

UNIVERSITÉ DE NANTES

FACULTÉ DE MÉDECINE

Année 2016

N° 034

THÈSE

pour le

DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

(D.E.S de MÉDECINE GÉNÉRALE)

par

Mademoiselle Marine PAILLARD

Née le 07 octobre 1985 à Reims (51)

Présentée et soutenue publiquement le 28 juin 2016

**LA SANTÉ DES INTERNES NANTAIS EN MÉDECINE GÉNÉRALE :
OBSERVATION DES DÉTERMINANTS
DES PRATIQUES D'AUTOPRESCRIPTION ET D'AUTOMEDICATION**

Président : Madame le Professeur Leïla MORET

Directeurs de thèse : Madame le Professeur Laure VANWASSENHOVE

Monsieur le Docteur Laurent BRUTUS

Membre du jury : Monsieur le Professeur Lionel GORONFLOT

REMERCIEMENTS

À Madame le Professeur Leïla Moret,

Vous me faites l'honneur de présider ce jury, merci pour votre disponibilité. Veuillez trouver ici l'expression de ma reconnaissance la plus sincère.

À Madame Le Professeur Laure Vanwassenhove,

Merci pour ton engagement à mes côtés dans ce travail et pour ta bienveillance. Merci également de m'avoir transmis ta passion de la médecine générale. Merci pour ton soutien passé et présent. Trouve ici l'expression de ma sincère gratitude.

A Monsieur le Docteur Laurent Brutus,

Merci pour ton investissement dans ce travail, ta disponibilité, ta gentillesse ainsi que pour le dynamisme dont tu fais preuve pour valoriser la recherche en médecine générale. Trouve ici l'expression de ma profonde reconnaissance.

A Monsieur le Professeur Lionel Goronflot,

Merci d'avoir accepté de faire partie de ce jury et de juger ce travail. Merci pour votre disponibilité, votre gentillesse et l'intérêt porté à cette thèse. Trouvez ici ma sincère reconnaissance.

À Anne-Lise Lehesran, un grand merci pour ton aide précieuse, tes conseils et ta disponibilité.

Aux internes nantais, merci pour votre participation, sans vous, cette thèse n'aurait pas été possible.

Aux équipes médicales et paramédicales rencontrées lors de mon parcours d'interne :

À toute l'équipe médicale de l'île d'Yeu, merci pour votre accompagnement dans mes premiers pas de soins ambulatoires, un grand merci plus particulièrement à la famille Gravier.

À toute l'équipe de Saint-Jean-de-Boiseau, merci de m'avoir transmis votre passion pour la médecine générale et de m'avoir si bien accueillie.

Au Docteur Jean-Olivier Prioux, merci pour ton dévouement et ton amitié paternaliste. Je suis honorée de travailler avec toi qui tiens une place particulière dans notre famille.

À ma famille,

À mes parents, merci de m'avoir montré la voie, d'avoir fait ce que je suis devenue aujourd'hui, pour tout ce que vous m'apportez, votre amour, vos conseils, votre soutien, vos valeurs, je n'ai pas de mot suffisant pour toute la reconnaissance et le respect que je vous porte.

À Papa, la rigueur et la persévérance que tu m'as enseignées me poussent toujours plus haut. Tu as toujours les mots pour m'encourager et me soutenir dans n'importe quelle situation.

À Maman, tu es mon modèle depuis toujours et pour toujours.

À mes sœurs, à mes « tiers », à nos moments complices et irremplaçables, merci pour votre soutien et pour votre amour. Merci d'être à la fois mes sœurs, mes meilleures amies et mes confidentes.

À Matthieu, merci pour ton aide, ton soutien quotidien, ta patience sans limite. Merci pour tout le bonheur que l'on partage ensemble.

À Bapt et Pierre-Yves qui complètent parfaitement notre famille, merci pour vos soutiens.

À ma Coco, merci pour ton amour, ta générosité et pour toutes les valeurs que tu m'as transmises. Elle n'est pas si loin l'époque où tu nous expliquais à quoi servait ton stéthoscope...

À mes cousins, Virginie, Luca, Mika, Estelle, Manu, Aliéonor, Mandine et Bab, avec qui je partage plus que des liens familiaux.

Au reste de ma famille, merci ma Nounoute de m'avoir autant aidée, tes conseils sont précieux.

À ma belle famille, Olivier, Odile, Luc, Marie, Fred, vous m'avez accueillie à bras ouverts. C'est un plaisir d'apprendre à vous connaître.

À mes amis,

À mon petit groupe tourangeau : Bérengère, Ryan, Céline, Camille, Anthony, Pauline, Marie, Marion et les enfants avec qui j'ai partagé et je partage encore mes doutes et mes joies.

Aux Fontenaisiens : Mes « chéwies » : Céline, Caro, Babos, Maria, Christal, Anna et Cécile. Ainsi que Lolo, Sylvain et Quentine.

Merci pour ces moments fous, intenses, pleins d'émotions, les voyages au bout du monde ensemble, je ne peux imaginer avoir parcouru les méandres de l'internat sans vous, merci pour tout ce bonheur partagé. Vous êtes ma seconde famille. Un grand merci supplémentaire à mes deux sœurs de cœur Céline et Caro et à ma petite Maria. Je ne trouve pas les mots pour vous remercier.

À Martine, merci d'avoir bercé tout mon internat.

Aux autres amis nantais : Marika, Marine, Solenne, Annabelle, Julien et Géraldine, Caro et Guillaume, Juliette, Nanou et Abi, merci pour tous ces moments partagés et à venir.

À mes copines de toujours : ma Christine et ma Flo, malgré la distance, les moments passés avec vous sont toujours incroyables.

À mes deux meilleurs amis Théo (et sa famille) et Aude, merci d'être là et de m'accompagner chaque jour.

À mon Coach Fred et mes amis de l'union cosnoise sportive avec qui j'ai appris le goût de l'effort, plus particulièrement un merci à Clément et Hélène.

À Chacha, merci d'avoir été présente et de m'avoir tenu la main tout au long de mes années étudiantes.

À mes re-re-re-re-relecteurs : Odile, Nounoute, Nanie, Aurore, Bert, Domi et Matthieu, mille mercis.

À tous ceux que je ne cite pas mais qui comptent, merci.

À ceux qui ne sont plus là mais que je garde dans mon cœur, une forte pensée pour mon Paillot qui a toujours cru en moi.

