se basant sur des questionnaires (1,2,25,33). Elles mettaient toutes en évidence une utilisation fréquente des corticoïdes oraux dans les infections ORL en médecine générale. En l'absence d'échanges verbaux, elles ne permettaient toutefois pas de comprendre les raisons sous-jacentes de ces prescriptions non conformes aux recommandations.

Le choix de la méthode s'est donc porté sur une enquête qualitative déclarative par entretiens semi-dirigés, qui permettent d'analyser le sens que les interlocuteurs donnent à leurs pratiques et de mettre en lumière ses opinions, ses sentiments et ses croyances (54). La réalisation préalable d'une grille d'entretien (cf. annexe 2) a permis de structurer l'entretien autour des thèmes de la recherche : représentations, bénéfices attendus, perception des risques encourus, évolution des pratiques, connaissance des référentiels, adhésion aux recommandations, stratégies pour améliorer ses pratiques.

Nous avons sélectionné des médecins du Morbihan, d'Ille-et-Vilaine et de Loire-Atlantique (médecins remplacés, ainsi que leurs associés, 5 médecins de part leur proximité géographique, 3 médecins remplaçants dont le témoignage nous paraissait intéressant, compte tenu de leur âge et de la spécificité de leur exercice, un maître de stage, ainsi que l'un de ses associés). La population sélectionnée comprenait des médecins d'âge, de lieu et de durée d'exercice extrêmement divers : 14 hommes et 10 femmes, âgés de 30 à 60 ans, exerçant en milieu urbain (13), semi-rural (8), semi-urbain (2) ou rural (1), depuis 1 à 34 ans. Deux spécialistes ORL libéraux ont, en outre, été interrogés, afin de confronter leurs points de vue à celui des généralistes.

Les entretiens se sont déroulés de mi-mars à fin avril 2011, pour la plupart au cabinet des généralistes sollicités, exceptions faites de deux entretiens réalisés au domicile des médecins et de trois entretiens téléphoniques. Les 24 entretiens réalisés nous ont semblé suffisamment informatifs et ont permis d'atteindre le critère de saturation théorique (54).

Après avoir précisé l'objectif de ce travail, la grille d'entretien était portée à leur connaissance, en début d'entretien ou au fil de la conversation dans le cas des 3 entretiens téléphoniques. Pour chaque médecin, les éléments suivants étaient également relevés : sexe, âge, durée, lieu et type d'exercice, le nombre de consultations par jour en moyenne et le nombre de FMC par an. Les entretiens ont été enregistrés à l'aide d'un dictaphone ou d'un téléphone portable, avec l'accord des protagonistes. Ils ont ensuite été retranscrits au moyen d'un logiciel de reconnaissance vocale.

Résultats

I- Perceptions des médecins généralistes

1. Image véhiculée par les corticoïdes en cure courte

Pour la grande majorité des médecins interrogés, il s'agit d'un anti-inflammatoire efficace et rapide, qui « *marche très bien* » et qui permet de « *soulager le patient mieux et plus vite* ». Quelques praticiens se montrent même particulièrement enthousiastes : « *c'est super bien, moi j'en mets volontiers en cure courte, c'est vachement efficace* », allant parfois jusqu'à leur attribuer un pouvoir « *un peu magique* » : « *Tu donnes ça à un patient qui a mal au front, il n'a plus mal le lendemain* ». En particulier, les médecins exerçant depuis une trentaine d'années, « *élevés dans une génération pour laquelle les corticoïdes étaient quelque chose de merveilleux* » et qui ont toujours à l'esprit l'image véhiculée initialement par les corticoïdes : « *ça a été présenté dans les années 70, quand c'est sorti, comme le truc magique* », « *les corticoïdes pendant 48 heures en pathologie ORL, c'était ce qu'il y avait de mieux* ».

La majorité des médecins ont néanmoins conscience que « *ce n'est pas n'importe quoi comme médicament* » et qu'il s'agit d'un traitement « *extrêmement puissant* », permettant aux médecins, désireux d'être « *performants et réactifs dans leur prescription* », de « *taper fort d'emblée* » et de « *liquider le problème* ».

Puissance, toutefois, synonyme de méfiance pour beaucoup de médecins, employant la corticothérapie « *le moins souvent et le moins longtemps possible* », « *avec discernement, précaution et modération* », « *avec réticence* » : « *les gamins sont tout blancs, donc ça secoue quand même comme traitement* », « *j'essaye de ne pas trop en prescrire, ce n'est pas anodin* ».

Certains leur attribuent même des effets délétères : « *je crois que les corticoïdes peuvent perturber l'action de l'antibiotique, je pense intuitivement que s'il y a une inflammation, elle est adaptée à la situation, si on empêche l'inflammation, on va empêcher la diffusion* ». L'un des médecins interrogés affirme, en outre, que les enfants « *ne sont pas améliorés sous corticoïdes, ils sont mieux sur le coup et ensuite c'est pire* ». Un autre utilise le céléstène avec réticence du fait d' « *un effet freinateur disproportionné par rapport à l'effet anti-inflammatoire attendu* ».

2. Bénéfices escomptés en cure courte en ORL

- Effet anti-inflammatoire : « *C'est un anti-inflammatoire puissant qui permet de soulager l'inflammation et, tout ce qui va avec, la gêne fonctionnelle, l'inconfort, la douleur* ».
- Effet anti-oedémateux permettant une « *désobstruction des voies encombrées, soit la trompe d'Eustache, soit l'ostium sinusal, soit le larynx : on diminue l'œdème rapidement* »
- Effet antalgique sur « *la douleur liée à l'inflammation* » : « *si il a une otite et qu'il souffre, ça va le soulager les corticoïdes* », « *le corticoïde, dans les otites moyennes aiguës de l'enfant, c'est ça qui calme, c'est pas le paracétamol* », « *quand on met un corticoïde notamment dans les OMA et les*

sinusites, c'est beaucoup plus efficace sur la douleur ».

- Effet anti-pyrétique, cité par l'un des médecins

- Accélération de la guérison : *« on voit très bien que ça traîne beaucoup plus longtemps, quand on n'en donne pas que quand on en donne », « on sait bien qu'on va avoir une amélioration beaucoup plus rapide », « on va diminuer la durée de l'infection ».* L'un des médecins s'appuie, d'ailleurs, sur son expérience personnelle : *« sur la dernière sinusite que j'ai faite, j'ai pris que des antibiotiques, ça a été moins rapide au niveau de l'évolution ».*

- Effet antitussif en cas de toux *« très irritative », « laryngée », « rauque », « inflammatoire », « inquiétante »* ou *« aboyante ».*

- Effet *« muco-asséchant »* selon un médecin

- Dans les OMA, pour *« éviter les récurrences », « le passage à la chronicité »,* l'évolution *« sur un mode d'otite séro-muqueuse, par la suite ».*

- Dans les OSM, pour *« favoriser la perméabilité tubaire », « restaurer la fonction tubaire et l'audition du patient », « éviter la chronicité »* : l'un des médecins illustre son propos de dessins, pour expliquer aux parents que *« l'otite séreuse, c'est la trompe d'Eustache qui s'obstrue et avec un petit coup de corticoïdes, on peut lever un peu l'œdème pour drainer plus facilement ».* Un autre précise que *« c'est aussi un test thérapeutique, pour voir si il faut passer la main à l'ORL, avec une arrière-pensée de drainage ».*

- Effet *« anxiolytique »* dans les laryngites : *« ça diminue l'anxiété des parents », « c'est rassurant pour les parents ».*

- *« Potentialisation de l'action des antibiotiques »* citée à plusieurs reprises : les corticoïdes permettraient *« une meilleure diffusion des antibiotiques », « une meilleure pénétration des antibiotiques dans la sphère sinusienne »* : *« j'ai dans l'idée que la cortisone favorise l'action de l'antibiotique, la diffusion au niveau de l'infection ».*

- Une *« grande maniabilité »* : *« l'avantage du céléstène ou du solupred, c'est que ça passe tout seul », « solupred, c'est commode, en oro, il est bien pris », « l'avantage avec les corticoïdes, c'est que je sais que la personne va avoir son anti-inflammatoire pour la journée, parce que l'ibuprofène quatre fois par jour finalement elle ne va pas le prendre ».*

3. Risques perçus lors de la prescription d'une cure courte de corticoïdes

L'absence d'effets indésirables graves constatés, en pratique courante, rassure la majorité des médecins sur la relative innocuité de la corticothérapie en cure courte : *« je n'ai vu aucun effet indésirable grave sur des corticoïdes en cure courte en 20 ans », « honnêtement en 20 ans, je n'ai pas eu de retour », « au niveau effet indésirable, je n'ai pas eu de retour alors que j'en prescris régulièrement, ça me conforte pour continuer à prescrire comme je fais ».* La plupart estime, dès lors, qu' *« il y a peu de risques sur des cures courtes »*, l'un des médecins évaluant ainsi *« le niveau de dangerosité auquel on place une cure courte de corticoïdes aux alentours de 3-4 sur une échelle de 0 à 10 ».*

Pour une minorité, il s'agit même d'« *une prescription totalement dénuée d'effets secondaires* », arguant qu'« *en cures courtes, il n'y a pas le temps de voir apparaître des effets indésirables* ».

D'autres, au contraire, ont de grandes « *réticences à en prescrire en général* » : « *je suis sûre que ce n'est pas anodin, il y a eu des jugements pour des pathologies graves, suite à des corticoïdes en ORL* », « *le paracétamol, c'est quand même moins embêtant et ça soulage aussi* ».

Beaucoup s'accordent, néanmoins, à dire qu'ils sont moins dangereux que les AINS : « *Vaut mieux mettre ça qu'un AINS* », « *ils ont moins d'inconvénients que les AINS dans ces indications* », « *je n'ai pas les réticences que j'ai avec l'Advil* », « *je ne prescris plus d'AINS puisque ça favorise le risque de phlegmon alors que tu ne risques pas de phlegmon avec les corticoïdes* ».

3.1. Risque immunodépresseur

Le principal risque mentionné par les médecins est « *le risque d'immunodépression lié à la corticothérapie* », « *dans la mesure où on agit sur l'inflammation, on agit sur les défenses, et si on agit sur les défenses, on risque de favoriser l'infection* ». Beaucoup craignent « *de faire flamber l'infection* » : « *j'ai toujours peur d'une surinfection potentielle* ». L'un des médecins redoute, en particulier, « *la primo-infection tuberculeuse qui ressurgit* » et l'herpès : « *je pose la question de l'herpès, même dans l'entourage* ». Un autre rapporte avoir été confronté à « *deux cas de phlegmons amygdaliens, en l'absence d'antibiothérapie, chez des patients sous corticoïdes* ». Selon l'un des médecins, il y aurait eu des cas de « *fasciites de la face, suite à des corticoïdes en ORL* ».

Une minorité réfute le risque immunodépresseur lors d'une cure courte : « *je n'ai pas peur de l'effet d'immunodépression sur 3-4 jours* », « *il n'y a pas d'études qui ont révélé que ça faisait flamber les infections* ».

La crainte de la surinfection incite quelques rares médecins à prescrire les corticoïdes « *en association systématique avec des antibiotiques* », voire à attendre l'action de ces derniers pour les introduire : « *je ne mets pas de corticoïdes seuls, jamais, toujours chez quelqu'un qui est déjà sous antibiothérapie, j'attends un jour ou deux...* », « *quand j'en mets, je leur dis de commencer le lendemain pour être sûr qu'il y ait déjà un petit l'effet des antibiotiques* ».

La majorité des médecins interrogés n'associe toutefois pas systématiquement des antibiotiques à la corticothérapie en cure courte, les facteurs déterminant la coprescription étant « *le terrain* », « *la fièvre* », « *les infections potentiellement bactériennes* » : dans les otites le plus souvent systématiquement, dans les sinusites systématiquement ou en fonction de la clinique, dans les angines en fonction du résultat du streptotest. L'un des médecins en prescrit « *chez l'enfant de moins de deux ans de manière systématique* », lors d'un traitement par corticoïdes.

Concernant les complications infectieuses liées à cet effet immunodépresseur, les médecins ont majoritairement conscience du risque de varicelle sévère sous corticoïdes, mais, pour la plupart, ils avouent ne pas demander aux parents si l'enfant a été en contact récemment avec un cas de varicelle : « *je ne pose pas la question, je n'y pense pas* », « *honnêtement, j'aurais jamais pensé à poser la question* », « *c'est vrai qu'on ne pose pas la question* », « *non, ça ne me vient pas du tout à l'esprit* », « *je pense que je ne pose pas la question mais il faudrait...* ». L'un des médecins affirme que « *ça ne l'empêche pas d'en donner parce que s'il a une otite et qu'il souffre, ça va le soulager quand même les corticoïdes* ».

Plusieurs médecins ont déclaré être vigilants, « *par contre* », dans le cas d'un ROR récent. « *Le*

pharmacien appelle de temps en temps », si l'enfant a été « vacciné par le ROR il y a moins de 15 jours », signale l'un des praticiens.

3.2. Risque lié à la répétition des cures courtes

L'utilisation itérative des corticoïdes en cure courte est perçue, par la majorité des médecins, comme potentiellement délétère : « il y a quand même ce problème d'accumuler les corticoïdes, c'est pas bon quoi, il faut être honnête », « je pense qu'il vaut mieux éviter l'accumulation », « plusieurs épisodes de prise de corticoïdes à durée courte, ça équivaut à une durée longue », « il faut faire attention ». Ils ont, toutefois, des difficultés à évaluer précisément ce risque : « quand on cumule, c'est pas comme une corticothérapie au long cours, mais pas loin, je pense », « je ne sais pas les effets à long terme des cures courtes surtout si les gens en prennent trois fois par mois », « j'ai pas d'informations réelles là-dessus, mais je sais bien que ce n'est pas extra ». Certains sont encore plus vigilants, chez les enfants : « je veille à ce qu'il n'y ait pas trop de cures, chez le gamin, pas plus de 3 par an », « chez les enfants, je me méfie pour la croissance », « on essaie d'en utiliser le moins possible, surtout chez l'enfant », « j'ai plus de réticences chez l'enfant ».

Une minorité, bien qu'attentive aux prescriptions antérieures, ne les considère toutefois pas comme un frein à la prescription : « si j'en ai besoin, ce n'est pas ce qui va m'empêcher de lui en donner, même si il en a eu la semaine précédente ou il y a 15 jours », « pour moi, quand j'estime que le tableau clinique le justifie, je le fais », « parfois, on constate qu'ils en ont déjà eu mais on a pas trop le choix dans les formes sévères ».