SERMENT MÉDICAL

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

TABLE DES MATIÈRES

LISTE DES ANNEXES	8
--------------------------	----------

LISTES DES ABREVIATIONS	9
--------------------------------	----------

I – INTRODUCTION	10
-------------------------	-----------

1) Généralités	10
2) Définitions	12
2.1. Automédication	12
2.2. Auto prescription	13
2.3. Médecin généraliste et médecin traitant	15
3) État des lieux et contexte	16
3.1. La prescription française et le médicament	16
3.2. La santé des internes	18
4) Le journal de santé	22
4.1. Définition	22
4.2. Les études utilisant les journaux	23

II-MATÉRIEL ET MÉTHODE	24
-------------------------------	-----------

1) Type d'étude	24
2) Les participants	24
3) Caractéristiques des journaux	25
3.1. Choix de la méthode	25
a) Présentation et contenu	25
b) Période de remplissage	26
3.2. Le déroulement	26
a) Généralités	26
b) Entretien initial	27
c) Entretien final	28
4) Retranscription des entretiens et des journaux	28
5) Analyse du contenu	29
5.1. Analyse globale des entretiens et des journaux	29
5.2. Analyse des journaux	30

III-RÉSULTATS	31
----------------------	-----------

1) Réalisation	31
1.1. Les participants	31
1.2. Les entretiens et les journaux	31
2) Analyse thématique	32
2.1. Que pensent les internes de l'autoprescription	32
2.2. Le comportement et les habitudes des internes	34
a) Pathologie aiguë	34
b) Pathologie chronique	39
c) Les symptômes	42
2.3. Les différentes phases de l'autoprescription	43

2.4. Les déterminants de l'auto prescription	46
a) Les déterminants contextuels	46
b) Les déterminants personnels	50
c) Les déterminants émotionnels	53
d) La place du médecin traitant dans l'autoprescription	56
3) Les conséquences	64
IV-DISCUSSION	65
1) La méthodologie du journal de santé	65
1.1. Les points forts	65
1.2. Les limites	66
2) Analyse des résultats	68
2.1. La population et le recrutement	68
2.2. Le regard sur leur santé et leur habitude	68
a) Leurs pensées	68
b) Leurs pratiques	69
2.3. Les déterminants de l'autoprescription	70
a) Les déterminants contextuels	70
b) Les déterminants personnels	72
c) Les déterminants émotionnels	73
2.4. La place du médecin traitant	76
a) Un rôle dans l'autoprescription	76
b) La déclaration du médecin	77
c) Le besoin du médecin traitant et le recours à une consultation	78
d) Une relation biaisée	79
e) La relation avec les spécialistes	81
f) L'autoprescription, la maladie chronique et le suivi	82
g) L'autoprescription et la psychiatrie	83
h) Le patient ordinaire	84
i) L'autoprescription en augmentation	85
2.5. Les conséquences de l'automédication et l'autoprescription	86
3) Solution à apporter, ouvertures et perspectives	87
3.1. Les structures et programmes d'aide	87
3.2. Limiter l'autoprescription	89
3.3. Devenir patient	90
V- CONCLUSION	91
BIBLIOGRAPHIE	92

LISTE DES ANNEXES

ANNEXE 1 : Premier courrier électronique d'introduction

ANNEXE 2 : Deuxième courrier électronique

ANNEXE 3 : Exemple d'un journal de santé vierge

ANNEXE 4 : Guide d'entretien initial

ANNEXE 5 : Guide d'entretien final

ANNEXE 6 : Entretiens et journaux retranscrits

ANNEXE 7 : Classification CIPS-2

ANNEXE 8 : Récapitulatif des caractéristiques par ordre chronologique des internes enquêtés

ANNEXE 9 : Analyse thématique globale

ANNEXE 10 : Récapitulatif des symptômes et épisodes par interne

ANNEXE 11: Récapitulatif des traitements entrepris

Toutes les annexes sont incluses sur le CD-Rom ci-joint.

LISTE DES ABRÉVIATIONS

AMM : Autorisation de Mise sur le Marché

LEEM : Entreprises du Médicaments

HCAAM : Haut Conseil de l'Avenir de l'Assurance Maladie.

AINS : Anti-inflammatoire Non Stéroïdien

CSCT : Certificat de Synthèse Clinique et Thérapeutique

RAS : Rien À Signaler

SIMGO : Syndicat des Internes de Médecine Générale du Grand Ouest

SPM : Syndrome Prémenstruel

GEU : Grossesse Extra Utérine

PEC : Prise En Charge

RP : Radiographie Pulmonaire

TC : Traumatisme Cranien

RGO : Reflux gastro-oesophagien

BU : Bandelette Urinaire

IRS : Inhibiteur de la Recapture de la Sérotonine

DES : Diplôme d'Études Spécialisées

CNOM : Conseil National de l'Ordre des Médecins

KNMG : Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst

Royale Association médicale néerlandaise

KNMP : Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering der Pharmacie

Royale Association Néerlandaise pour la promotion de la pharmacie

IGZ : Inspection des soins de santé

PAMQ : Programme d'Aide aux Médecins du Québec

APSS : Association Pour les Soins des Soignants

CARMF : Caisse Autonome de Retraite des Médecins de France

MOTS : Médecin.Organisation.Travail.Santé

I - INTRODUCTION

1) Généralités

De l'antiquité à nos jours, la toute puissance de la médecine et l'infailibilité du médecin restent inconsciemment dans les esprits. Cette vision collective place le médecin qu'il soit interne, jeune médecin ou expérimenté, en situation de toute puissance où il se doit d'être toujours disponible et en bonne santé. Or le médecin peut être malade. Du petit rhume saisonnier aux maladies chroniques plus graves, le médecin peut lui aussi avoir besoin de soins médicaux. Qui n'a jamais entendu un patient dire : « c'est le comble pour un médecin d'être malade ». Cette phrase si simple, soulève questionnements et réflexions sur la gestion de la santé des médecins. L'exposition quotidienne à la maladie et la connaissance de la pathologie place tout médecin dans une situation délicate. Un médecin est-il un patient comme les autres ?

La santé des médecins généralistes suscite depuis plusieurs années un intérêt particulier et une préoccupation croissante. En effet, au cours des dix dernières années, la littérature médicale s'est enrichie de travaux et publications sur ce sujet. Plusieurs études analysent l'attitude préventive et le suivi des médecins généralistes sur leur santé (1) (2). D'autres études s'intéressent davantage au vécu du médecin malade (3). Il apparaît que dans l'ensemble, les médecins généralistes prennent dans l'ensemble soin d'eux et ont une meilleure hygiène de vie que la population générale (1) (2). Cependant la gestion de leur maladie et de leur santé semble inappropriée et parfois négligée. En effet, les médecins généralistes gèrent le plus souvent eux-mêmes leur santé, réalisant des autodiagnostic et des autoprescriptions. Consulter un confrère n'est pas une pratique courante et facile. Ils se déclarent majoritairement comme leur propre médecin traitant (1) (2) (3) (4). Le même constat était souligné chez les médecins généralistes remplaçants avec un autodiagnostic et une autoprescription omniprésente (5). Le Conseil National de l'Ordre des Médecins soulève d'ailleurs ce problème dans son rapport sur le Médecin Malade en 2008. L'interdiction d'une autoprescription était évoquée ainsi que l'existence d'un médecin traitant autre que soi même afin de permettre au mieux un suivi objectif et extérieur. (6)

Si on parle de la prise en charge médicale des médecins et de leur autoprescription, qu'en est-il de celle des internes en médecine ? Rappelons que l'internat est une phase de transition dans la vie d'un médecin. Ils acquièrent, au cours des trois années de formation, une autonomie progressive tant pratique que théorique, tout en étant sous la responsabilité d'un médecin référent. Ils s'approprient progressivement l'exercice professionnel et ont la possibilité de prescrire. Si l'autoprescription est pratique courante chez les médecins, on peut s'interroger sur le comportement des internes, d'autant plus que le cadre légal de l'autoprescription est très mal défini. Le statut de l'interne est très particulier car ils ne peuvent pas s'autodéclarer, comme leur aîné, médecin traitant mais peuvent pratiquer l'autoprescription et l'automédication.

Contrairement à la santé des médecins généralistes, la santé des internes est un sujet plus rarement abordé. Cependant, la santé psychologique et psychique des internes en médecine a fait l'objet de plusieurs travaux ces dernières années comme le *burn-out* ou le problème des consommations de substances psycho actives (7) (8) (9). Dans ce contexte, ce travail vise à comprendre comment les internes en médecine générale se prennent en charge sur le plan de la santé et d'évaluer les déterminants influençant leur automédication et autoprescription.

En 2015, à l'occasion du 16^e Congrès national des internes de médecine générale, une table ronde s'intitulait « L'interne, un patient (pas) comme les autres ». Cet atelier abordait le thème du médecin et de l'interne malade, en laissant la place aux paroles des internes expliquant leur difficulté à se soigner. Ce sujet est donc toujours au cœur de l'actualité et les réponses paraissent encore hésitantes. Avant d'exposer un état des lieux de la santé des internes, il semble utile de définir les termes automédication et autoprescription.

2) Définitions

2.1. Automédication

Il n'existe pas de définition unique et officielle de l'automédication dans le code de la santé publique. Selon la définition de l'OMS adoptée en 2000, « l'automédication consiste pour des individus à soigner leurs maladies grâce à des médicaments autorisés, accessibles sans ordonnance, sûrs et efficaces dans les conditions d'utilisation indiquées » (10).

Dans son rapport du conseil national de l'ordre des médecins de 2001, Dr Pouillard a défini l'automédication comme « l'utilisation, hors prescription médicale, par des personnes pour elles-mêmes ou pour leurs proches, et de leur propre initiative, de médicaments considérés comme tels, et ayant reçu l'autorisation de mise sur le marché (AMM), avec la possibilité d'assistance et de conseils de la part des pharmaciens » (11).

En 2007, Mr Alain Coulomb et Pr Alain Baumelou rendent un rapport au ministère de la santé et définissent l'automédication comme un comportement et non comme une catégorie de produits. Ainsi, est défini comme automédication le fait pour un patient d'avoir recours à un ou plusieurs médicaments de prescription médicale facultative dispensé(s) dans une pharmacie et non effectivement prescrit(s) par un médecin (12).

Les définitions précédentes de l'automédication ne tiennent pas compte de la possibilité qu'a un individu à pratiquer l'automédication avec un traitement restant d'une prescription antérieure, initiée par un médecin, et non consommé en totalité.

Rappelons qu'en France, la prescription est obligatoire pour toute spécialité qui contient une ou plusieurs substances inscrites sur une liste (liste I, liste II, stupéfiants). Quand on parle « d'automédication », on fait donc référence à des médicaments non soumis à prescription médicale. Les produits à prescription médicale obligatoire exclusive (liste I et II) n'entrent pas dans le champ de l'automédication à proprement parler. Mais les patients peuvent garder les médicaments inscrits sur les listes 1 et 2 ou sur la liste des stupéfiants, dans leur pharmacie personnelle, et peuvent les réutiliser pour eux-mêmes. Il existe donc une automédication à base de médicaments de prescription. (13)

Si on revient au cas de nos internes en médecine générale, l'automédication à base de médicaments de prescription est beaucoup plus aisée. En effet, en plus de leur pharmacie

personnelle, les internes en médecine générale ont accès aux pharmacies hospitalières de leurs services. Ces pharmacies sont riches en médicaments inscrits également sur les listes 1, 2 et de stupéfiants. L'automédication médicamenteuse est donc beaucoup plus large car elle comprend des médicaments à prescription obligatoire.

L'automédication ne se limite pas seulement à la consommation médicamenteuse. C'est pour cela qu'on peut utiliser également le terme d'auto soin, dont la définition se rapproche plus du terme anglo-saxon. En effet, cette notion d'auto soin renvoie à la consommation d'un produit ou d'un service de santé au sens large (14). L'OMS définit l'auto soin par les actes que l'individu met en place pour prendre soin de lui-même, pour établir et maintenir sa santé, prévenir et traiter la maladie, que cela passe par la réalisation d'activités bénéfiques à la santé ou la réalisation des soins du quotidien (10). Il peut donc s'agir d'homéopathie, d'ostéopathie, d'hypnose, de sophrologie, de pratiques sportives et d'alimentation.

En France, l'automédication est fréquente dans la population générale, 80% des individus interrogés déclarent avoir recours à cette pratique, plus ou moins fréquemment (15).

Dans notre travail, nous avons abordé l'automédication médicamenteuse comprenant également la réutilisation de médicaments antérieurement prescrits par soi-même et l'usage dans la pharmacie hospitalière.

2.2. Autoprescription

L'autoprescription n'est pas clairement définie. Ce terme est absent du dictionnaire français. Dans le Larousse, la prescription se définit comme une recommandation thérapeutique éventuellement consignée sur ordonnance faite par le médecin. L'autoprescription se caractérise comme toute prescription qu'un médecin peut se faire, à lui-même, sur une ordonnance et engageant sa responsabilité (16).

Son cadre légal n'est pas précis. Le code de déontologie médicale (extrait du code de santé publique) établit les limites de la prescription médicale, sans mentionner l'autoprescription (17).

ARTICLE 8 (article R.4127-8 Du CSP) : *Dans les limites fixées par la loi, le médecin est libre de ses prescriptions qui seront celles qu'il estime les plus appropriées en la circonstance. Il doit, sans négliger son devoir d'assistance morale, limiter ses prescriptions et ses actes à ce qui est nécessaire à la qualité, à la sécurité et à l'efficacité des soins. Il doit tenir compte des avantages, des inconvénients et des conséquences des différentes investigations et thérapeutiques possibles.*

ARTICLE 69 (article R.4127-69 Du CSP): *L'exercice de la médecine est personnel ; chaque médecin est responsable de ses décisions et de ses actes.*

Si légalement le médecin est compétent pour prescrire pour autrui, alors il l'est également pour lui-même. Nous savons que cette pratique chez les médecins concerne l'autoprescription médicamenteuse mais aussi paramédicale, comprenant les prescriptions des examens biologiques, radiologiques et les prescriptions de kinésithérapie (1) (2) (3) (4) (16). Au delà de l'ordonnance et d'après la littérature sur la santé des médecins généralistes, nous pouvons parler d'autoprescription lorsqu'il s'agit également d'une prise en charge réalisée en dehors de tout parcours de soins classique, comme par exemple les avis et les consultations informelles auprès des confrères et des médecins d'un réseau (1) (2) (3) (4) (16).