Beaucoup expriment, en outre, leurs craintes quant à l'automédication, à l'origine d'une utilisation répétée et souvent injustifiée : « Y a trop de gens maintenant qui l'utilisent chez eux, ça c'est clair », « le célestène en gouttes que les mamans ont facilement, dès qu'il y a un petit rhume, je mets en garde, parce qu'elles ont tendance à en mettre comme le Doliprane », « les gens ont du célestène ou de la cortisone chez eux et ils en prennent après tous seuls, ça, je m'en méfie beaucoup ». L'un des médecins évoque même des « conduites addictives » avec des patients « un peu accros aux corticoïdes ». Il cite, pour exemple, l'un des ses patients « plongeur qui se prend du solupred tous les lundis matins ». Un autre rapporte avoir « repéré un patient qui piquait des solupred à droite et à gauche » et dit lui avoir « fait la leçon »... Un praticien, craignant particulièrement l'automédication, affirme « tenir compte du conditionnement des boîtes pour qu'il ne reste pas de comprimés ».

3.3. Gastrotoxicité

Beaucoup de médecins redoutent la gastrotoxicité des corticoïdes et sont, de ce fait, réticents à en prescrire, quand les patients ont un antécédent d'ulcère gastro-duodéal : « je mets une plus petite dose, je limite les prescriptions, en général », « je fais attention de la même façon qu'avec les autres anti-inflammatoires », « je redoute les effets digestifs, la toxicité sur l'estomac en particulier », « je vais éviter », « je revois l'indication ». Ils associent, très souvent, un IPP ou doublent les doses, si le patient est déjà traité : « je les couvre systématiquement », « je protège ».

Une minorité est, toutefois, dubitative quant à l'effet gastrotoxique des corticoïdes ou, du moins, quant à l'intérêt de cette protection gastrique : « je m'en fous, si il est guéri et qu'il n'y a pas d'helicobacter, ça m'arrête pas », « même pas, je dirais même plus, je ne mets pas de protection gastrique avec un corticoïde », « ça m'est arrivé de prescrire un IPP avec, mais je ne suis pas sûr que ça serve à grand-chose. Parfois on a des réflexes comme ça... ».

3.4. Risque de décompensation d'un diabète

Chez les patients diabétiques, la plupart des médecins limitent au maximum leurs prescriptions, par crainte de « *faire flamber le diabète* » : « *j'en donne quand y a vraiment pas le choix, quand il n'y a que cette solution là* », « *là encore plus que jamais, il faut peser le pour et le contre* », « *j'ai des réticences par voie orale, ça m'est arrivé un peu contraint et forcé* », « *j'évite* », « *j'en mets moins* »...

L'un des médecins diminue les posologies « *à une plus petite dose que 1mg/kg/jour* ». Lorsque les médecins prescrivent des corticoïdes, ils recommandent très souvent aux patients diabétiques « *des contrôles plus rapprochés de leurs glycémies* ». Certains émettent des réticences encore plus marquées : « *c'est quasiment contre-indiqué* », « *j'essaye de jamais en prescrire surtout, c'est vraiment la main forcée que j'y vais* », « *je dis même à mes patients diabétiques de ne jamais prendre de cortisone, de principe, c'est dangereux* », « *je n'en prescris pas, le problème est simple* ». Alors qu'une minorité semble ne pas craindre particulièrement un déséquilibre du diabète, en cas de cures courtes : « *Sur 3-4 jours, ça va pas beaucoup changer le diabète* », « *c'est les symptômes qui priment, si ça peut le soulager, en faisant un peu plus attention au diabète, sur une cure courte, c'est moins gênant* ».

3.5. Risque de troubles psychiques ou psychiatriques

Beaucoup rapportent des troubles mineurs sous corticothérapie, à type d'« *excitation chez l'enfant* » et de « *troubles du sommeil chez l'adulte* ». Le risque de décompensation chez un patient ayant un terrain psychiatrique est diversement perçu. Une minorité n'en a pas conscience : « *c'est vrai que je ne me pose pas vraiment la question* », « *honnêtement, je ne me pose pas la question* », « *non, je ne fais pas attention, même si il en mange beaucoup, ce n'est pas très grave* ». Dans ce cas, notre entretien est, parfois, à l'origine d'une prise de conscience : « *je n'ai pas de réticences, même si au moment où j'en parle, je me dis que je devrais peut-être en avoir* », « *ça n'influence pas ma prescription alors qu'il faudrait* », « *j'ai peut-être tort* ».

La plupart évoquent, néanmoins, leur méfiance vis-à-vis des corticoïdes chez les patients psychotiques, parce que « *ça fait péter les câbles* », « *je me méfie, j'évite, j'ai peur des décompensations* », « *si c'est un patient psychotique, je n'en mettrais pas, c'est évident* », « *des mecs qui pourraient s'exciter pour un oui ou pour un non, là je fais attention, surtout chez les gens qui font des bouffées délirantes* ». « *Les antécédents dépressifs graves* » constituent un frein à la prescription, pour deux praticiens simplement. Les craintes les plus affirmées émanent, bien entendu, de deux médecins confrontés dans leur pratique à des troubles psychiatriques sous corticoïdes : « *j'ai eu une fois une décompensation, il avait caché qu'il avait une PMD, il a pété les plombs* », « *j'ai eu un cas de décompensation de type délirante chez un patient qui prenait de la cortisone* ». La première évite dorénavant toute prescription sur un terrain psychiatrique et le second évoque, dès lors, une méfiance extrême à l'égard des corticoïdes : « *une fois qu'on a eu ce truc, on s'en rappelle toute sa vie et ça retient le bras sur l'ordonnance* ».

3.6. Effet freinateur sur l'axe corticotrope

Seul un médecin mentionne ce risque, en expliquant utiliser « *rarement, le célestène* » du fait d'un « *effet freinateur disproportionné par rapport à l'effet anti-inflammatoire attendu* ». La plupart avouent ne pas connaître les demi-vies des corticoïdes : « *je ne sais pas, c'est vrai que je ne fais pas attention à ça, on a des habitudes* », « *je ne me suis jamais penché sur la question* », « *ça m'est entièrement égal, dans la mesure où c'est sur moins de 10 jours* ». Lorsque j'évoque le risque d'insuffisance surrénale rapporté par diverses études sur des cures courtes, l'un des médecins rétorque

que « *c'est des conneries de mecs qui se prennent la tête à faire des études, bien sûr, tu peux toujours en trouver mais à partir de ce moment là, tu ne fais plus rien* ».

4. Les infections ORL

Beaucoup ont souligné le caractère bénin des infections ORL, très souvent spontanément résolutive, en s'appuyant notamment sur leur expérience personnelle : « *en général, je prends rien, je laisse traîner les trucs et ça passe* », « *c'est vrai que en ce qui concerne mon expérience personnelle, j'attends et ça finit toujours par passer* », « *ça régresse spontanément* ». Les laryngites de l'enfant, en particulier, ne nécessiteraient pas toujours une prise en charge médicale, dans la mesure où les symptômes sont le plus souvent extrêmement brefs : « *on se rend compte que ça passe tout seul* », « *très souvent, c'est déjà passé lors de la consultation* », « *pour les laryngites, honnêtement je fais plus grand-chose, sauf si il y a une gêne respiratoire* », « *la toux rauque, c'est pas grave, ça passe vite, il aura vite une toux grasse* ». D'autres relativisent les sinusites et leur retentissement : « *ils ont tous des sinusites hyperalgiques...le moindre petit rhume et ils ont mal* », « *les sinusites hyperalgiques, c'est quand même pas fréquent* », « *en fait la véritable sinusite aiguë avec 40° de fièvre, on n'en voit pas, c'est plutôt des rhino qui traînent* ». L'un des médecins évoque des pathologies peu algiques, à l'origine d'un inconfort tout relatif : « *avoir mal avec une angine, ce n'est pas non plus...enfin, c'est la vie quoi...ce n'est pas insurmontable non plus...* », « *c'est quand même super rare d'avoir une otite hyper algique* ».

D'autres, au contraire, mettent l'accent sur les douleurs importantes dans les OMA, avec « *des gamins qui hurlent comme des putois* », « *des enfants très douloureux* »... L'un des médecins évoque son expérience personnelle des OMA et des sinusites : « *ça faisait vraiment tellement mal* », « *j'en ai déjà eu (des OMA) et je peux te dire tu prends tes trois ou quatre solupred et tu es bien content, parce que ça fait mal* ». Quelques praticiens réfutent, dès lors, le caractère bénin de ces pathologies : « *Pour les otites, on ne peut pas parler de caractère bénin* », « *ce sont des pathologies bactériennes, en particulier l'otite* », et mettent en avant leur retentissement important : « *un patient tousse toutes les minutes, sur une laryngite virale, ça tousse tout le temps* », « *ils ne vont pas bosser, ils restent chez eux* ».

5. Place de la corticothérapie dans les infections ORL

Dans la majorité des cas, il ne s'agit pas d'une prescription systématique, mais pesée, raisonnée. Beaucoup de médecins en prescrivent uniquement quand c'est « *intense* », « *assez cogné* », « *vraiment invalidant* », « *un peu intolérable* », « *récidivant* », quand « *le tableau est bruyant* », « *quand il y a une répercussion sur la qualité de vie* ».... L'un des médecins explique ainsi que « *ça fait partie d'un traitement symptomatique dans des cadres définis* ».

Une minorité, en revanche, semble prescrire les corticoïdes de façon plus systématique, notamment dans les OMA : « *sur un jeune enfant très douloureux, on va mettre des corticoïdes sur une otite moyenne aiguë, je ne vais pas me dire répercussion sur taille, poids...* », « *je regrette mais une otite moyenne aiguë, je lui mets corticoïdes et antibiotique et je ne changerai pas, parce que ça liquide le problème* ». L'un des médecins les juge indispensables en cas de toux chez le nourrisson : « *Il fallait ne pas enlever les antitussifs et les fluidifiants chez les gamins, comme ça on aurait pas été obligé de mettre des corticoïdes dès qu'un enfant tousse* ». Une autre explique que sa « *façon de prescrire est assez stéréotypée* » : « *je n'hésite pas à en mettre, j'ai repéré les situations dans lesquelles j'en mets systématiquement, je sais que dans telle pathologie, j'en mets, dans d'autres, je n'en mettrais pas* ».

Certains émettent davantage de réserves quant à l'intérêt des corticoïdes dans les infections ORL : « pour moi, c'est une prescription très exceptionnelle en ORL », « depuis que j'en prescris moins, je n'ai jamais vu revenir plus de patients qu'avant, donc je n'ai pas la notion que ce soit indispensable en tout cas », « c'est souvent pris à tort », « je me pose de plus en plus la question de l'intérêt des corticoïdes en cure courte »... L'un des médecins y voit simplement « un coup de pouce » pour le confort du patient : « Les gens qui pourraient rester tranquille à la maison avec une bouillotte sur le front, on ne leur en donnerait pas », « des fois, je propose simplement, en expliquant qu'on peut rajouter ». En outre, plusieurs médecins rapportent n'avoir jamais pris eux-mêmes de corticoïdes oraux pour traiter une infection ORL : « non, en général, je laisse traîner les trucs et ça passe », « C'est vrai que en ce qui concerne mon expérience personnelle, j'attends et ça finit toujours par passer ».

D'autres, bien que prescripteurs, remettent en cause leur utilité, en particulier dans les OMA : « d'après moi, l'antibiotique seul a autant d'efficacité sur la douleur », « j'essaye mais j'ai vu que ça n'avait pas d'intérêt et en pratique, ça n'a pas d'intérêt », et dans les otites séreuses : « quand vous lisez les articles, les gens communément disent que ça se guérit tout seul », « je ne suis même pas persuadé qu'on est prouvé leur efficacité ». L'un des médecins affirme qu'ils ont peu de place dans le traitement des sinusites : « en général, que avec des antibiotiques, ça marche ».

Quelques médecins concèdent en prescrire « peut être trop facilement » : « j'ai la main lourde sur le céléstène, il faut que je revois ça », « on pourrait faire quelques économies de prescription », « on sait tous qu'on prescrit sûrement trop de corticoïdes par rapport à ce qui est recommandé ».

Pour certains, la place accordée à la corticothérapie dans les infections ORL a évolué, depuis le début de leur exercice, « vers la restriction, la diminution des indications », que ce soit par le biais de la formation : « j'ai été à une formation continue sur l'otite, ils disaient que les corticoïdes ne servaient à rien dans l'otite », « les FMC ne m'ont pas apporté d'autres notions de l'intérêt des corticoïdes », « suite à une FMC il y a 4-5 ans, ils nous avaient fait part d'une étude dans les otites chez les gamins et ils disaient que ça n'était pas plus efficace que les anti-inflammatoires, ils conseillaient les anti-inflammatoires en première intention », ou suite à une prise de conscience des risques encourus : « il y a eu des jugements pour des pathologies graves, des fasciites de la face, des choses comme ça, suite à des corticoïdes en ORL », « ça a dû mettre un frein à ce que je faisais avant », « je me pose plus la question en me disant : est-ce que je fais ou est-ce que je ne fais pas ? », ou encore par le biais de l'expérience : « moins qu'avant car on se rend compte que ça passe tout seul », « j'en prescrivais beaucoup dans les laryngites, ça les arrangeait pas, voire ça les aggravait, ils revenaient 2 - 3 jours plus tard avec de la fièvre ». D'autres, au contraire, en prescrivent davantage du fait de leur « expérience personnelle, en tant que malade », de la FMC : « j'en mets beaucoup plus depuis cette FMC », des pratiques « prônées par les ORL » ou encore « par rapport à l'expérience » : « avec l'expérience, on se rend compte que dans certaines situations, on va en avoir besoin ».

6. Les recommandations

Beaucoup remettent en cause la légitimité des experts à établir des référentiels destinés à la médecine générale : « c'est des mecs qui sont en milieu hospitalier qui ne recrutent absolument pas les mêmes patients », ils « ne sont pas dans nos cabinets », ils « ne sont pas sur le terrain », ils « ne peuvent pas comprendre exactement ce que l'on fait », « ils ne sont pas en face des patients », « ces gens-là qui sont à l'Affsaps ne connaissent absolument pas les traitements qu'il y a en médecine générale, ils ne connaissent pas les patients, l'abord des patients, la demande des patients, eux ils n'ont que du recrutement très spécialisé, c'est ça le problème, ..., ils ne sont absolument pas confrontés aux mêmes problèmes », « les recommandations sont faites par des universitaires qui voient trois

patients par semaine quand nous on en voit 160... », « ils n'ont pas de patients en face d'eux qui viennent les revoir au bout de 8 jours, 15 jours, 3 semaines, tandis que nous on les a ». L'un des médecins émet une critique particulièrement véhémement, qualifiant les experts d' « ayatollahs de la médecine, très imbus de leurs pouvoirs et de leurs connaissances et complètement décalés de la réalité ».

Les référentiels sont « très difficiles à appliquer » en pratique, selon certains : « entre réfléchir autour d'une table et être sur le terrain, il y a un décalage forcément », « les attitudes rigoristes hospitalières sont intenables en ville », « les recommandations, c'est toujours facile à écrire, mais après en pratique courante, c'est moins simple », « Prescrire, j'ai lu au début et j'ai arrêté tellement ça me gonflait, c'est trop loin de la réalité », « la notion de négociation, tenir compte de ce que le patient attend...c'est vrai que cet aspect-là est peu dans les recommandations », « ils ne tiennent pas compte des circonstances particulières de la médecine générale », « dans le cabinet, on voit des gens qui se plaignent, qui font n'importe quoi, ..., qui sont anxieux, qui disent « on va encore passer deux nuits blanches », c'est des choses qui ne sont pas dans les référentiels... ».