Pour les internes en médecine générale, il n'existe aucune législation sur l'autoprescription. Concernant la prescription, l'interne dépend légalement d'un référent. Il s'agit le plus souvent du chef de service. Selon le code de la santé publique, article R 6153-3, l'interne exerce ses fonctions « par délégation et sous la responsabilité du praticien dont il relève ». On en déduit qu'il en est de même pour l'autoprescription (18).

À ce sujet, on observe sur les réseaux professionnels informatiques beaucoup de questionnements de la part des internes sur la légitimité de l'autoprescription. Prenons un exemple de la vie courante, sur e-carabin, forum officiel des étudiants de médecine de France, on peut suivre les conversations suivantes (19):

« Bonjour, en tant qu'interne: puis-je prescrire des médicaments à moi-même? Merci »

« Aucun problème du côté de la pharmacie ni du côté de la sécu. Ça doit sans doute en poser en cas de prescription de toxique, logique, mais pour le reste, que dalle! »

« Fais-le ! Même mieux : Quand ton pharmacien te connaîtra, vas-y un jour où il y a un peu

de monde... et dans la queue ou sur le comptoir, modifie ton ordonnance avec ton petit stylo. La tête horrifiée des gens en te voyant faire te consolera immédiatement de toutes tes années d'études et des deux concours »

Si l'autoprescription médicamenteuse chez les internes semble indécise, nous avons retenu dans notre travail une définition beaucoup plus large et personnelle. En effet, elle comprend l'autoprescription médicamenteuse et paramédicale (examens biologiques et radiologiques, kinésithérapie). Elle implique également les avis auprès des confrères sans passer par le circuit conforme de consultation et de parcours de soins.

2.3. Médecin généraliste et médecin traitant

Le médecin traitant est un médecin généraliste ou spécialiste jouant un rôle central dans l'orientation et le suivi du patient tout au long de son parcours de soins. En effet, il assure les soins habituels, les soins préventifs et le suivi dont a besoin son patient. Il met en place un suivi médical personnalisé, et dirige son patient vers un médecin spécialiste en cas de nécessité, soit pour une consultation ponctuelle, soit pour des soins récurrents. Il tient à jour le dossier médical du patient et coordonne le parcours de soins de son patient.

Depuis 2004, selon la réforme de l'assurance maladie du 13 août 2004, la déclaration du médecin traitant est obligatoire auprès de la sécurité sociale à partir de l'âge de 16 ans (20). En France, en 2011, 89,7% des assurés ont choisi un médecin traitant et 99,5% des Français ont choisi un médecin généraliste comme médecin traitant (21).

3) État des lieux et contexte

La prescription médicamenteuse est l'apanage du médecin (22), il est important d'exposer cet acte médical avant de dresser un état des lieux de la santé et de l'autoprescription des internes en médecine générale.

3.1. La prescription et le médicament en France

La nature de la prescription médicamenteuse diffère entre les pays et notamment entre les pays européens. En effet, la consommation et la prescription médicamenteuse semblent plus importantes en France. Une étude réalisée pour le LEEM (les entreprises du médicament) en 2008, cherchait à comprendre cette différence de prescription (23). Dans ce travail, Mr Franck Amalric et Mme Joséphine Looock se sont basés sur deux autres études : le rapport de la Commission des Affaires Culturelles, Familiales et Sociales intitulé « La prescription, la consommation et la fiscalité des médicaments » et l'étude de l'IPSOS intitulée « Le rapport des Français et des européens à l'ordonnance et aux médicaments » croisant les regards de patients et médecins dans quatre pays : Allemagne, Espagne, Pays Bas et France (24).

Ce travail pour le LEEM, affirmait que les médecins français prescrivaient plus que leurs confrères européens. Cette forte propension à prescrire serait même constitutive « d'un modèle français de prescription » selon l'expression du Haut Conseil de l'Avenir de l'Assurance Maladie (HCAAM). Plus de 90 % des consultations françaises se terminent par une ordonnance de médicaments, contre 83,1% en Espagne, 72,3% en Allemagne et 43,2% aux Pays-Bas (25). C'est sur la base de ces chiffres que l'étude concluait qu'il existe « une forme de réflexe peut-être plus ancrée en France contrairement à nos voisins, traduite en une équation simple: « consultation = ordonnance = médicaments ». Une autre étude qualitative, de Sophia Rosman, rapportait que parmi les pays européens, la France se distingue par des consommations et des prescriptions élevées de médicaments dont l'efficacité n'a pas été démontrée : en moyenne 8 consultations sur 10 se terminent par une ordonnance (26).

Suite à cette conclusion, on peut se poser la question suivante : pourquoi les médecins français prescrivent plus que leurs confrères européens ? Ces mêmes travaux apportent des réponses (23) (24) (25). Tout d'abord, le médecin généraliste a un faible rôle en matière de prévention, à la différence des praticiens britanniques par exemple, qui sont fortement incités

à participer à des actions de prévention. Le médecin français se trouve moins souvent dans une situation d'une consultation pour laquelle aucune action curative, donc nécessitant une prescription médicamenteuse, n'est requise.

De plus, le médecin français joue un rôle majeur dans le suivi des maladies chroniques. Ils ont par exemple la nécessité de consulter leur médecin pour renouveler une ordonnance. Dans un pays comme la Grande Bretagne, le médecin a la possibilité de passer un accord avec le pharmacien pour qu'un patient se rende directement à l'officine chercher des médicaments, sans qu'une consultation ne soit nécessaire. Quand le renouvellement d'ordonnance est conditionné à une consultation chez le médecin généraliste, comme cela est le cas en France, cela contribue à favoriser la prescription en fin de consultation. De plus, en France la très grande majorité des médicaments de prescription médicale facultative est remboursable lorsqu'elle est prescrite par un médecin, alors qu'en Allemagne et aux Pays Bas, le remboursement de ces médicaments est exceptionnel. À la différence d'autres pays, la prescription reste en France le mode d'accès privilégié au médicament, ce qui participe à la réalisation d'une prescription en fin de consultation (23).

Si la consommation médicamenteuse par prescription est plus importante en France, retrouve-t-on le même constat pour l'automédication dans la population générale ? Le rapport de Mr Coulomb en 2007 a souligné à quel point l'automédication est sous développée en France par rapport à ses voisins européens (12). La part de l'automédication dans le marché total des médicaments était de 6% en France en 2005, contre 11% aux Pays Bas et 14% en Allemagne. En France, la prescription est le mode privilégié d'accès au médicament.

En dehors de toute prescription de renouvellement d'ordonnance, il existe parfois une surprescription médicamenteuse. De nombreux travaux tentent d'expliquer cette pratique. C'est le cas du travail de thèse de Violaine Mauffrey, recherchant les raisons de la surprescription médicamenteuse dans le cas de la rhinopharyngite (27). Les principales raisons expliquant la surprescription sont culturelles avec une pratique médicale ancrée, une réponse obligée au paiement à l'acte, une vertu rassurante du médicament, une nécessité d'un traitement « minimal » et un acte intellectuel médical peu valorisé. Il existe également des causes environnementales: la pression des patients, le fonctionnement concurrentiel des cabinets médicaux avec une notion de « clientélisme ». Il semblerait que la formation médicale universitaire pourrait favoriser la surprescription du fait d'une formation médicale non adaptée à la réalité de la médecine générale notamment avec la notion: «un

symptôme=un médicament ».

Selon Anne Vega, sociologue, le médicament est un outil central et l'ordonnance permet de valider la légitimité de l'acte médical. Il serait la « preuve matérialisée de la capacité à poser un diagnostic et à trouver un traitement » et un « moyen d'affirmer la compétence et la puissance du médecin » (28) (29).

Dans ce contexte, il est important de se questionner sur la prescription des internes. Cette notion de prescription ancrée dans notre culture et dans notre cursus médical peut-elle changer ou jouer sur l'autoprescription ou l'automédication des internes?

3.2. La santé des internes

Comme dit précédemment, la littérature française est assez pauvre dans le domaine de la santé des internes. On peut cependant dresser un état des lieux sur la santé psychique des internes et de leur hygiène de vie à partir de plusieurs travaux réalisés ces dix dernières années (7) (8) (9). Certains travaux traitaient du syndrome de l'épuisement professionnel (7). Il en résultait que l'internat était une phase à risque de stress, fatigue et *burn-out*, le plus souvent liés à leur formation, la confrontation à la souffrance et la surcharge de travail.

Concernant l'hygiène de vie des internes, la thèse de Jérémie Chirario réalisé en 2005, étudiait la consommation des substances psychoactives chez 527 internes en médecine parisiens (268 internes de médecine générale et 259 internes de spécialités) (8). On retrouvait dans son travail que l'alcool était la substance la plus consommée et la plupart du temps dans un contexte festif. Le tabac était la deuxième substance plus consommée et 45% d'entre eux avaient augmenté leur consommation lors de l'internat. 41% des internes déclaraient ne rien consommer. On constatait le même résultat dans la thèse de Julien Hérault, réalisée en 2012, consacrée également à la consommation de substances psychoactives, mais chez les internes en médecine des facultés de Lyon et Angers (9). Concernant l'alcool, 20 % des internes déclaraient avoir bu de l'alcool pour soulager leur stress. En dehors de toute étude médicale, on retrouvait ces thèmes dans la presse quotidienne, surmenage professionnel, épuisement et dépression des internes ont fait les gros titres des journaux ces dernières années.

Ce contexte de conduites addictives et de stress nous interroge sur la prise en charge médicale des internes : est-elle adaptée ?

En évoquant la santé psychique des internes, il est également important de parler de la santé physique et globale de l'interne.

Quelques études portaient sur la gestion de la santé des internes, comme le travail de Claire Schreck réalisée en 2013 chez 315 internes de médecine (toutes spécialités confondues) à Rennes (30) et la thèse d'Olivia Ridet menée chez 128 internes de médecine générale à Poitiers en 2013 (31). Une étude évaluait plus précisément le suivi des internes, il s'agissait du travail de thèse de Thibault Le Quintrec réalisé en 2013 chez 147 internes de médecine d'Angers (32).

Il en ressort que les internes de médecine se considéraient en général en bonne santé avec une bonne attitude préventive et une hygiène de vie correcte (30) (32). Dans la thèse d'Olivia Ridet, près de 94 % des internes poitevins s'estimaient être en bonne santé. Les internes mentionnaient que leurs problèmes paraissaient mineurs par rapport à ceux des patients.

Concernant la manière de prendre en charge leur santé, on retrouvait le même résultat quelle que soit l'étude: les internes géraient seuls leur santé et avaient recours dans la majorité des cas à l'autodiagnostic. L'automédication et l'autoprescription chez les internes de médecine toutes spécialités confondues étaient omniprésentes tout au long de l'internat.

Chez les internes Rennais, 96% d'entre eux pratiquaient l'automédication et 56,7% pratiquaient l'autoprescription, que ce soit médicamenteuse ou paraclinique (biologie et imagerie). Devant un problème aigu, 78% des internes ne consultaient pas, soit par un accès direct à l'autoprescription, soit du fait d'une attitude passive (30).

Chez les internes poitevins, 77% d'entre eux pratiquaient l'autoprescription. Les traitements autoprescrits étaient essentiellement des antibiotiques, des AINS, des benzodiazépines et des contraceptifs (31). Les internes demandaient également des avis à leurs amis ou collègues, appelés « consultations de couloir » ou consultations informelles.

Chez les internes angevins, on retrouvait une autoprescription chez 85% des internes. Elle concernait les médicaments, les examens complémentaires biologiques et radiologiques et les certificats médicaux. Les autoprescriptions médicamenteuses concernaient les antibiotiques, les AINS ou les antalgiques. 37% déclaraient gérer eux-mêmes leur santé (32).

Une autre étude évaluait l'autoprescription et l'automédication des internes, il s'agissait du travail d'Amélie Prudhomme et d'Anne Richard chez 15 internes grenoblois, réalisé en 2013. L'autoprescription était également présente pour tous ces internes (33).

Il existe à ce jour de nombreux travaux réalisés à l'étranger où le même constat est observé. C'est le cas des études anglo-saxonnes s'intéressant à l'accès aux soins des internes. Ces travaux montraient que les internes trouvaient difficile l'accès aux soins surtout par manque de temps. L'autoprescription et l'automédication avec un accès aux pharmacies hospitalières étaient très fréquentes (34) (35). Pour des raisons de commodités (accessibilité, gain de temps), les internes avaient recours à des consultations informelles et même s'ils avaient un médecin référent, ils contournaient majoritairement l'accès à celui-ci (34) (37).

D'autres études réalisées en Inde et au Ghana (en Afrique Occidentale) chez des étudiants en médecine montraient une prévalence de l'autoprescription à 78,6% et 70% respectivement, et la moitié des étudiants encourageaient cette pratique (38) (39).

A noter que les études de médecine à l'étranger ne sont pas les mêmes qu'en France, lorsque les chercheurs évoquent dans leurs articles les étudiants en médecine, cela peut correspondre aux étudiants en médecine externes et internes.