Beaucoup admettent ne pas connaître les recommandations de l'Afssaps de 2005, portant sur les infections respiratoires hautes : « j'avoue que je ne les ai pas en tête ». « J'ai dû les lire mais je ne me rappelle pas », « non, si peut-être, mais j'ai oublié », « non, j'ai dû les voir passer mais on ne peut pas dire que je les ai mémorisées », « on n'a pas tous en tête les recommandations ». Certains attribuent cette méconnaissance aux difficultés d'accessibilité aux référentiels : « les référentiels, j'avoue que je ne les connais pas, je n'ai pas Internet en haut débit », « si on nous les rappelle pas, je vais pas les chercher », d'autres au manque de temps : « on n'a pas le temps de se former », « je suis sensible aux référentiels, quand je prends le temps de les voir », ou encore à leur évolution permanente : « c'est un peu déstabilisant parce que les références ça change en permanence », « les recommandations, elles aussi, elles évoluent ».

Certains médecins ne leur accordent aucun crédit ou n'en tiennent du moins pas compte dans leurs prescriptions : « moi, je me demande après le scandale du Médiateur, l'Afssaps, qu'est-ce qu'ils méritent comme crédibilité ? », « on se demande quelles sont les pressions comptables derrière, on demande quand même à y voir de plus près, au niveau de l'Afssaps », « ça n'a absolument pas changé ma façon de voir les choses », « pour les laryngites, je ne sais pas si les corticoïdes sont vraiment recommandés, mais même si ils ne l'étaient pas, je le ferais ».

Beaucoup reconnaissent néanmoins leur utilité, en tant qu' « aide à la prescription » ou « grille de bonne usage », avec plus ou moins de scepticisme : « il faut essayer de tendre vers ça », « il faut bien être basé sur quelque chose », « on essaye de les suivre tant bien que mal », « sur le plan intellectuel, sur un plan scientifique, ça a probablement beaucoup d'intérêt, je les regarde, j'en tire effectivement des conséquences », « c'est bien qu'ils nous disent de ne pas utiliser les corticoïdes de manière anodine ». Pour d'autres, les recommandations permettent de lutter contre « les idées reçues » : « le risque, comme dans beaucoup de métiers, c'est de se laisser piéger dans ses convictions. Les référentiels aident à les remettre en cause », « c'est vrai que l'on peut rester convaincu par des pratiques qui sont complètement dépassées ».

II- Déterminants de la prescription

1. Facteurs liés au médecin

1.1. Volonté affirmée de soulager le patient

La plupart des médecins mettent en avant leur volonté de « *soulager l'inflammation et, tout ce qui va avec, la gêne fonctionnelle, l'inconfort, la douleur* », « *ce qu'il faut, c'est soulager le patient* », « *on est bien content de pouvoir en donner et de pouvoir soulager le patient* », « *je crois que ça va soulager mieux et plus vite* », « *si il a une otite et qu'il souffre, ça va le soulager les corticoïdes* », « *c'est vrai que le patient se sent rapidement mieux* ». Beaucoup soulignent l'intérêt de l'efficacité et de la rapidité d'action des corticoïdes, même si « *c'est embêtant de devoir être efficace en tapant avec des produits très puissants* », « *il faut un truc qui marche, parce que les patients quand ils viennent..., voilà il faut que la vie continue, donc il faut qu'on soit performant aussi dans nos prescriptions, réactifs* », « *ça liquide le problème* », « *je préfère taper fort tout de suite et puis l'affaire est classée* ».

1.2. Inefficacité du paracétamol

Les référentiels recommandent de privilégier un traitement symptomatique comme le paracétamol, dans la majorité des infections ORL. La plupart des médecins réfutent, néanmoins, l'efficacité de ce traitement : « *ça ne marche pas* », « *le paracétamol est antalgique et pas anti-inflammatoire* », « *le paracétamol ne va jamais agir sur une voix enrouée, le paracétamol ne va jamais agir sur des nez bouchés, le paracétamol ne va jamais agir sur une odynophagie majeure ou très peu, ..., le paracétamol n'a pas d'action sur les troubles fonctionnels* », « *le corticoïde, dans les otites moyennes aiguës de l'enfant, c'est ça qui calme, c'est pas le paracétamol* ». Beaucoup soulignent, d'autre part, le fait que la majorité des patients qui consultent ont déjà essayé le paracétamol : « *ils en ont déjà pris, c'est justement pour cela qu'ils viennent* », « *souvent ils viennent parce que ça fait une semaine qu'ils prennent ça, les gens ne sont pas bêtes, ils ont déjà essayé* », « *le patient a déjà pris du paracétamol, il vient vous voir pour avoir autre chose* ». Pour certains, les patients attendent de leur médecin « *quelque chose de plus efficace* » : « *si les gens venaient que pour du paracétamol, il ne viendraient pas, ils iraient à la pharmacie* », « *si tu ne donnes que du paracétamol aux gens, ils ont l'impression que tu ne les soignes pas* », « *quand tu prescrites que du paracétamol, tu es mal vu, les gens considèrent que tu ne les as pas pris en considération* ».

1.3. Alternative aux AINS

Les corticoïdes constituent parfois une alternative intéressante aux AINS, quand les médecins craignent les complications infectieuses ou la gastrotoxicité de ces derniers : « *je ne prescris plus d'AINS puisque ça favorise le risque de phlegmon alors que tu ne risques pas de phlegmon avec les corticoïdes* », ils ont « *moins d'inconvénients que les AINS dans ces indications* », « *j'ai plus d'effets gastrotoxiques avec les anti-inflammatoires sur trois jours qu'avec les corticoïdes* », « *je n'ai pas les réticences que j'ai avec l'Advil* ». L'un des médecins souligne, par ailleurs, la facilité d'utilisation des corticoïdes pour les patients, comparativement aux AINS : « *Ce qui est embêtant avec les anti-inflammatoires, c'est quand les gens ne peuvent pas avaler. L'avantage du céléstène ou du solupred, c'est que ça passe tout seul* », « *l'avantage avec les corticoïdes, c'est que je sais que la personne va avoir son anti-inflammatoire pour la journée, parce que l'ibuprofène quatre fois par jour finalement elle ne va pas le prendre* ».

1.4. Absence d'alternatives thérapeutiques

L'utilisation des corticoïdes semble perçue, parfois, comme une fatalité devant l'absence d'alternative thérapeutique : « *en même temps, c'est vrai que l'on n'a pas grand-chose d'autre* », « *qu'ils (les référentiels) nous disent quoi faire parce que nous on ne sait plus quoi donner...* », « *moi si on me donne autre chose, je veux bien, moi, ça m'est strictement égal, que ce soit la cortisone ou tartanpion, mais il faut un truc qui marche* », « *il fallait ne pas enlever les antitussifs et les fluidifiants chez les gamins, comme ça on aurait pas été obligé de mettre des corticoïdes dès qu'un enfant tousse* ».

1.5. L'influence de l'expérience

Beaucoup de médecins mettent en avant l'impact de « *l'expérience quotidienne* » sur leurs prescriptions : « *l'expérience sous-tend ma façon de prescrire, pour l'instant, je n'ai pas eu de retour qui m'ont fait penser que je devais changer ma façon de prescrire* », « *d'après mon expérience, je trouve que ça aide, notamment, par exemple, pour des choses très symptomatiques* », « *avec l'expérience, on se rend compte que dans certaines situations, on va en avoir besoin. C'est un petit peu l'expérience, le pifomètre* », « *c'est l'influence de l'expérience quotidienne, on voit très bien que ça traîne beaucoup plus longtemps, quand on n'en donne pas que quand on en donne* ». Certains regrettent, d'ailleurs, qu'on n'accorde pas plus de valeur à cette expérience, riche d'enseignements, même si elle n'est pas toujours en adéquation avec les référentiels : « *quand on vieillit, on se fait une expérience et on commence à se permettre de faire des choses qui sont pas trop dans les référentiels, alors ce n'est pas pour ça qu'on a raison, mais on constate quand même, qu'en le faisant, on rend service au patient, pour des risques qui vont être un sur...* », « *je crois qu'on dénigre aussi totalement l'expérience, si des fois on est amené à mettre des corticoïdes, même si c'est pas scientifiquement recommandé, tu te rends compte après 10 ans d'expérience, si tu as fait 10 fois une pratique et que ça ne marche pas, tu as tendance à voir si tu as quelque chose qui peut marcher un peu mieux, ça s'appelle du bon sens mais on a tendance à perdre le bon sens pour des recommandations officielles* ».

1.6. L'expérience personnelle

Les médecins, ayant déjà pris des corticoïdes pour une infection ORL, témoignent de leur efficacité et semblent davantage enclins à en prescrire à leurs patients : « *ça marchait bien quand je faisais des poussées de sinusite chronique* », « *sur la dernière sinusite que j'ai faite, j'ai pris que des antibiotiques, ça a été moins rapide au niveau de l'évolution* », « *j'en prends dès que je commence à avoir les symptômes de laryngite, je ne suis pas aphone, quand j'en prends, je peux continuer à travailler* », « *pour des otites et des sinusites, ça faisait vraiment tellement mal, ça marche très bien* », « *tu prends tes trois ou quatre solupred et tu es bien content, parce que ça fait mal (les otites)* ». L'un des médecins suggère, en l'occurrence, de donner uniquement du paracétamol aux experts des référentiels, le jour où ils auront une infection ORL : « *on va dire à ces messieurs qui font les recommandations, qu'ils soient malades un jour, bien hen, pas le petit truc, et on va les laisser avec du paracétamol* ».

1.7. Les habitudes de prescription

Certains concèdent l'influence des habitudes de prescription, dans leur pratique : « *je me base sur mes habitudes de prescription* », « *c'est une question d'habitude* », « *c'est assez stéréotypé, ma façon de prescrire* », « *y a les habitudes qu'on prend et on ne se pose plus de questions* », « *tout ça, c'est de l'aléa personnel* », « *on a des habitudes...* », « *quand j'ai commencé mes remplacements, ça n'était pas dans mes habitudes thérapeutiques* »... Certains patients se voient ainsi prescrire

régulièrement des corticoïdes, parce qu' « on est pris dans l'engrenage, on est pris dans le système... », reconnaît un médecin, en parlant d' « un patient qui était tout le temps enrhumé et qui repartait toujours avec la même ordonnance avec des corticoïdes ». Une remplaçante évoque l'influence des prescriptions antérieures : « si il en a eu plusieurs fois, je me dis il doit être fragile, on va être obligé de recommencer la même chose ».

1.8. La pression du patient

Beaucoup de médecins affirment être confrontés à une pression de prescription, de la part des patients : « il faut que ça aille mieux tout de suite, il faut une amélioration de l'état clinique rapidement, ils veulent être guéris tout de suite », « il y a une pression de la part des gens d'être traités rapidement et efficacement. On est dans cette problématique pour beaucoup de choses maintenant », « y a une pression des patients comme pour les antibiotiques ». La demande est parfois clairement verbalisée par les patients : « il y a des patients qui disent « sans les corticoïdes et les antibiotiques dans les sinusites, on arrive à rien », bon, là on se laisse influencer, c'est sûr ». L'un des médecins prescrit des corticoïdes dans les sinusites « sous la pression du patient, le patient qui dit «mettez-moi un peu de cortisone» ». Un autre affirme que les patients savent, parfois, employer « les mots magiques » pour obtenir des corticoïdes et des antibiotiques : « ça fait trois jours que j'ai 40° de fièvre, c'est purulent, ça sent mauvais, j'ai même eu un peu de sang ce matin quand je me suis mouché ... ». Certains médecins reconnaissent la difficulté de résister à cette pression des patients : « on fait de la complaisance beaucoup », « si tu dis blanc et que le patient veut entendre gris, ... enfin, il faut batailler des fois pour ne pas prescrire », « ce n'est pas simple à gérer la pression du patient », « on essaye de faire le moins de compromis possible mais ce n'est pas évident », « quand on donne pas un truc, il faut négocier vachement avec les gens quand ils s'attendent à l'avoir, c'est long, et je pense que quand il est tard, voilà, t'as pas le temps ».

1.9. L'incertitude diagnostique

Quelques médecins admettent prescrire des corticoïdes de façon quasi-systématique, lorsque le diagnostic est difficile à établir de façon précise, notamment dans le cas des infections rhinosinusiennes : « comment définir de façon formelle une sinusite ? c'est pas évident, on manque de moyens rapides pour pouvoir faire le diagnostic », « parfois, tu as du mal à définir, est-ce que c'est une rhino... ? Un truc comme ça ? », « l'évaluation en quelques minutes d'une situation médicale, c'est pas toujours évident ».

1.10. Le parcours professionnel

Les médecins, ayant eu une activité hospitalière au préalable, semblent plus enclins à prescrire des corticoïdes en cure courte ou, du moins, l'étaient au début de leur exercice : « j'ai été formé en médecine interne pour les corticoïdes justement, donc je prescris volontiers quand il faut, j'hésite pas, je n'ai pas peur », « quand je me suis installé, je sortais de cinq ans de SMUR, de réa, j'étais très médicaments à hautes doses, c'était toujours très hospitalier », « j'ai toujours prescrit des corticoïdes en cure courte, de part ma formation d'urgentiste ». A l'opposé, l'un des médecins, « formateur en formation initiale », en prescrit avec beaucoup de réticence, dans un souci d'adéquation avec les recommandations : « j'ai du mal à penser qu'un médecin puisse prescrire de façon aussi éloignée, non seulement des recommandations, mais des recommandations fondées sur des données objectives, on est maintenant à l'époque de la médecine fondée sur les preuves ».

1.11. La personnalité des médecins

La personnalité des médecins influe probablement sur leur attitude en tant que prescripteurs, les uns prônant « *la modération, la pondération, le traitement minimal efficace* », les autres souhaitant « *être performants et réactifs* » dans leurs prescriptions, en « *tapant fort tout de suite pour que l'affaire soit classée* ». Le désir de satisfaire le patient semble primordial pour certains : « *le rôle du médecin est de faire comprendre aux patients que sa demande est entendue* », « *quand tu prescribes que du paracétamol, tu es mal vu* », « *on rend service au patient* », et plus accessoire pour d'autres : « *il ira voir quelqu'un d'autre si il n'est pas content* », « *y a pas mal de patients qui me disent «vous me donnez que du paracétamol ?!»* », « *si tu as une super angine, avec de la cortisone ça va sans doute aller mieux...mais avoir mal avec une angine, ce n'est pas insurmontable non plus...* ».

L'anxiété des médecins a également un impact sur leur perception des risques encourus lors d'une corticothérapie en cure courte : « *je les utilise le moins possible, en association systématique avec des antibiotiques, je suis sûre que ce n'est pas anodin, il y a eu des jugements pour des pathologies graves, des fasciites de la face, des choses comme ça, suite à des corticoïdes en ORL* », « *je suis toujours méfiant avec les corticoïdes, j'ai toujours peur d'une surinfection potentielle* », « *je ne mets pas de corticoïdes seuls, jamais, toujours chez quelqu'un qui est déjà sous antibiothérapie* ». Certains semblent nettement moins anxieux : « *on est un pays de trouillards de toute façon, c'est clair, on a peur de tout, en cure courte, il va risquer quoi ? l'ostéonécrose de la tête fémorale ? l'hospitalier, il va récupérer toutes les ostéonécroses fémorales françaises et il va dire c'est à cause des corticoïdes* », « *on rend service au patient, pour des risques qui vont être un sur...* », « *quand il faut, j'hésite pas, je n'ai pas peur* », « *je n'ai pas peur de l'effet d'immunodépression sur 3-4 jours* ».

2. Facteurs liés à l'infection

2.1. L'intensité des symptômes

Les médecins prescrivent des corticoïdes lorsque « *c'est intense* », « *assez cogné* », « *très inflammatoire* », lorsque « *le tableau est bruyant* », lorsque « *les symptômes sont assez renforcés* »... dans la « *vraie sinusite* », la « *grosse laryngite* »... La posologie et la durée de la corticothérapie varient, parfois, en fonction de la sévérité de l'infection : de 0,5 à 2 mg/kg/jour et de 1 à 10 jours.

2.2. Infections hyperalgiques

La corticothérapie va être prescrite chez « *un gosse qui hurle comme un putois* », « *vraiment quand il y a une douleur épouvantable* », « *quand l'enfant va vraiment beaucoup se plaindre, pleurer beaucoup* », « *sur un jeune enfant très douloureux* », « *quand c'est un peu intolérable* »... Un médecin précise qu'« *il faut vraiment que les gens se plaignent* » pour qu'il prescrive des corticoïdes.

2.3. Infections récidivantes

Certains médecins utilisent les corticoïdes oraux en cure courte uniquement chez « *les gens qui font régulièrement des sinusites* », « *en cas de répétition des épisodes d'OMA* », « *chez les jeunes enfants qui font à chaque épisode infectieux viral ORL une laryngite avec des antécédents de gêne respiratoire nocturne* »...

2.4. Troubles fonctionnels majeurs

Les corticoïdes sont souvent prescrits lorsque les infections ORL sont à l'origine d'une gêne fonctionnelle importante, que ce soit une dysphagie dans les angines, une dysphonie, une toux ou une dyspnée dans les laryngites, une « *sensation de tête pleine* » ou une congestion dans les sinusites, une hypoacousie ou des acouphènes dans les otites séreuses.

2.5. Infections résistantes à un premier traitement

Certains médecins ont recours à la corticothérapie seulement dans « *les sinusites qui résistent après quelques jours de traitement* », « *jamais en première intention* », « *dans une sinusite, si c'est un patient chez qui j'ai déjà essayé pivalone, des fluidifiants, éventuellement de la codéine* », dans les OMA, « *en seconde intention après les AINS* », dans les otites séreuses, « *si le traitement local n'a pas marché* » ou « *chez une patiente qui avait utilisé toutes sortes de moyens locaux pour essayer de déboucher ces trompes et puis ça n'avait rien donné* ».

2.6. Critères cliniques

L'un des médecins prescrit des corticoïdes dans les sinusites si il constate lors de la rhinoscopie antérieure « *un œdème très important au niveau des muqueuses nasales, notamment des cornées* ». « *Un tympan très très inflammatoire* » ou « *bien infiltré* » peut motiver l'usage de la corticothérapie respectivement dans les OMA et les otites séreuses. Deux praticiens emploient les corticoïdes dans les angines en cas « *de très grosses amygdales* », « *de phlegmons ou dans les angines pseudo-phlegmoneuses* ».

2.7. Autres critères décisionnels spécifiques

. **Les sinusites** : les « *sinusites purulentes* », « *bloquées* », « *obstructives* », « *la douleur pulsatile* », « *une polypose naso-sinusienne* », « *la pression du patient, le patient qui dit «mettez-moi un peu de cortisone»* »

. **Les angines** : « *dans le cadre d'une MNI* », « *en cas d'intolérance aux AINS* »

. **Les OMA** : « *quand ça fait suite à une rhinite* », « *en fonction de l'obstruction du cavum* », « *quand je ne sais plus quoi faire* »

. **Les otites séreuses** : « *dans un contexte infectieux* », « *si il y a un dysfonctionnement tubaire manifeste* »

. **Les laryngites** : « *en fonction du terrain derrière, si il y a une hyperréactivité bronchique ou un asthme* »

Deux médecins simplement affirment prescrire des corticoïdes dans les rhino-pharyngites, l'un « *pratiquement jamais* », l'autre « *plutôt rarement, si il y a un terrain atopique* ».

3. Facteurs liés au patient

3.1. Le terrain

Le terrain joue, très souvent, un rôle déterminant dans la démarche thérapeutique : les médecins prescrivent plus facilement des corticoïdes, en cas de comorbidités : « *si c'est quelqu'un d'asthmatique, d'allergique, qui a une polypose naso-sinusienne* », « *chez les BPCO* », « *si il y a une hyperréactivité bronchique* », « *chez les jeunes enfants qui font à chaque épisode infectieux viral ORL une laryngite* »... Pour certains, il s'agit du critère décisionnel le plus influent : « *un BPCO, si je le trouve un petit peu moyen, sans pouvoir dire franchement si c'est la rhino, si il décompense, si je le sens pas, je lui en mettrai un peu, donc, c'est plus le terrain qui joue* », « *en fonction du terrain, on va en prescrire ou pas* », « *j'en mettrai plus dans la crainte d'une décompensation de sa BPCO que pour traiter l'infection ORL* ». Quelques médecins rapportent prescrire également davantage de corticoïdes aux patients ayant des antécédents d'infections ORL persistantes : « *c'est toujours les mêmes patients, quand ils ont un rhume, ça n'évolue jamais bien* », « *avec certains patients, on se rend compte que si on ne leur en met pas, ça va durer ou ça va empirer* ».

3.2. Le contexte socio-professionnel

Il est souvent mis en avant par les médecins, comme un facteur déterminant dans la décision thérapeutique : « *Les gens qui pourraient rester tranquille à la maison avec une bouillotte sur le front, on ne leur en donnerait pas* », « *si ils viennent te voir, c'est qu'ils sont inquiets, qu'ils ont des contraintes professionnelles* », « *il faut que les gens reprennent leur boulot, donc, on les arrête un peu et on les retape avec la cortisone, et après c'est bon* ». Dans le cas des laryngites, en particulier, les médecins prescrivent des corticoïdes, « *aux enseignants qui ont vraiment une dysphonie* », « *chez les gens qui ont une extinction de voix et qui doivent chanter ou animer une conférence* », « *aux voyageurs de commerce qui doivent parler tout le temps* », « *si un patient me dit «j'ai prévu de chanter samedi à l'église» et qu'il vient me voir le mercredi et qu'il est enroué, même si c'est minime, à tous les coups, je lui donne des corticoïdes, une personne qui est au standard pareil* ».

3.3. Croyances et attitudes face aux infections ORL

Selon de nombreux médecins, les patients souhaitent une guérison rapide, voire instantanée : « *ils veulent être guéris tout de suite* », « *il faut sortir d'ici guéri* », « *les gens sont archi pressés* ». La prescription médicamenteuse, de corticoïdes notamment, serait alors perçue comme la solution pour accélérer le processus de guérison : « *les patients en réclament, ils savent que ça va passer plus vite avec les corticoïdes* », « *il y a des patients qui disent «sans les corticoïdes et les antibiotiques dans les sinusites, on arrive à rien»* », « *il faut batailler des fois pour ne pas prescrire* ». Le vécu médical dans des situations similaires influe sur ces croyances : « *les gens ne retiennent que le cas où ça s'est aggravé* », « *le patient a l'habitude de cette prescription et ne conçoit pas de partir avec autre chose* ». Certains soulignent la tolérance très limitée des patients : « *ils ont tous des sinusites hyperalgiques...le moindre petit rhume et ils ont mal...* », « *il faut que ça aille mieux tout de suite* ». L'un des médecins met l'accent sur le manque de responsabilisation des patients face aux infections ORL bénignes : « *ils croient en la médecine omnipotente, ils croient qu'on est médecins prescripteurs, médecins médicaments, mais une bonne partie de leur santé dépend d'eux aussi* ». Un autre évoque un recours trop systématique à une consultation médicale pour les infections ORL : « *je suis d'accord, on prescrit trop dans les rhinopharyngites et les choses comme ça, mais il faudrait que les gens arrêtent de nous consulter pour ça...* ».

4. Facteurs contextuels

4.1. Surcharge de travail

Certains expliquent qu'un planning très chargé nécessite le recours immédiat à un traitement rapidement efficace : « *on n'a pas forcément envie de revoir le patient trois jours après, pour cause de surcharge de travail, c'est peut-être pas scientifique, mais ça intervient* », « *tu vois quelqu'un avec une sinusite, avec un jetage postérieur, qui tousse et qui a mal au front, tu ne le soulages pas, il va revenir trois fois dans la semaine* », « *quand tu as eu plusieurs fois des gens qui sont revenus... je préfère taper fort tout de suite et puis l'affaire est classée* ». D'autre part, convaincre le patient que les corticoïdes ne sont pas nécessaires demande du temps « *que l'on n'a pas forcément* » : « *quand on donne pas un truc, il faut négocier vachement avec les gens quand ils s'attendent à l'avoir, c'est long, et je pense que quand il est tard, voilà, t'as pas le temps* », « *il faut batailler des fois pour ne pas prescrire* ».

4.2. La pratique des ORL

Beaucoup affirment que leur pratique est conforme à celle des spécialistes : « *je vois les ORL qui continuent à en prescrire, c'est aussi les spécialistes qui nous guident un peu* », « *le spécialiste ORL va peut-être prescrire encore plus de corticoïdes* », « *les ORL en mettent aussi très facilement* », « *t'envoies un patient à un ORL aussi bien pour une otite que pour une sinusite, il ressort systématiquement avec un corticoïde* ». L'un des médecins évoque une prescription quasi-systématique de corticoïdes dans les OMA, « *suite à une FMC avec un ORL* ». Un autre les utilise dans les otites séreuses depuis 4-5 ans, conformément aux pratiques des ORL : « *c'est les ORL récemment qui m'ont indiqué le chemin, c'est ce qu'ils donnent* ». L'avis des spécialistes semble primordial pour certains : « *on s'appuie beaucoup sur les données des spécialistes lors des FMC* », « *nous on a fait confiance et on continue de faire confiance aux spécialistes* ».

4.3. Les facteurs socio-culturels et structurels

Quelques médecins mettent l'accent sur l'impact de ces facteurs sur leur pratique : « *il faut que tout aille vite, à l'heure actuelle* », « *y a une pression des écoles, des crèches, du boulot des parents* », « *on est dans une société où on arrête pas de nous rabâcher le confort des patients, le traitement de la douleur, la prise en charge des doléances du patient* », « *on est dans une société où les gens ne vont pas accepter de rester une semaine à la maison attendre que ça passe. C'est ça le problème* ». La crainte de la concurrence, dans notre système libéral de paiement à l'acte, est également évoquée : « *on va avoir une perte de clientèle* », « *tu dis à 20 patients, vous avez une sinusite, oui, vous allez tousser pendant un mois et demi, vous allez avoir mal à la gorge, mal au front mais c'est pas grave..., tu en as 18 qui ne reviennent pas te voir, ils vont voir un autre médecin, c'est clair* », « *la profession est quand même très marquée par la notion de concurrence* ».

III- Stratégies évoquées pour améliorer ses pratiques

Beaucoup de praticiens remettraient en cause leurs prescriptions de corticoïdes dans les infections ORL, en présence de « *preuves absolues de leur inefficacité* » ou de leur nocivité : « *je suis tout à fait prêt à ne pas en donner si on me prouve que ça n'est pas utile dans l'otite par exemple* », « *si on me prouve par A+B que ça ne marche pas, que ça n'apporte rien* », « *si je trouve un document qui me dit que j'ai tort de faire comme ça* », « *si j'avais des données précises, si en comparant avec et sans corticoïdes, on se rendait compte que dans 80 % des cas, ça n'est pas efficace, ça remettrait en cause ce que je fais* », « *si on me montre que c'est nuisible, si je trouve des recommandations qui me disent que ma façon de faire est nuisible* », « *il faudrait peut-être des référentiels un peu plus étoffés, savoir réellement les risques de l'utilisation, le risque réel sur de grandes séries...* ». Certains évoquent la nécessité d'un rappel régulier des recommandations en vigueur : « *qu'ils nous remettent les recommandations sous les yeux, qu'ils insistent là-dessus* », « *ton enquête, ça nous remet sous le nez les recommandations, c'est bien* ». Un médecin se dit « *sensible aux recommandations* », dans la mesure où elles sont « *adaptées à la pratique* » et qu'elles tendent « *vers une amélioration du bien-être des patients* ». Selon l'un des praticiens, les référentiels devraient être élaborés par « *un groupe de médecins généralistes qui s'intéresserait à la pratique en médecine courante* ».

L'éducation des patients constitue un autre axe d'amélioration des pratiques, d'après certains médecins : « *je crois que c'est pas tellement nous qu'il faut changer, c'est les patients* », « *il faudrait mieux les éduquer, ceux qui voudraient sortir guéris de la consultation* », « *une bonne partie de leur santé dépend d'eux aussi* », « *il faudrait une campagne comme pour les antibiotiques «les corticoïdes, c'est pas automatique»* ». L'un des praticiens rapporte que « *quand on explique aux patients que si on leur donne un anti-inflammatoire, ils risquent de faire un phlegmon de l'amygdale à partir de leur angine, ils vont avoir moins envie de prendre des corticoïdes* ». L'éducation passe aussi par la prévention : « *il faut faire de la prévention sur l'hygrométrie, parce que c'est important la dessiccation des muqueuses, dans l'otite séreuse, par exemple, si la trompe d'Eustache est un peu sèche, les sécrétions sont adhérentes, ça va moins se drainer* ». Un médecin concède avec un certain fatalisme être « *encore toujours dans le curatif, ... pas assez dans le préventif, ..., on n'a pas le temps ou on sait pas faire en amont...* ».

Certains évoquent la possibilité de « *se laisser plus de temps* », avant d'initier une corticothérapie, notamment chez les patients « *pas très favorables aux prescriptions médicamenteuses* ». D'autres souhaiteraient également, dans ce sens, « *avoir plus de temps pour revoir les patients* », « *on ne peut pas trop se permettre d'attendre. Nous, on ne demanderait que ça* ». Un praticien reconnaît que, dans les otites séreuses, il ne respecte pas l'abstention thérapeutique préconisée, en prescrivant d'emblée des corticoïdes : « *quand vous lisez les articles, les gens communément disent que ça se guérit tout seul, donc finalement il faut attendre beaucoup de temps, effectivement là, je n'attends pas grand-chose* ».