Tous ces éléments soulignent que l'interne gère seul sa santé dans la majorité des cas; il a recours à l'autodiagnostic et l'autoprescription. Si quelques motifs, comme le manque de temps, la mobilité durant les stages et les connaissances médicales étaient évoqués dans ces différentes études, nous voulions comprendre et connaître les motifs de ce comportement.

Les travaux de thèse cités précédemment avaient pour objectif de faire un état des lieux de la prise en charge médicale des internes en abordant les différents aspects de leur santé à savoir leur attitude préventive, leur suivi et leur utilisation des soins (30) (31) (32). L'autoprescription était donc évoquée mais peu approfondie. Les méthodes employées étaient quantitatives (via des questionnaires) ne permettant pas d'observer le comportement des étudiants au quotidien. L'étude d'Amélie Prud'homme et Anne Richard représentait le seul travail qualitatif et confirmait les motivations de l'autoprescription : manque de temps, mobilité durant les stages et connaissances médicales (33). Basée sur des entretiens, cette étude était limitée par le biais de désirabilité sociale. Il était alors difficile, avec des méthodes classiques (questionnaires et entretiens) de connaître et d'observer le vrai comportement des internes sur l'autoprescription.

Nous avons décidé de choisir le journal de santé pour répondre au mieux à notre objectif car il permet une observation la plus réelle possible, quotidienne et à travers le temps avec une diminution du biais de mémoire. Avant de détailler l'intérêt et les principes du journal de santé, il est important d'exposer le but de notre travail.

L'hypothèse de travail est la suivante : la majorité des internes en médecine, comme les médecins généralistes pratique l'automédication et l'autoprescription. Nous avons cherché à observer et comprendre ce comportement et les déterminants de cette pratique à travers les journaux de santé.

4) Le Journal de santé

4.1. Définition

Pour observer ce comportement, plusieurs méthodes étaient possibles, nous avons choisi la méthode du journal de santé pour retranscrire au mieux la pratique des internes.

Le journal de santé est un outil méthodologique de recueil de données, ressemblant à un journal intime et utilisé pour examiner les expériences de vie en cours, survenant spontanément et dans un contexte naturel.

L'objectif principal des « méthodes par le journal personnel » est de capturer des événements, des expériences et des comportements qui se déroulent quotidiennement et d'offrir ainsi un éclairage unique et précieux sur l'existence humaine (40). La méthode des journaux personnels permet de percevoir la vie telle qu'elle est vécue, au moment même où elle est vécue : « diarmethods : Capturing Life as it is Lived » (41).

Le chercheur ou l'enquêteur étant absent, les journaux personnels donnent également aux chercheurs un moyen non-intrusif d'avoir un regard sur des espaces intimes de la vie des personnes, qui pourraient sinon leur être fermés (42). Un des avantages de cette méthode est la réduction du biais de rétrospection, obtenu en minimisant la durée écoulée entre l'expérience et le récit de celle-ci (41). Le journal de santé offre une meilleure vue d'ensemble des problèmes et des comportements de santé que ne le permettent les méthodes utilisant des entretiens ou questionnaires rétrospectifs.

D'après Lois Verbrugge, en 1980, les intérêts du journal sont multiples (43). Cet outil augmente le taux d'informations pertinentes sur les actions de santé au quotidien et le taux d'incidence des symptômes et problèmes de santé, en particulier les affections passagères, banales, jugées bénignes, celles qui nous intéressent également dans notre travail. Il réduit nettement les erreurs de mémoire : trous de mémoire, censures rétrospectives, déformations de témoignage en diminuant le laps de temps entre l'occurrence de l'expérience et le récit de celui-ci dans le journal. En plus d'augmenter le nombre d'informations pertinentes, il donne une estimation plus valide, plus fiable de l'intensité et de la fréquence des événements, au plus proche de la réalité.

Les journaux personnels constituent donc un outil riche et apportent des informations très personnelles en temps voulu ou proche de leur apparition dans l'espace et dans le temps contrairement à d'autres supports autobiographiques (comme les entretiens et questionnaires). Dans notre cas, ce support semble être un outil très intéressant pour accéder aux pratiques d'auto soin réalisées par un individu qui peuvent être oubliées ou minimisées dans une enquête rétrospective.

4.2. Les études utilisant les journaux

Les Journaux personnels ont été utilisés depuis des centaines d'années pour enregistrer les événements de la vie quotidienne des personnes et ont servi également pour des études historiques. Durant le vingtième siècle, ils étaient essentiellement utilisés comme outil de recueil de données dans les domaines de la recherche sociologique ou anthropologique (44).

Dans les années 80, quelques études médicales ont utilisé la méthode des journaux de santé. Il s'agit essentiellement de travaux anglo-saxons cherchant à observer des comportements ou des ressentis comme par exemple l'étude des comportements des états de bonne santé et de maladie chez des familles new-yorkaises en 1972 (45), l'auto soin en 1980 (46), la symptomatologie des cycles de menstruation en 1988 (47), le ressenti chez les patients amputés en 1989 (48), les comportements sexuels à risque entre hommes homosexuels en 1988 (49), la consommation d'alcool en 1990 (50), la personnalité des étudiantes dans une sonorité en 1991(51), les relations personnelles et intimes chez des couples en Caroline du Nord en 1995 (52), les comportements à risque chez les usagers de drogues en 2004 (53), le ressenti chez les aidants de malades en 2007 (54).

II-MATÉRIEL ET MÉTHODE

1) Type d'étude

Il s'agissait d'une étude descriptive de type qualitatif. Elle a été réalisée auprès des internes volontaires de médecine générale de Nantes à l'aide d'un journal de santé.

Cette étude se déroulait en trois temps :

- Un entretien initial permettant d'expliquer individuellement le journal de santé et d'accéder aux informations générales concernant l'interne.
- Un journal de santé : cahier personnel dont l'objectif était d'observer l'autoprescription et l'automédication des internes.
- Un entretien final permettant d'évaluer le contenu de celui-ci.

2) Les participants

Afin de recruter un maximum d'internes, nous avons envoyé par l'intermédiaire du Syndicat des internes (SIMGO), un courrier électronique à l'ensemble des internes des trois promotions de médecine générale de Nantes (DES 1, DES 2 et DES 3) (Annexe 1).

Les internes de spécialités étaient exclus. Au total, 357 mails ont été envoyés le 07 avril 2014. Nous avons ainsi recruté dans un premier temps neuf internes volontaires : un DES 1 et huit DES 3.

Pour que notre groupe d'internes soit le plus hétérogène possible, nous avons poursuivi le recrutement en direct, en allant dans les amphithéâtres en novembre 2015, à l'occasion des cours de DES. En conséquence de quoi, nous avons recruté quatre internes de DES 1 et quatre internes de DES 2.