Une alternative à la corticothérapie consiste, pour certains, à prodiguer en première intention des conseils dans les laryngites bénignes : « *l'eau chaude marche très bien* », « *l'hydratation de l'air ambiant* », « *seulement les vapeurs d'eau* », « *je donne les conseils d'humidification, de respiration dans une salle de bains où on a fait couler un bain, avec beaucoup de vapeurs* », « *du miel et une tisane* »... D'autres évoquent des alternatives thérapeutiques telles que « *les antalgiques de niveau 2* » dans les OMA ou les sinusites, « *les corticoïdes par voie inhalée* » dans les laryngites, « *les corticoïdes locaux* » dans les otites séreuses... Un praticien avoue être prêt à changer ses habitudes thérapeutiques dans ce domaine, seulement si il a « *la démonstration formelle qu'on a d'autres produits aussi efficaces que la cortisone pour soulager les patients plus vite* », « *si on me donne autre chose je veux bien sinon je ne changerai pas* », « *ça m'est strictement égal, que ce soit la cortisone ou tartan pion,*

mais il faut un truc qui marche ».

Une meilleure connaissance de la pharmacocinétique des molécules permettrait également parfois de modifier les modalités de prescription. L'un des médecins interrogés envisageait ainsi *« de diminuer sa durée de prescription de célestène, par rapport à l'information que je lui avais communiquée durant l'entretien, à savoir la demi-vie longue de cette molécule ».*

La recherche d'une étiologie, en cas de pathologies récidivantes, permettrait d'éviter la répétition des cures courtes : *« je demande facilement un avis ORL pour avoir une rhinoscopie, pour voir s'il n'y a pas des polypes, s'il n'y a pas d'anomalies », « ça me déclenchera peut-être une recherche d'allergie, de reflux », « il faut passer la main, si les cures deviennent répétées ».*

Certains rapportent qu'une attitude consensuelle, de la part des généralistes et des spécialistes, serait indispensable pour réduire les prescriptions de corticoïdes dans les infections ORL : *« Y a aussi le fait que tous les médecins n'ont pas le même discours...«lui, il en mets, pourquoi vous vous en mettez pas», ça c'est un truc super dur, tu ne veux pas casser du sucre sur tes confrères », « on est conforté par le fait que les collègues font pareil », « c'est une question de réflexion entre nous, de réévaluation comme on fait ce matin », « ce serait plus facile si on arrivait à parler d'une seule voix ».* L'un des médecins se dit prêt à modifier ses habitudes thérapeutiques dans ce domaine seulement *« si les ORL se rallient à cette conduite ».* Un autre médecin semble peu enclin à le faire, expliquant qu'au préalable, *« il faudrait savoir ce qu'en pensent les ORL ».*

Discussion

I- Discussion sur la méthode

La taille de l'échantillon étant assez modeste, les données recueillies sont difficilement généralisables mais suffisamment exploitables dans le cadre d'une analyse qui se voulait qualitative. La charge de travail des praticiens interrogés a certainement limité l'exhaustivité de certains entretiens, compte tenu du stress généré par leurs contraintes temporelles. Le choix de médecins connus, pour la plupart, a probablement permis une spontanéité et une liberté de parole plus importantes que dans le cas d'un choix aléatoire. Il est toutefois difficile d'évaluer l'objectivité des informations délivrées par les médecins. La présentation de l'objectif précis de ce travail en début d'entretien a pu, notamment, influencer leur discours. L'un des médecins m'a reproché, en outre, un certain parti pris, plusieurs questions reflétant selon lui mon jugement.

Par ailleurs, une utilisation trop rigide de la grille d'entretien, en particulier lors des premières interviews, a possiblement limité l'expression des médecins interrogés. Cette attitude a été favorisée par des réponses parfois très parcellaires et par la contenance que peut donner la grille. Il était extrêmement difficile, dans certains cas, de faire préciser les propos et de faire argumenter des conduites purement empiriques.

Plusieurs médecins m'ont néanmoins exprimé leur satisfaction à l'issue de l'entretien. Le sujet leur paraissait en effet extrêmement intéressant et soulevait selon eux des interrogations fondamentales dans la pratique quotidienne, au-delà du thème traité. Pour certains, les entretiens ont, en outre, été à l'origine d'une prise de conscience (risques encourus, surprescription...) ou ont permis l'apprentissage d'informations non acquises ou oubliées (pharmacocinétique, recommandations en vigueur...).

II- Perceptions et déterminants de la prescription

1. Facteurs liés au médecin

1.1. Perceptions et représentations des corticoïdes

La décision de prescrire des corticoïdes est déterminée, en partie, par l'image que le médecin développe de ce médicament. Tout comme les patients, son rapport aux médicaments est ambivalent, subjectif et investi de représentations (55). La corticothérapie n'y fait pas exception.

Beaucoup perçoivent les corticoïdes comme des médicaments puissants, voire magiques, permettant d'agir efficacement et rapidement contre l'inflammation. Certaines idées reçues, véhiculées lors de l'avènement de cette classe thérapeutique, demeurent gravées dans les esprits (effet magique, meilleure diffusion des antibiotiques sous corticoïdes, gastrototoxicité...). Bien que majoritairement conscients des risques potentiels, l'absence d'effets indésirables graves constatés en pratique courante semble contribuer, en outre, à banaliser cette thérapeutique.

Un certain nombre de médecins semblent, toutefois, extrêmement méfiants vis-à-vis des corticoïdes. Ils mettent l'accent sur leurs effets secondaires et accordent peu de place à la corticothérapie dans le traitement des infections ORL. Les craintes sont majoritairement liées au risque

immunodépresseur, mais également à la gastrotoxicité, à l'automédication, au risque de décompensation d'un diabète ou d'une psychose. L'influence de la formation universitaire y est probablement déterminante, puisqu'il s'agit essentiellement de jeunes médecins, à l'exception d'un « *formateur en formation initiale* ». On peut penser qu'avec le temps, le guide de l'expérience devient plus influent, au dépens des informations acquises lors des études universitaires.

La prise en compte des risques encourus se révèle particulièrement variable d'un médecin à l'autre. Ils semblent négligeables pour certains, compte tenu des bénéfices escomptés en terme d'antalgie et de soulagement des troubles fonctionnels. Dans ce cas, l'entretien est parfois à l'origine d'une prise de conscience. D'autres estiment, au contraire, le rapport bénéfice/risque défavorable dans la majorité des cas pour le traitement des infections ORL.

1.2. Les habitudes de prescription

Le terme est cité à plusieurs reprises lors des entretiens, certains médecins évoquant également des « *réflexes* » de prescription. Les habitudes ou préférences individuelles semblent avoir une influence déterminante sur le comportement des prescripteurs. Chaque praticien a ses habitudes devant une situation clinique donnée. Elles sont liées à l'âge, au sexe, à leur formation universitaire, à leur tolérance à l'incertitude, à l'expérience, à l'imitation des pratiques des confrères...

Il existe un aspect routinier et auto-entretenu à la prescription. En médecine, comme dans beaucoup d'autres activités, le poids des habitudes constitue probablement un frein au changement. Une étude belge a montré, ainsi, que le paramètre le plus prédictif de la prescription d'antibiotiques dans les rhinosinusites est *l'habitude du médecin à prescrire des antibiotiques* (OR=5,27) alors que le seul diagnostic de sinusite l'est moins (OR=2,8)...(56).

1.3. La pression de prescription

Les médecins interrogés justifient certains de leurs comportements thérapeutiques par la « *pression de prescription* », qu'elle soit verbalisée par le patient ou ressentie par le médecin, et avouent faire parfois de la « *complaisance* ». Ils perçoivent très souvent une attente de guérison rapide de la part du patient, qu'ils interprètent comme une demande de prescription médicamenteuse efficace, en l'occurrence de corticoïdes dans notre cas. L'exigence d'un résultat revient comme un thème majeur.

L'opinion qu'a le médecin des attentes de son patient semble être un facteur déterminant de prescription. Quand le médecin pense que le patient attend un traitement, il y a 10 fois plus de chance qu'il le prescrive, selon l'étude de Cockburn J. (57). Or, les attentes et les motivations du patient sont complexes et rarement explicites. Plusieurs études ont révélé que la pression du patient est plus forte dans la pensée du médecin que dans la réalité (58). Il existerait un décalage entre les attentes réelles des patients, centrées sur l'écoute attentive de leurs plaintes, l'information et la réassurance, et la perception qu'en ont les médecins (59).

D'après le travail de thèse de M. Lagneau (60), les principales motivations de consultation pour infections respiratoires hautes sont le soulagement des symptômes et le besoin d'être rassuré, les patients redoutant une pathologie grave. Nous avons, ainsi, pour habitude de concentrer notre attention sur la maladie et d'y répondre en terme de thérapeutiques, en l'occurrence d'antibiotiques, voire d'AINS et de corticoïdes, alors que les patients attendent écoute, information et réassurance. De nombreux travaux corroborent cette analyse.

1.4. La personnalité

Comme les patients, nous abordons nos consultations chargés de tout un système de croyances, de valeurs morales et d'attitudes, purs produits de notre éducation, de notre culture et de notre expérience. Ses schémas de pensées et de sentiments influent sur la manière dont nous nous entretenons avec les patients et sur nos prescriptions. Ce rapport subjectif à la maladie et aux médicaments, cette *note personnelle d'irrationnel qui nous gouverne* participe à toutes nos décisions (61).

Les entretiens mettent ainsi en évidence une propension plus ou moins marquée selon les médecins à agir pour leurs patients, à fournir un résultat. On ressent chez certains une volonté affirmée de remplir leur rôle d'expert qui a une solution. Ne rien prescrire amène, dans ce cas, un sentiment de culpabilité, d'abandon du patient. Certains médecins s'identifient ainsi au traitement et à la guérison ou à l'absence de guérison du patient (55).

L'anxiété, l'intolérance à l'incertitude sont également déterminantes dans les décisions thérapeutiques. La perception des risques encourus lors d'une corticothérapie en cure courte est, de ce fait, extrêmement variable suivant les médecins interrogés. On note également une réelle hétérogénéité de prise en compte de l'inconfort du patient, des comorbidités, des symptômes exposés... Certains relativisent les douleurs et l'inconfort provoqués par les infections ORL, en soulignant leur caractère bénin, alors que d'autres mettent l'accent sur leur retentissement et leurs complications potentielles. Selon un éditorialiste de la revue *Prescrire*, pour remédier à cette interprétation largement subjective, *il faut que chaque médecin apprenne à se connaître et à maîtriser les pulsions de son inconscient* (61).

1.5. L'incertitude diagnostique

L'incertitude qui se manifeste tout au long du processus de décision médicale influe sur la pratique des médecins et notamment sur leurs prescriptions. Certains médecins concèdent prescrire parfois des corticoïdes sans réelle certitude quant à la prise en charge la plus appropriée, face à des pathologies plus ou moins bien définies et à des situations mal codifiées (gravité, retentissement...). Le médecin accède, en outre, plus facilement à une demande du patient, en cas de doute sur la nécessité d'une corticothérapie.

Le manque de spécificité des symptômes des infections ORL et en particulier rhino-sinusiennes engendre *une incertitude diagnostique qui laisse une grande latitude d'interprétation entre ce qui est nécessaire, éventuellement utile ou encore inutile mais qui de toute façon ne fera pas de tort*, comme l'a décrit JM Feron dans le cas des infections respiratoires (62). *Une certaine incertitude diagnostique et thérapeutique* jouerait, selon lui, un rôle déterminant dans la prescription d'antibiotiques dans cette indication.

Par ailleurs, selon leur compétence diagnostique et leur jugement clinique, les définitions sémiologiques des infections ORL semblent différentes d'un médecin à l'autre, ce qui contribue probablement à cette incertitude diagnostique et à la variabilité des pratiques.

1.6. L'expérience professionnelle et personnelle

« *L'expérience quotidienne* » influe de manière extrêmement significative sur les décisions thérapeutiques des médecins interrogés. Beaucoup justifient le choix d'une corticothérapie en cure courte par l'efficacité et l'accélération du processus de guérison constatées sous corticoïdes, dans leur

pratique. Certains médecins mettent l'accent sur la valeur de cette expérience, de ce « *bon sens* » acquis jour après jour au contact des patients.

Le fait de n'avoir jamais été confrontés, pour la plupart, à des effets indésirables contribue, en outre, à renforcer l'impression d'innocuité qu'ils ressentent lors de l'utilisation d'une corticothérapie en cure courte. L'expérience de troubles psychiatriques sous corticoïdes engendre, en revanche, une vigilance extrême chez les prescripteurs concernés.

Leurs pratiques médicales ont parfois évolué sous l'influence de cette expérience, majoritairement dans le sens d'une majoration des prescriptions de corticoïdes et d'une extension des indications. Une minorité en prescrit toutefois moins qu'au début de son exercice, notamment face à l'évolution spontanément résolutive des laryngites.

L'expérience d'une activité hospitalière initiale influence également le comportement des prescripteurs, qui semblent plus enclins à utiliser les corticoïdes en cure courte, au début de leur exercice libéral. Pour une minorité, cette influence semble persister bien au-delà.

L'expérience personnelle d'une corticothérapie orale en cure courte lors d'une infection ORL semble également être déterminante dans le choix de cette thérapeutique pour les patients. Tous les médecins qui en ont pris pour des otites, des sinusites ou des laryngites témoignent, en effet, de leur efficacité dans ces indications. Ceux qui, au contraire, constatent une résolution spontanée de leurs infections ORL paraissent moins favorables à l'usage des corticoïdes chez les patients atteints des mêmes infections.

1.7. L'inefficacité du paracétamol et l'absence d'alternative thérapeutique

Le paracétamol, seul traitement préconisé dans les recommandations (5), est jugé inefficace par beaucoup de médecins dans les infections ORL très symptomatiques. Ils estiment, en particulier, son action souvent insuffisante sur la douleur, dans les otites et les sinusites, et sur les troubles fonctionnels, dans les laryngites, les sinusites et les otites séreuses. Les patients consultent, d'ailleurs, fréquemment du fait de l'inefficacité du paracétamol, utilisé en automédication au préalable. Certains médecins craignent, en outre, que cette prescription soit mal perçue et assimilée à une absence de prise en charge.

D'autres évoquent l'absence d'alternatives thérapeutiques dans ces indications, pour justifier le choix d'une corticothérapie, ressenti parfois comme une fatalité. Un certain nombre de médecins regrettent, en l'occurrence, que les recommandations ne proposent pas d'autres solutions thérapeutiques efficaces et soient purement restrictives.

2. Facteurs liés au patient

2.1. Croyances et attitudes face à la santé

La représentation que le patient se fait de la maladie (nature, gravité) est, en partie, liée aux facteurs éducatifs et aux modèles culturels. Les croyances et les attitudes face à la santé, notamment l'appétence supposée aux médicaments et la capacité d'accommodation, vont jouer un rôle déterminant sur le comportement des prescripteurs. Les médecins interrogés soulignent fréquemment une volonté affirmée de guérison rapide de la part des patients, à l'origine d'une pression de prescription. Le désir d'être débarrassé au plus vite de l'infection est souvent exprimé par le patient ou du moins préjugé par

le médecin.

Dans son travail de thèse, M. Lagneau (60) a constaté que la France se distinguait de ses voisins par un recours aux soins plus fréquent et plus précoce pour les infections respiratoires hautes. Les consultations pour infections ORL ne seraient en Allemagne que 40 % de ce qu'elles sont en France (56). La consultation d'un praticien pour des pathologies bénignes serait plus systématique en France que dans les pays anglo-saxons, où l'accent est mis sur la responsabilisation du patient. Le succès de l'automédication dans ces pays relèverait d'habitudes de consommation médicale. En France, l'utilisation de médicaments serait, en revanche, très « populaire », la santé n'échappant pas à la logique consumériste. Ainsi, selon une enquête européenne réalisée en 2005 auprès des médecins généralistes, 90 % des consultations en France se termineraient par une ordonnance de médicaments contre 72 % en Allemagne et 43,2 % aux Pays-Bas (63). D'après un rapport d'information sur la prescription, la consommation et la fiscalité des médicaments déposé à l'Assemblée Nationale le 30 avril 2008, *les comparaisons internationales soulignent une médicalisation plus forte qu'ailleurs des problèmes de société en France et un recours plus systématique aux médicaments dans la stratégie thérapeutique. En conséquence, le niveau de prescription est plus élevé que dans les autres pays européens* (64)..

Selon les médecins, les patients sont fréquemment dans l'attente d'une solution médicamenteuse à leur maladie, mais l'effet de conditionnement n'est probablement pas négligeable et l'analyse de leurs attentes souvent erronée. Ainsi, une étude portant sur les facteurs influençant la demande des patients en consultation de médecine générale révèle que la recherche d'informations est le comportement le plus répandu face à la maladie (65). L'étude menée auprès de 40 patients met en évidence une demande d'écoute authentique et empathique et une attitude pédagogique de la part des médecins. En outre, plusieurs études réalisées en Europe montrent que les patients changent de médecins davantage du fait de surprescription que de prescriptions médicamenteuses trop restreintes (66).

2.2. Terrain, contexte socio-professionnel, événementiel et temporel

La décision de prescrire des corticoïdes semble significativement influencée par les comorbidités (asthme, BPCO, terrain allergique, polypose naso-sinusienne...). Il s'agit parfois du critère décisionnel le plus influent, notamment en cas de symptômes peu spécifiques. Certains médecins argumentent également leurs prescriptions par l'existence de vulnérabilités individuelles aux infections ORL persistantes ou récidivantes, sans comorbidité réellement identifiée.

Le contexte socio-professionnel ou événementiel joue un rôle déterminant, dans la démarche thérapeutique, en particulier dans le cas des laryngites. Les contraintes professionnelles justifient, parfois, le choix d'un traitement corticoïde dont l'efficacité rapide permet d'éviter toute rupture d'activité. Pour les enfants, leur décision thérapeutique est influencée, dans certains cas, par l'inquiétude des parents et par « *la pression des écoles et des crèches*»..., les infections ORL étant souvent sources d'absentéisme scolaire et, par conséquent, d'indisponibilité parentale. Le contexte temporel, telles que les consultations à une heure tardive ou les veilles de week-end, peut également déterminer la prescription de corticoïdes, en particulier chez les enfants, dans la mesure où on ne pourra différer la prescription ou assurer une surveillance.

On comprend ici toute la difficulté des interventions thérapeutiques en médecine générale, interventions autrement plus complexes que celles évaluées dans les essais randomisés, puisqu'elles intègrent des éléments non quantifiables et pourtant primordiaux pour les patients (l'inconfort, l'inquiétude, les contraintes professionnelles, les récurrences...).

2.3. Les déterminants cliniques

La mauvaise tolérance des symptômes et les infections récidivantes ou résistantes à un premier traitement motivent fréquemment l'usage de la corticothérapie. Pour de nombreux médecins, elle n'est d'ailleurs prescrite qu'en présence d'un de ces éléments. Elle se base toutefois sur une interprétation des symptômes et des signes largement subjective, tant chez le patient que chez le médecin.

La façon dont le patient labellise et gère ses symptômes est particulièrement déterminante dans la décision thérapeutique (62). Ainsi, limiter la prescription de corticoïdes aux sinusites hyperalgiques, conformément aux recommandations, serait parfaitement illusoire, selon certains, dans la mesure où la majorité des patients estiment avoir une sinusite hyperalgique. Plusieurs médecins rapportent les diverses stratégies utilisées par les patients pour tenter d'influencer la prescription : diagnostic suggéré aux médecins avec présentation de symptômes tout à fait typiques, discours aggravant la sévérité réelle des symptômes, référence au vécu médical avec prescription de corticoïdes dans des situations similaires.

La décision thérapeutique intègre également les éléments constatés lors de l'examen clinique, moins soumis à la subjectivité (fièvre, aspect du tympan, des muqueuses nasales, des amygdales...), mais leur influence semble moins significative d'après les entretiens.

3. Facteurs environnementaux

3.1. Les facteurs structurels et la surcharge de travail

Certains médecins justifient le choix d'une corticothérapie par le manque de temps, qui les contraint à utiliser d'emblée un traitement maximaliste pour « *éviter de revoir le patient trois jours après* ». Dans un article portant sur les facteurs de surprescription d'antibiotiques, l'auteur affirme ainsi que la charge de travail des médecins est le facteur le plus déterminant (67). Plus le généraliste a un niveau d'activité important, plus la probabilité qu'il recourt aux antibiotiques est élevée, cette option étant plus économe en temps que la non prescription qui nécessite une argumentation auprès du patient (60). De façon générale, plus l'entretien est court, plus la prescription comporte de médicaments. Dans une situation de suractivité, le médecin est vraisemblablement plus à même de répondre favorablement à la pression du patient (68).

Les conditions de l'exercice libéral de la médecine générale en France favoriseraient ce phénomène, en donnant un pouvoir indéniable à la demande des patients (62). Il pousse en effet le médecin à satisfaire le patient rapidement, s'il ne veut pas que ce dernier consulte ailleurs ou soit obligé de consulter et de payer une seconde fois. La crainte de la concurrence a ainsi été évoquée lors d'un entretien. Au Canada, où les deux systèmes de rémunération (salarier et à l'acte) coexistent, les médecins à l'acte sont majoritairement ceux qui prescrivent le plus (62).

Dans son travail de thèse, M. Lagneau (60) souligne, par ailleurs, que *le règlement pécunier en fin de consultation sous-entend l'obtention d'une ordonnance en contrepartie, alors que la majorité des pathologies bénignes n'en nécessitent pas*, ce qui contribue à amplifier également le phénomène de surprescription.

De plus, le système de paiement à l'acte ne rémunère pas le temps passé en consultation et ne favorise donc pas l'écoute, l'analyse des attentes, l'information et l'éducation des patients.

3.2. Pratiques des confrères et des ORL et participation à la FMC

Beaucoup de médecins affirment être guidés dans leur démarche thérapeutique par les pratiques des ORL et en particulier par leurs recommandations lors des FMC. Les spécialistes prescriraient selon eux davantage de corticoïdes que les généralistes. Les deux ORL exerçant en libéral, interrogés dans le cadre de ce travail, m'ont confirmé utiliser très fréquemment la corticothérapie dans les infections ORL, en soulignant leurs bénéfices majeurs et leur innocuité en cure courte. Le Pr Schmerber, professeur d'ORL au CHU de Grenoble, contacté par mail, ne partage absolument pas cet avis et condamne fermement l'usage des corticoïdes dans les infections ORL, à l'exception des laryngites. Il regrette l'emploi trop systématique de cette thérapeutique dans ces indications, autant par les généralistes que par les ORL. Les ORL, sollicités dans cette étude, expliquent être confrontés à des contraintes liées à leur exercice en libéral et à des facteurs non cliniques ignorés par les experts.

Parmi les médecins interrogés, deux ont affirmé suivre pour le traitement de l'OMA les recommandations de spécialistes lors de FMC, recommandations totalement contradictoires, puisque l'un prônait les corticoïdes et le second les AINS. Il semble, par conséquent, que les intervenants témoignent bien souvent non pas des référentiels mais de leurs habitudes thérapeutiques, qu'elles soient validées ou pas par les études cliniques.

Dans le cas des antibiotiques, il a été prouvé que plus l'implication dans les actions de FMC est grande, moins la probabilité de prescription est importante (60). Pour les corticoïdes, en revanche, la participation aux formations continues peut être déterminante, à la fois dans le sens de la restriction ou d'une utilisation plus large. Il semble cependant que les plus gros prescripteurs parmi les médecins interrogés soient majoritairement ceux qui sont le moins impliqués dans les FMC.

Les habitudes locales de leurs confrères généralistes paraissent également déterminantes sur les comportements de prescription et légitiment, pour certains, leurs choix thérapeutiques.

III- Etat des lieux bibliographique et référentiels

1. Etat des lieux bibliographique

1.1. Complications potentielles d'une corticothérapie en cure courte

Parmi les complications liées à l'effet immunodépresseur, on peut citer les varicelles sévères sous corticoïdes, le risque accru de myocardite et d'encéphalite en cas de mononucléose infectieuse et le rôle favorisant des corticoïdes dans l'apparition de cellulites cervicales nécrosantes aiguës. Le risque infectieux augmente chez les patients ayant reçu une dose cumulée de corticoïdes de plus de 700 mg d'équivalent-prednisone, avec un risque relatif de l'ordre de 2.

Les décompensations psychiatriques peuvent survenir suite à une corticothérapie de faible posologie et de courte durée. Aucun critère prédictif n'a pu être identifié.

Concernant les effets gastro-intestinaux, s'ils ne sont pas ulcérogènes, on les reconnaît responsables de gastrites, de colites, voire de perforations intestinales, ces complications pouvant survenir pour des doses faibles et en début de traitement.

Parmi les complications précoces d'une corticothérapie, on peut citer également l'intolérance au

glucose, pouvant révéler ou décompenser un diabète et l'insuffisance surrénale qui peut être observée même après un traitement quotidien par 15 mg de prednisone par jour durant une semaine.

Au vu des risques précédemment cités et de leur gravité potentielle, on comprend qu'il n'y ait pas de corticothérapie anodine, d'autant plus que l'utilisation systématique des corticoïdes, lors d'infections ORL fréquentes, peut exposer le patient aux risques d'une corticothérapie au long cours.

1.2. Place des corticoïdes dans le traitement des infections ORL

Concernant la place des corticoïdes dans le traitement des angines, les méta-analyses réalisées soulignent leur efficacité en terme de soulagement de la douleur durant les 24 premières heures. Toutefois, les patients inclus dans les essais ont majoritairement des angines sévères et reçoivent des antibiotiques. Les auteurs recommandent de mettre en balance les bénéfices de la corticothérapie et leurs risques potentiels.

Leur utilisation, dans le traitement des laryngites, a longtemps été controversée. Ils ont, à présent, largement gagné le consensus dans cette indication, suite à diverses publications mettant en évidence l'efficacité d'une dose unique de corticoïdes dans toutes les formes de laryngites (diminution de la durée et de la sévérité des symptômes, des consultations répétées, du recours aux traitements annexes, du taux d'hospitalisation...). Leur indication demeure controversée dans les laryngites striduleuses ou spasmodiques spontanément résolutive en quelques heures, mais dans la pratique, une laryngite sous-glottique peut débiter comme une laryngite striduleuse et les récurrences seraient moins fréquentes sous corticoïdes.

Concernant la pathologie sinusienne, en dépit de prescriptions extrêmement fréquentes, l'intérêt de la corticothérapie dans les formes non hyperalgiques majoritairement rencontrées en médecine générale reste à démontrer. Les essais réalisés ont, en effet, montré l'efficacité des corticoïdes uniquement dans les rhinosinusites maxillaires aiguës hyperalgiques, en adjonction à une antibiothérapie adaptée. Des études récentes suggèrent l'intérêt des corticoïdes locaux, mais compte tenu de biais méthodologiques, des études complémentaires sont nécessaires pour préciser leur place par rapport à la corticothérapie orale en cure courte, dans le traitement des signes fonctionnels des sinusites aiguës.

L'utilisation de la corticothérapie orale dans le traitement des otites est une pratique courante en médecine générale. De nombreuses études expérimentales soutiennent leur intérêt potentiel dans cette indication. Cependant, sur le plan clinique, peu de travaux ont été publiés sur l'efficacité de la corticothérapie dans le traitement de l'OMA et les résultats des études sont, en outre, parfois contradictoires et leur méthodologie discutable. La dernière étude publiée en 2003 ne montre pas d'effet positif de la prednisolone aux doses de 2 mg/kg, que ce soit à court ou à long terme, chez les enfants présentant une OMA. Dans le traitement de l'OSM, le bénéfice est de courte durée et le taux de rechute plus important sous prednisone.

Il serait, par conséquent, intéressant de réactualiser les référentiels, au regard de ces nouvelles études.

2. Référentiels en vigueur

2.1. Diffusion et assimilation

Beaucoup admettent ne pas connaître les recommandations de l'Afssaps de 2005 portant sur les infections respiratoires hautes. Cette méconnaissance est attribuée par certains médecins à une diffusion insuffisante et à une absence de rappels. La diffusion de l'information validée (conférence de consensus, avis de groupes d'experts...) semble en effet peu organisée et noyée dans un flot de sources disponibles. Il paraît actuellement difficile voire impossible pour un médecin de connaître, de faire le tri et d'assimiler toutes les recommandations destinées à l'aider dans sa pratique courante, entre les anciens et les nouveaux messages, entre ceux émanant du spécialiste, des autorités publiques ou de la revue indépendante (68). Les guides thérapeutiques varient, en effet, dans le temps et selon leurs sources. Cela confère à l'ensemble une impression de flou, déstabilisante pour le médecin. Ainsi, en 1960, on aurait recommandé une corticothérapie per os pour traiter toutes les formes d'asthme! Selon une étude américaine sur la durée de «survie» des recommandations, 50 % seraient périmées au bout de 6 ans environ (2). En France, il n'existe, à ce jour, pas de vérification systématique et régulière des référentiels...

2.2. Adhésion des médecins

Elle semble limitée souvent par le manque de légitimité des experts à établir des référentiels destinés à la médecine générale. Les experts sont en effet perçus par beaucoup comme des « *bureaucrates* », ignorant tout des contraintes liées à l'exercice en libéral (demande des patients, surcharge de travail...). Certains émettent des doutes, en outre, suite « *au scandale du Médiateur* », sur leur indépendance et sur les « *pressions comptables* » au niveau de l'Afssaps.