Après une rapide présentation par courrier électronique de l'étude (Annexe 2) et un accord verbal du participant, un rendez-vous était fixé selon les disponibilités de chacun en vue de débiter l'entretien le plus rapidement possible.

Au départ, la taille de l'échantillon n'était pas déterminée. Un nombre d'internes entre 12 et 15 nous semblait satisfaisant. Notre groupe de départ, étant constitué essentiellement de

DES 3, nous avons augmenté le nombre de participants afin d'avoir des internes des trois différentes promotions. Cela nous permettait de travailler avec une population plus hétérogène et plus diversifiée. Le recueil a cessé à saturation des données à savoir l'absence d'identification d'idées nouvelles au cours des deux derniers entretiens (55).

Au total, 17 internes Nantais de médecine générale ont été recrutés.

3) Caractéristiques des journaux

3.1. Choix de la méthode

Le journal personnel est un carnet de bord chronologique annoté. Il permet de percevoir la vie telle qu'elle est vécue à un moment donné et de capturer les expériences quotidiennes (40). L'élément recherché étant l'autoprescription et l'automédication, il permet un recueil le plus complet possible des problèmes de santé journaliers, susceptibles de conduire à cette pratique. L'enquêté peut noter les symptômes et les réponses qu'il y apporte en temps réel. Cette méthode nous est apparue la plus appropriée et la plus accessible afin d'observer au mieux l'attitude des internes.

a) Présentation et contenu

Notre méthode a été conçue suite aux travaux réalisés par Anne-Sophie Lucas (56). Le journal de santé se présente sous la forme d'un cahier A4, à spirales et contient deux parties (Annexe 3).

La première partie du journal de santé est un questionnaire à réponses fermées, à remplir tous les soirs par l'interne enquêté. L'objectif est de permettre à l'interne d'évaluer sa journée, sur le plan de la santé bien sûr, mais aussi sur le bien être psychique et physique, de se remémorer les différentes activités de la journée et des rencontres pouvant influencer la qualité de sa journée. Ces questions permettent d'orienter le récit du participant vers les informations recherchées.

La seconde partie est une page d'écriture libre, sur laquelle les internes notent tout problème de santé apparu dans la journée et expliquent la prise en charge qui en découle. Cette partie narrative permet au rédacteur de détailler ces réponses.

b) Période de remplissage

Concernant la durée du remplissage du journal, nous avons choisi une durée de 21 jours, et ce pour deux raisons. D'une part, il fallait que les internes soient rigoureux sur le remplissage quotidien du journal afin de donner le maximum d'informations et de précisions. Nous avons pensé qu'une étude trop longue pouvait entraîner un frein à leur participation ou un abandon de leur part au cours de l'étude. D'autre part, il fallait que le problème de santé (l'élément recherché) apparaisse pendant cette période suffisamment longue.

L'étude réalisée par le Dr Lucas, testant les journaux de santé comme outil, comptait une durée de 31 jours (56). Nous pensions, au départ de l'étude, reproduire ce schéma. Mais, lors de l'entretien test, l'interne enquêté avait rempli le journal de santé pendant 12 jours seulement, trouvant l'outil trop répétitif et monotone. Nous avons donc fixé 21 jours afin de répondre à nos deux critères, cités précédemment.

3.2. Le déroulement

a) Généralités

L'étude a été rythmée par plusieurs rencontres et prises de contact, convenues avec les participants. Deux entretiens semi-directifs ont été réalisés par interne. Pour chaque interne, nous avons fixé un rendez-vous par courrier électronique ou par téléphone, en proposant de nous déplacer à leur domicile ou sur leur terrain de stage pour diminuer les contraintes.

Lors du premier entretien, nous avons abordé, avec le participant, le thème de leur santé. Cela nous permettait de faire connaissance avec les internes et connaître leurs points de vue sur l'autoprescription. Nous expliquions également le fonctionnement du journal de santé. À la fin de l'entretien, le journal de santé personnel était remis. Il était demandé aux participants de tenir leur journal personnel de santé quotidiennement pendant 21 jours.

Pendant la période de remplissage du journal de santé, une supervision téléphonique était programmée au bout de 7 jours pour s'assurer de l'observance du journal ou pour répondre, selon les besoins des participants à des questions pratiques et de compréhension.

Au terme de la période du remplissage du journal personnel, un deuxième entretien était fixé pour analyser et expliciter les informations de celui-ci. Le journal de santé était récupéré au préalable de l'entretien final afin de pouvoir explorer au mieux le journal.

Afin d'optimiser le retour du journal, nous avons donné à chaque interne, une enveloppe affranchie à notre adresse permettant de le renvoyer dès la fin de son remplissage.

b) L'entretien initial

Il s'agissait d'entretiens semi-directifs (57). Ces entretiens étaient menés à l'aide d'un guide d'entretien abordant des thèmes et des sous-thèmes comprenant dix parties (Annexe 4).

Au cours de l'entretien initial, nous avons abordé successivement les thèmes sous forme de questions ouvertes. Certains internes ont parfois évoqué dans leurs propos d'autres thèmes dont certains à venir. De ce fait, l'ordre du guide d'entretien n'a pas toujours été respecté.

Ce guide a été testé et amélioré au cours de deux entretiens exploratoires chez deux internes de spécialités. Ces entretiens pilotes ne sont pas intégrés dans notre analyse.

Les entretiens se sont déroulés soit au domicile de l'interne, soit dans un bar ou salon de thé et étaient enregistrés par un dictaphone (OlympusVN-711PC). Nous avons précisé pour chaque entretien que les données seraient rendues anonymes.

L'utilisation du dictaphone nous a permis une attitude d'écoute plus importante nous libérant ainsi de la prise de note. Par la suite, chaque entretien était transféré sous la forme d'un fichier sur l'ordinateur et classé par ordre numérique croissant.

Lors de l'entretien, l'objectif de la thèse était rappelé ainsi que la définition de l'autoprescription. Une fois les présentations faites, un entretien enregistré était mené respectant au mieux le guide d'entretien. L'objectif de cet entretien était de faire connaissance avec l'interne, connaître son parcours de vie, son expérience professionnelle, ses antécédents ou problèmes de santé, ses prises en charges antérieures, son éducation ou ses croyances. À l'occasion de cette rencontre, nous abordions également l'existence d'une relation avec un médecin traitant et leur pratique d'automédication et d'autoprescription. Ensuite, le journal de santé était montré et expliqué à l'interne enquêté. Une page-guide intitulée « comment remplir son journal » était lue à haute voix ainsi que chacune des questions afin de limiter les incompréhensions.

c) L'entretien final

Comme l'entretien initial, il s'agissait d'un entretien semi-dirigé qui était réalisé soit au domicile de l'interne soit dans un bar, selon ses disponibilités. Celui-ci différait de l'entretien initial car il s'appuyait essentiellement sur le contenu du journal de santé.