Ils estiment l'applicabilité des recommandations à la pratique quotidienne souvent limitée. Elles ne seraient, en effet, pas adaptées aux patients vus en soins primaires. Certains évoquent une difficulté de transfert des connaissances théoriques dans la pratique, en reconnaissant prescrire trop de corticoïdes. Le fait que les définitions sémiologiques soient parfois différentes d'un médecin à un autre, en particulier dans la pathologie sinusienne, représente également un frein supplémentaire à l'application des recommandations. Limiter la prescription de corticoïdes aux patients qui cotent l'EVA à plus de 7 lors de rhino-sinusites paraît inadapté et trop éloigné des réalités du terrain pour certains.

Beaucoup, notamment parmi les jeunes médecins, reconnaissent néanmoins l'utilité des recommandations, qui apportent une aide à la décision thérapeutique, servent de base et de référence dans la pratique et permettent de remettre en cause des certitudes parfois infondées. Ils admettent qu'elles sont nécessaires, mais loin d'être suffisantes.

On peut s'interroger toutefois sur l'impact réel de ces recommandations sur la pratique. Elles n'auraient en effet qu'un rôle restreint dans les changements de comportement. Les publications qui confirment qu'elles sont mal suivies sont très nombreuses (56). Dans un article sur les représentations des recommandations par les médecins généralistes, 39 % des médecins les jugeaient peu utiles (57).

IV- Axes d'amélioration des pratiques

1. Adéquation des pratiques aux référentiels en vigueur

Le code de déontologie médicale le rappelle «le médecin doit 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» (article n°8). A l'heure de l'EBM (Evidence-based médecine), la décision médicale ne peut plus s'appuyer uniquement sur l'empirisme et l'expérience personnelle. Justifier une décision médicale personnalisée est une démarche de rigueur intellectuelle et d'éthique professionnelle vis-à-vis des patients. L'application et le respect des référentiels ne peuvent être renforcés, au vu des entretiens, que si on améliore :

- leur méthode de diffusion : avis consensuel des différents experts, nombre de sources limité, rappels...
- leur forme et leur qualité scientifique : démonstrations claires et précises, définition des limites sémiologiques, alternatives thérapeutiques en cas de restriction de prescription, réactualisations régulières...
- leur applicabilité sur le terrain
- la crédibilité des experts : implication de médecins généralistes et indépendance des experts

Toutefois, l'adhésion aux recommandations dépend également de facteurs liés au médecin et de facteurs environnementaux (adhésion et attitudes des spécialistes notamment).

2. Formation des médecins à la communication et à la non-prescription

La modification des comportements des médecins et des patients implique d'améliorer le mode de communication durant la consultation. La prise en considération tant des représentations que des attentes des patients face aux médicaments apparaît comme une des composantes essentielles de la prescription médicamenteuse. Il semble que plus la communication entre le médecin et son patient est longue et de bonne qualité, plus les prescriptions inutiles peuvent être évitées (69). Les explications scientifiques données par les médecins représentent l'argument de non-prescription le plus utilisé et le plus efficace. Ainsi, compte tenu des risques potentiels des corticoïdes oraux dans les infections ORL, il paraît important d'en informer les patients et de leur proposer d'éventuelles alternatives thérapeutiques. La prescription ou la non-prescription ne peuvent être qu'une décision partagée en fonction des souhaits et des besoins du patient. Il faut transformer ce qui est parfois ressenti comme une pression en participation consciente et constructive du patient (70).

Plusieurs médecins ont évoqué la nécessité d'éduquer les patients, mais initier des changements de comportement implique également d'évaluer leurs attentes, leurs sources d'inquiétude et de satisfaction. La responsabilisation des patients est un véritable enjeu de santé publique, le recours aux soins pour des pathologies bénignes étant beaucoup plus fréquent en France que dans de nombreux pays européens (60). La prescription irrationnelle de corticoïdes dans les infections ORL risque de surmédicaliser des pathologies le plus souvent bénignes. Elle contribue, en outre, au conditionnement des patients.

Les médecins généralistes ne sont probablement pas assez formés aux pathologies bénignes, à la communication (écoute active, information, réassurance, décision partagée) et à la non-prescription. Selon L. Perino, médecin et enseignant à la faculté de médecine de Lyon, *l'abstention est, en effet, la forme suprême de l'art médical* (71).

3. Réflexion sur les modalités d'exercice libéral

Le système libéral de paiement à l'acte favorise la poursuite de comportements médicaux parfois inadaptés et l'absence d'éducation des patients. L'analyse des attentes du patient, l'écoute, l'information, le partage... demandent du temps. Il est probable, dans les conditions actuelles de notre système de soins, que ce temps ne soit pas suffisamment valorisé et rémunéré. Cela implique une réflexion de fond sur les modalités pratiques de l'exercice libéral et sur sa rémunération, à la lumière des systèmes libéraux existant à l'étranger.

Conclusion

La France se distingue de ses voisins par un recours aux soins plus fréquent et plus précoce pour les infections ORL. Ces pathologies génèrent de multiples prescriptions de traitement symptomatique et notamment de corticoïdes, en dépit d'une efficacité le plus souvent non démontrée et de risques mal cernés. Afin d'appréhender les déterminants de cette prescription et d'explorer les perceptions des médecins généralistes vis-à-vis des corticoïdes en cure courte, des entretiens semi-directifs ont été menés auprès de 24 praticiens.

En préambule, un état des lieux bibliographique a été réalisé afin de préciser les risques et la place de la corticothérapie en cure courte dans les infections ORL. De façon générale, la corticothérapie ne doit pas constituer un traitement de routine, la prise de décision se faisant au cas par cas, en fonction de l'évaluation du rapport bénéfice-risque.

D'après les entretiens, beaucoup perçoivent les corticoïdes comme des médicaments puissants, voire magiques, permettant d'agir efficacement et rapidement contre l'inflammation. Les bénéfices mis en évidence au fil de l'« *expérience quotidienne* » renforcent cette représentation, en particulier chez les médecins ayant toujours à l'esprit l'image véhiculée initialement par les corticoïdes. Les plus jeunes sont, en revanche, majoritairement très méfiants vis-à-vis de ce traitement et de ses risques potentiels. Il semble que, par la suite, l'absence d'effets indésirables graves constatés en pratique courante contribue à banaliser progressivement cette thérapeutique.

Leur démarche thérapeutique est influencée, en outre, par leur perception des infections ORL, certains mettant l'accent sur leur retentissement et leurs complications potentielles, alors que d'autres en soulignent le caractère le plus souvent bénin et spontanément résolutif. Leur représentation des recommandations joue également un rôle primordial. La plupart des médecins estiment qu'elles ne tiennent pas compte de déterminants non quantifiables mais néanmoins essentiels : l'inconfort, le retentissement social, l'inquiétude parentale, les contraintes professionnelles... Beaucoup leur reprochent de ne pas proposer d'alternative thérapeutique, en dehors du paracétamol jugé souvent inefficace. À la lumière des entretiens, on peut s'interroger sur la qualité de leur diffusion et sur leur applicabilité à la pratique quotidienne.

Les médecins se disent, en outre, confrontés à des contraintes inhérentes à leur exercice en libéral, contraintes ignorées par les référentiels :

- la surcharge de travail, qui ne permet pas de revoir le patient à plusieurs reprises et favorise par conséquent l'emploi précoce d'un traitement maximaliste. Le manque de temps rend, de plus, la consultation et l'assimilation des recommandations difficiles.
- la pression de prescription ressentie par les médecins, face à des patients ayant une capacité d'accommodation limitée et souhaitant être débarrassés au plus vite de leur infection. Dans une situation de suractivité, le médecin est, en outre, vraisemblablement, plus à même de répondre favorablement à cette pression.

Beaucoup de déterminants intimes influent également sur la décision de prescrire des corticoïdes oraux dans cette indication :

- les habitudes de prescription, chaque praticien ayant ses préférences individuelles devant une situation clinique donnée.

- la personnalité des médecins, certains souhaitant « *être performants et réactifs* », alors que d'autres prônent « *la modération et la pondération* ». Leur anxiété face aux risques potentiels et leur tolérance à l'incertitude diagnostique, face à des pathologies plus ou moins bien définies, sont également déterminantes.
- leur expérience personnelle positive de cette classe thérapeutique.

Les facteurs liés aux patients peuvent également jouer un rôle déterminant dans la décision thérapeutique : comorbidités, contexte socio-professionnel ou événementiel, mauvaise tolérance des symptômes, infections récidivantes ou résistantes à un premier traitement, vécu médical, attentes... Parmi les facteurs environnementaux, on peut citer la pratique des spécialistes et leurs directives lors des FMC, les habitudes locales des confrères, les impératifs de rentabilité et de performance imposés par la société actuelle avec « *une pression des écoles, des crèches* »..., le système libéral de paiement à l'acte...

Plusieurs stratégies peuvent être envisagées, afin de rationaliser les prescriptions :

- Meilleures diffusion et applicabilité sur le terrain des recommandations, réactualisations régulières, alternatives thérapeutiques...
- Amélioration de la communication avec le patient, afin de répondre à ses véritables attentes : éducation, information, responsabilisation, décision partagée...
- Formation à la non-prescription, l'appétence aux médicaments des patients étant probablement surestimée et favorisée par un conditionnement progressif
- Attitude consensuelle de la part des généralistes et des spécialistes, avec prise en compte des référentiels lors des FMC
- Réflexion de fond sur les modalités pratiques de l'exercice libéral et sur sa rémunération, à la lumière des systèmes libéraux existant à l'étranger

L'idéal étant, en l'occurrence, de pratiquer une médecine « recommandée », expliquée à un patient informé (risques et éventuelles alternatives thérapeutiques) et impliqué dans la décision thérapeutique, tout en maîtrisant la part *d'irrationnel qui nous gouverne*...

Bibliographie

1. Bebear JP, Dubreuil C, Crampette L, Dessi P, Guerrier B, Klossek JM et al. Modalités de la corticothérapie dans les pathologies ORL en médecine générale. JFORL 2001 ; 50 (2) : 84-87
2. Tastavy N. Enquête sur la prescription de corticoïdes par voie orale dans les infections ORL auprès de 274 médecins généralistes de Midi-Pyrénées (thèse de médecine) Toulouse ; 2009
3. Le Pape A, Sermet C. Les références médicales opposables sur le médicament : bilan de trois années d'application. Bulletin d'information en économie de la santé n° 14. 1998. www.irdes.fr
4. Prescrire Rédaction. Corticothérapie dans les infections aiguës de la sphère ORL. Rev Prescr 2001 ; 21 (119) : 531-4
5. Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé. Antibiothérapie par voie générale en pratique courante dans les infections respiratoires hautes de l'adulte et de l'enfant. Octobre 2005. www.afssaps.fr
6. Jacqz-Aigrain E, Burtin P, Azevedo I, Cavaillon JM, Cezard JP, Czernichow P, Le Bourgeois M, Mahut B, Mercier JC, Narcy P. Les corticoïdes : pharmacologie et indications des cures courtes en pédiatrie. Arch Pediatr 1995 ; 2 : 353-364
7. Brion N, Guillevin L, Le Parc JM. La corticothérapie en pratique, Paris : Masson, 1998 : 87-93
8. Folia Pharmacotherapeutica. Corticothérapie dans les infections aiguës de la sphère ORL. www.cbip.be/fovia/2002/F29F02B.cfm
9. Dussauze H, Bourgault I, Doleris LM, Prinseau J. Corticothérapie systémique et risque infectieux. La Revue de médecine interne 2007 ; 28 : 841-51
10. Mc Gee S, Hirschmann J. Use of corticosteroids in treating infectious diseases. Arch Int Med 2008 ; 168 (10) : 1034-45
11. Prescrire Rédaction. Laryngite aiguë de l'enfant : les corticoïdes peu efficaces. Rev Prescr 2000 ; 20 (211) : 780
12. Prescrire Rédaction. Soulager les symptômes d' angine aiguë. Rev Prescr 2004 ; 24 (251) : 443-449
13. Chaplain A, Gouello JP, Dubin J. Cellulites cervicales nécrosantes aiguës à porte d'entrée pharyngée : rôle possible des anti-inflammatoires stéroïdiens et non stéroïdiens. A propos de 5 observations. Rev Laryngol Otol Rhinol 1996 ; 117 (5) : 377-80
14. Hayward G, Thompson M, Heneghan C, Perera R, Del Mar C, Glasziou P. Corticosteroids for pain relief in sore throat : systematic review and meta-analysis. BMJ 2009 ; 339 : 488-90
15. Klossek JM, Desmots-Gobler C, Deslandes B, Coriat F, Bordure P, Dubreuil C, Gehanno P, Gilain L, Jankowski R, Serrano E, Stoll D. Traitement des signes fonctionnels des rhinosinusites

maxillaires aiguës de l'adulte : efficacité et tolérance de la prednisone administrée par voie orale pendant 3 jours. *Presse Med* 2004 ; 33 : 303-9

16. Prescrire Rédaction. Effets indésirables neuropsychiatriques des corticoïdes chez des enfants et des adolescents. *Rev Prescr* 2008 ; 28 (301) : 830
17. Richard D, Senon JL, Roblot P. Corticoïdes et corticothérapie, Paris : Hermann, 1997 : 139-47
18. Vanelle JM, Aubin F, Michel F. Les complications psychiatriques de la corticothérapie. *Rev Prat* 1990 ; 40 (6) : 556-8
19. Poynard D. Etude critique des complications gastroduodénales de la corticothérapie. *Rev Prat* 1990 ; 40 (6) : 553-5
20. Ondzotto G, Galiba J. La corticothérapie dans le service d'ORL du CHU de Brazzaville. *Cahiers d'études et de recherches francophones/ Santé* 2003 ; 13 (2) : 113-5
21. Defuentes G, Dutasta F, Ficko C. Corticothérapie générale. *Rev Prat* 2009 ; 23 : 741-5
22. Garcia C, Banal F, Bordier L et al. Diabète et corticothérapie. *Med Mal Metabol* 2008 ; 2 : 587-92
23. Devillier P. Pharmacologie des glucocorticoïdes et pathologies ORL. *Presse Med* 2001 ; 30 : 59-69
24. Richards RN. Side effects of short-term oral corticosteroids. *J Cutan Med Surg* 2008 ; 12 (2) : 77-81
25. Duboeuf L. Photographie de l'utilisation des corticoïdes en médecine générale (thèse de médecine) Saint-Etienne ; 2008
26. Kiderman A, Yaphe J, Bregman J, Zemel T, Furst A. Adjuvant prednisone therapy in pharyngitis : a randomised controlled trial from general practice. *British Journal of General Practice* 2005 ; 55 (512) : 218-221
27. Little P. Sore throat in primary care. *BMJ* 2009 ; 339 : 467-8
28. Koenig K. Steroids might relieve sore throat pain. *Journal Watch Emergency Medicine* 2009. www.emergency-medicine.jwatch.org/cgi/content/full/2009/828/1
29. Korb K, Scherer M, Chenot JF. Steroids as adjuvant therapy for acute pharyngitis in ambulatory patients : A systematic review. *Annals of Family Medicine* 2010 ; 8 (1) :58-63
30. Wing A, Villa-Roel C, Yeb B, Eskin B, Buckingham J, Rowe BH. Effectiveness of corticosteroid treatment in acute pharyngitis : a systematic review of the literature. *Acad Emerg Med* 2010 ; 17 (5) :476-83
31. Aurel M, Martinot A. Dyspnées laryngées de l'enfant. *Preuves et Pratiques* 2009 ; 49 : 10-13
32. De Corbiere S, Freche C. La corticothérapie en ORL, laryngites sous-glottiques de l'enfant, sinusites aiguës, polyposes naso-sinusiennes, otites séro-muqueuses. *Ann. Med. Interne* 1998 ; 149

(8) : 508-11

33. Verta P. Etude descriptive rétrospective de l'activité de prescription de corticoïdes en cure courte portant sur un réseau de 89 médecins généralistes utilisant un langage commun et un dossier médical informatisé (thèse de médecine). Créteil ; 2006
34. Bjornson CL et coll. A randomised trial of a single dose of oral dexamethasone for mild croup. N Engl J Med 2004 ; 351 (13) : 1306-13
35. Prescrire Rédaction. Laryngite aiguë : effet symptomatique de la corticothérapie. Rev Prescr 2006 ; 26 (269) : 134
36. Bjornson CL, Johnson DW. Croup. The Lancet 2008 ; 371 : 333-5
37. Rattenni A. La corticothérapie orale dans le traitement de la rhino-pharyngite en médecine générale (thèse de médecine) Montpellier ; 2009
38. Pessey JJ, Reitz C, Los F. Rhinosinusites aiguës de l'adulte : enquête nationale sur les pratiques en médecine générale. Rev Laryngol Otol Rhinol 2000 ; 121 (4) : 237-41
39. Ferrand PA, Mercier CH, Jankowski R, Giroud C, Pasquier C, Touron D et al. Sinusites aiguës de l'adulte : prise en charge par le médecins généraliste. Press Med 2001 ; 30 (21) : 1049-54
40. Gehanno P, Beauvillain C, Bobin S et al. Short therapy with amoxicillin-clavulanate and corticosteroids in acute sinusitis : results of a multicentre study in adults. Scand J Infect Dis 2000 ; 32 : 679-84
41. SFORL. Rhinosinusites aiguës. www.orlfrance.org
42. Cannoni M, Sambuc R, San Marco JL, Auquier P, Gorget C, Chiarelli P. Comparative study of the efficacy and tolerance of prednisolone versus niflumic acid in the treatment of acute sinusitis in adults. Ann Otolaryng 1990 ; 107 : 276-81
43. Cope D, Bova R. Steroids in Otolaryngology. The Laryngoscope 2008 ; 118 : 1556-60
44. Société de pathologie infectieuse de langue française (SPILF), 10 ème conférence de consensus en thérapeutique anti-infectieuse : les infections ORL, Lyon, le 19 juin 1996. Med Mal Infec 1996 ; 26 : 1-7
45. Michenaud-Blanchet C. L'OSM de l'enfant : quelles difficultés pour les médecins généralistes en Loire-Atlantique ? (thèse de médecine) Nantes ; 2009
46. Benbouzid M.A, El Alami M.N, Edghiri H, Jaazouli N, Kzadri M. La corticothérapie en ORL. Médecine du Maghreb 1997 ; 61 : 13-16
47. Narcy P. Anti-inflammatoires (AINS, corticoïdes) dans l'otite aiguë pour prévenir l'otite séreuse. Med Mal Infec 1997 ; 27 (4) : 408-11
48. Yaman H, Ozturk K, Uyar Y, Gurbilek M. Effectiveness of corticosteroids in otitis media with

effusion : an experimental study. J laryngol Otol 2008 ; 122 : 25-30

49. MacArthur CJ, DeGagne JM, Kempton JB, Trune DR. Steroid control of acute middle ear inflammation in a mouse model. Arch Otolaryngol Head Neck Surg 2009 ; 135 (5) : 453-7
50. Narcy PH, Chastang C, Minozzi C, François M. Prévention de l'otite séro-muqueuse chez l'enfant : corticoïdes versus AINS. Concours médical 1995 ; 117 : 2313-22
51. Moal F, Cestac P, Toussaint C, Le Garrec S. Intérêt de l'utilisation des anti-inflammatoires dans le traitement de l'otite moyenne aiguë de l'enfant.
www.ispb.univ-lyon1.fr/liens/lyon-pharma/lyon2-99/otite.html
52. Triglia JM. La prise en charge des otites séromuqueuses en 1999.
www.pro.gyneweb.fr/Sources/congres/jta/99/ped/otites.htm
53. Vignes S, Wechsler B. Place de la corticothérapie brève dans les affections non malignes. Rev Med Interne 1998 ; 19 : 799-810
54. Gauthier B. Recherche sociale : de la problématique à la collecte des données 5ème éd, Québec : Presses de l'Université du Québec, 2009 : 338-360
55. Breton C. La relation médecin-malade : Croyances médicamenteuses, EMC référence, 2004 : 181
56. Trémolières F. Quels sont les déterminants des comportements des prescripteurs d'antibiotiques ? Med Mal Infec 2003 ; 33 : 73-85
57. Blais A. Croyances et attentes des parents à propos de la bronchiolite du nourrisson, un obstacle à l'application des recommandations ? (thèse de médecine) Nantes ; 2009
58. Collectif. Attentes du patient et prescription médicale. Bibliomed. 1998 : 92
59. Pecastaing JF. Etude de l'influence des facteurs non cliniques sur la décision de prescription d'antibiotiques en médecine générale (thèse de médecine générale) Bordeaux ; 2006
60. Lagneau M. Prise en charge des infections respiratoires hautes. Comparaison entre la France et les pays du nord de l'Europe (thèse de médecine) Nantes ; 2010
61. Bardelay G. Les trois strates. Rev Prescr 1992 ; 12 (120) : 341
62. Feron JM, Legrand D, Pestiaux D, Tulkens P. Prescription d'antibiotiques en médecine générale en Belgique et en France : entre déterminants collectifs et responsabilité individuelle. Pathologie Biologie 2009 ; 57 : 61-64
63. Amar E, Pereira C. Les prescriptions des médecins généralistes et leurs déterminants. Etudes et résultats DREES 2005 ; n° 440
64. Lemorton C. La prescription, la consommation et la fiscalité des médicaments. Rapport d'information enregistré à la Présidence de l'Assemblée Nationale ; 30 avril 2008

65. Gargot F, Balagayrie A. Etude des facteurs influençant la demande des patients en consultation de médecine générale. Le Concours Médical 2005 ; 11 (127)
66. Szecsenyi J. Influence of attitudes and behaviour of GPs on prescribing costs. Qual Saf Health Care 2003 ; 12 : 6-7
67. Cannasse S. Surprescriptions : mythe ou réalité ? janv 2009.
www.carnetsdesante.fr/surprescriptions-mythe-ou-realite
68. Mousquès J, Renaud T, Scemama O. Variabilité des pratiques en médecine générale : la prescription d'antibiotiques dans la rhino-pharyngite aiguë. CREDES aout 2003 ; biblio n°1494
69. Faure H. Déterminants de la prescription ou de la non-prescription d'antibiotiques en médecine générale. Med Mal Infec 2009 ; 39 : 714-21
70. Esman L. Rôle du patient dans la rédaction de l'ordonnance en médecine générale. Rev Prat 2006 ; 732/33 (20) : 596
71. Perino L. A quoi sert vraiment un médecin ?, Paris : Armand Colin, 2011 : 143-156

ANNEXE 1 : Echelle de Westley

Symptôme	Description	Score
Stridor	Aucun	0
	A l'effort	1
	Au repos	2
Signes de lutte	Aucun	0
	Minime	1
	Modéré	2
	Sévère	3
Ampliation thoracique	Normale	0
	Diminuée	1
	Très diminuée	2
Cyanose	Aucun	0
	A l'effort	4
	Au repos	5
Conscience	Normale	0
	Altéré	5
Score total		0-17
Léger : 1-2	Modéré : 3-8	Sévère > 8

ANNEXE 2 : Grille d'entretien

Vos représentations :

1. Quelle est votre représentation des corticoïdes en cure courte, dans votre pratique courante ?
2. Cette représentation a-t-elle évolué depuis le début de votre exercice ?
Si oui, comment et pourquoi ?
3. Pensez-vous qu'il s'agit d'une prescription anodine et totalement dénuée d'effets secondaires ?
4. Avez-vous déjà pris vous-même des corticoïdes oraux pour traiter une infection ORL ?
Si oui, pour quel(s) type(s) de pathologie ?
En avez-vous obtenu le bénéfice escompté ?

Vos pratiques

5. Prescrivez-vous des corticoïdes en cure courte (en cas de réponse positive, préciser à quelle fréquence : systématiquement, souvent, rarement) dans :
 - les rhino-pharyngites :
 - les sinusites :
 - les angines :
 - les OMA
 - les otites séreuses :
 - les laryngites :
6. Quel est le(ou les) bénéfice (s) attendu (s), pour chaque infection citée
7. Pour chaque infection, quels sont les critères décisionnels motivant cette prescription, si elle n'est pas systématique.
8. Les facteurs que vous jugez déterminants sont (classer de 1 à 5 par ordre de priorité) :
 - cliniques
 - liés au terrain et aux caractéristiques socio-professionnelles du patient
 - liés au retentissement de l'infection et à la description des symptômes
 - fondés sur votre expérience professionnelle
 - fondés sur les référentiels dans ce domaine
9. Associez-vous systématiquement une antibiothérapie à la corticothérapie orale, dans les infections ORL ?
Si non, dans quels cas le faites-vous ?
10. Quelles sont vos modalités de prescription des corticoïdes en cure courte, en général (spécialités, posologie en mg/kg/jour, durée, répartition journalière, arrêt brutal ou posologie dégressive) ?
11. Ces modalités varient-elles en fonction du degré de sévérité des infections ORL ?

Si oui, dans quelle mesure ?

12. Prescrivez-vous des corticoïdes dans les formes mineures de laryngite, comprenant uniquement une voix rauque et une toux ?
Si oui, quelle spécialité, quelle posologie et sur quelle durée ?
13. De manière générale, privilégiez-vous les corticoïdes à demi-vie courte ?
14. Compte tenu du caractère bénin et de l'évolution spontanément favorable de la majorité des infections ORL, pourquoi ne pas privilégier un traitement symptomatique, comme le paracétamol ?
15. Etes-vous attentifs aux nombres de prescriptions antérieures de corticoïdes en cure courte, durant les derniers mois, chez un patient ?
16. Avez-vous déjà été confronté à la survenue d'effets secondaires, lors de la prescription d'une corticothérapie orale en cure courte ?
Si oui, lesquels ?
17. Avez-vous davantage de réticences à prescrire une corticothérapie orale en cure courte chez un patient :
 - diabétique
 - ayant un terrain psychiatrique
 - ayant un antécédent d'ulcère gastro-duodéal
 - chez un enfant dans le cas d'un contact récent avec un cas de varicelle

Les référentiels

18. Avez-vous pris connaissance des recommandations de l'Afssaps de 2005 portant sur les infections respiratoires hautes et condamnant l'usage courant des corticoïdes oraux dans les angines, les rhinopharyngites, les sinusites et les otites ? Qu'en pensez-vous ?
Comment expliquez-vous l'importante discordance entre les pratiques des médecins généralistes et ces recommandations ?

L'avenir

19. Seriez-vous prêt à changer vos «habitudes» de prescription, dans ce domaine ?
Qu'est-ce qui pourrait vous y inciter ou vous y aider ?
20. Dans le passé, avez-vous été amené à changer vos pratiques, sous l'influence de référentiels ne les validant pas ?
Si oui, dans quel(s) domaine(s) ?

Caractéristiques :

Sexe, Age, Durée d'exercice, Lieu d'exercice (urbain, semi-rural, rural) , Type d'exercice (seul ou en cabinet de groupe), Nombre de consultations par jour, en moyenne, Nombre de FMC par an

Corticothérapie en cure courte dans les infections ORL en médecine générale : Perceptions et déterminants de la prescription

RESUME

Propos : L'utilisation de la corticothérapie orale en cure courte est une pratique courante en médecine générale dans la prise en charge des infections ORL. Les recommandations en condamnent pourtant l'usage dans cette indication, compte tenu d'une efficacité le plus souvent non démontrée et de risques mal cernés. L'objectif de ce travail était d'explorer les perceptions et les attentes des médecins vis-à-vis de cette thérapeutique, afin de mieux appréhender les déterminants de cette prescription hors référentiels.

Méthode : Enquête qualitative déclarative par entretiens semi-directifs auprès de 24 médecins généralistes bretons

Résultats : Les bénéfices constatés en pratique courante, en l'absence d'effets indésirables graves, contribuent à banaliser les corticoïdes oraux en cure courte et à renforcer l'image positive développée auprès des médecins. Les plus jeunes sont néanmoins majoritairement très méfiants vis-à-vis de ce traitement et vigilants quant à leurs complications potentielles.

La décision de prescrire des corticoïdes est un processus complexe faisant intervenir de nombreux **déterminants**, qu'ils soient **intimes** (perception des infections ORL et des recommandations, expérience professionnelle et personnelle, habitudes de prescription, anxiété, tolérance à l'incertitude diagnostique...), **liés aux patients** (comorbidités, contexte socio-professionnel ou événementiel, mauvaise tolérance des symptômes, vécu médical, attentes, infections récidivantes ou résistantes à un premier traitement...) ou **environnementaux** (pratiques des spécialistes et des confrères généralistes, formation médicale continue, impératifs de rentabilité et de performance imposés par la société actuelle, système libéral de paiement à l'acte...). C'est toute la difficulté des interventions thérapeutiques en médecine générale, interventions autrement plus complexes que celles évaluées dans les essais randomisés. La plupart des médecins estiment, en l'occurrence, que les recommandations ne tiennent pas compte de déterminants non quantifiables mais néanmoins primordiaux (inconfort, retentissement social, inquiétude parentale...). Les contraintes inhérentes à leur exercice en libéral, en particulier la surcharge de travail et la pression des patients, sont également incriminées comme facteurs de surprescription et de non-adhésion aux référentiels.

Améliorer la formation à la communication et à la non-prescription, l'adhésion aux recommandations, la qualité de la FMC et les modalités pratiques de l'exercice libéral en France permettraient probablement de rationaliser les prescriptions de corticoïdes oraux dans les infections ORL.

Mots clés : corticoïdes, infections ORL, perceptions, déterminants, prescription, recommandations