Un guide d'entretien a également été réalisé (Annexe 5).

Le journal était analysé une première fois par nous-mêmes, et une deuxième fois avec l'interne concerné lors de l'entretien final.

Cet entretien avait donc deux objectifs : il permettait d'explicitier au maximum les informations du carnet afin d'éviter une incompréhension et de les compléter, si celles-ci n'étaient pas assez détaillées. Nous profitons également de cet entretien pour aborder les thèmes de l'entretien initial, qui parfois étaient oubliés.

Cette entrevue était primordiale car elle apportait des nouvelles informations en lien directement avec le journal de santé. Si l'entretien initial était une présentation et un exposé des éventuels pratiques d'autoprescription, l'entretien final par le biais du journal permettait une réelle observation des pratiques.

4) Retranscription des entretiens et des journaux

L'intégralité des entretiens et des journaux a été retranscrite et figure en Annexe 6.

Chaque entretien et chaque journal a été retranscrit via un traitement de texte, mot pour mot avec les caractéristiques du langage verbal. Les silences, les répétitions, les coupures de phrases et les expressions familières ont donc été retranscrits donnant parfois un style populaire.

Les entretiens et les journaux retranscrits ont été anonymisés avec désignation de chaque interne par un chiffre suivant l'ordre numérique des rendez vous : 1 pour l'interne N°1 et 17 pour l'interne N°17. Les noms des personnes, prénoms et noms de famille ont été effacés par souci de confidentialité et remplacés par une lettre majuscule.

5) Analyse du contenu

5.1. Analyse globale des entretiens et des journaux

Dans le cadre de cette étude exploratoire, nous avons réalisé une analyse thématique manuelle à partir des verbatim (58). Il s'agissait d'une approche intuitive, spontanée et progressive. Elle a été réalisée au fur et à mesure des entretiens et des journaux avec une richesse thématique de plus en plus grande. L'analyse de données qualitatives est un processus impliquant un effort d'identification des thèmes, de construction d'hypothèses et d'idées émergeant des données de notre enquête.

Ce processus comprenait donc deux moments distincts mais complémentaires: l'organisation des données impliquant une « segmentation » et entraînant une « décontextualisation », d'un côté, et leur interprétation menant à une « recontextualisation » de l'autre. Nous avons volontairement réuni les contenus des entretiens et des journaux car la majorité des informations des entretiens finaux découlaient des journaux. Il était donc important de ne pas les séparer.

Cette analyse manuelle s'est déroulée en plusieurs étapes (59). La première étape était une étape préliminaire d'intuition et d'organisation pour systématiser les idées de départ afin d'aboutir à notre plan d'analyse. Elle consistait à réaliser une lecture flottante pour faire connaissance avec l'ensemble des entretiens et des journaux à analyser, en laissant venir à soi les impressions et certaines orientations. Il s'agissait donc de lire et de relire les entretiens et les journaux pour tenter de bien saisir leur message apparent. Puis, nous avons réalisé la formulation des hypothèses et identifier les différents thèmes principaux et thèmes secondaires, regrouper les thèmes proches ou semblables et identifier leur signification. Une fois les thèmes et sous-thèmes définis, nous avons accompli les opérations de découpage du corpus en unités de mots. Ainsi, nous avons pu mettre en place une grille d'analyse, base de nos résultats. À noter que chaque idée exprimée a été prise en compte, qu'elle soit citée par un ou plusieurs internes.

Nous avons fait le choix de réaliser une analyse qualitative manuelle et non informatisée (recours à un logiciel) du fait de données peu nombreuses. En effet, l'avantage d'un logiciel type Nvivo, est l'augmentation de la vitesse de travail de traitement et d'analyse des données. Notre étude ne comprenant que 17 entretiens, il n'y aurait pas eu de bénéfice apporté par cette méthode.

5.2. Analyse des journaux

Dans une seconde partie, nous avons analysé exclusivement les contenus des journaux en comptabilisant les symptômes. Cette analyse est optionnelle et à visée informative afin d'énumérer les symptômes et les événements perçus pendant les 21 jours de remplissage du journal. Les événements ont été rapportés en nombre de symptômes/personne/21 jours. Ces symptômes ont été classés selon la classification CISP-2. Lorsqu'un même problème de santé durait plusieurs jours consécutifs, il était aussi rapporté à un épisode. La récurrence d'un symptôme après quelques jours d'intervalle libre le faisait considérer comme un nouvel épisode. Si plusieurs symptômes différents appartenaient au même syndrome, ils étaient rapportés au même épisode.

La classification CISP-2 se trouve en Annexe 7.

Nous avons, de la même manière énuméré les types de traitements utilisés pendant ces 21 jours. Cette liste de symptômes et de traitements permettait de citer des faits réels et non des faits remémorés.

III - RÉSULTATS

1) La réalisation de l'étude

1.1. Les participants

La population étudiée se composait de dix-sept internes de médecine générale nantais : cinq DES1, quatre DES2 et huit DES3. Parmi ces internes, onze étaient des femmes et cinq étaient des hommes. Neuf internes étaient d'origine nantaise. Deux internes avaient des parents médecins.

Deux internes ayant répondu positivement à notre courrier électronique ont refusé par la suite de participer à notre étude par manque de temps et de disponibilité.

Les caractéristiques des internes sont résumées en Annexe 8.

1.2. Les entretiens et les journaux

Les entretiens (initiaux et finaux) ont été réalisés par nos soins du 18 avril 2014 au 01 juin 2015. Leur durée était de 40 à 90 minutes pour une moyenne de 51 minutes. Ils étaient réalisés soit au domicile de l'interne soit en ville dans un lieu public (bar ou salon de thé). Nous laissions le choix à l'interne enquêté de choisir son lieu afin de diminuer les contraintes.

Le temps entre la fin du remplissage du journal personnel de santé et la réalisation de l'entretien final a été au minimum de 2 jours et au maximum de 15 jours.

Tous les journaux de santé ont été remplis rigoureusement et lisiblement par les internes enquêtés. Ils ont commencé le remplissage du journal soit le jour de l'entretien initial, après notre rencontre, soit le lendemain.

2) Analyse thématique

Un grand nombre de citations des internes enquêtés a été retranscrit (en italique). Pour une lecture plus agréable et plus lisible, nous avons fait le choix de ne pas citer le numéro de l'interne concerné par la citation. Le but de notre travail n'étant pas de faire des profils d'interne. Aussi, chaque citation provient d'un interne différent.

En Annexe 9 se trouve le tableau résultant de cette analyse thématique.

2.1. Que pensent les internes de l'autoprescription ?

Ces données ont été recueillies lors de l'entretien initial, où les internes nous expliquaient leur vision de l'autoprescription.

Les internes déclaraient initialement peu pratiquer l'autoprescription mais admettaient au fur et à mesure des entretiens que cette attitude était courante.

« Je ne pense pas faire de l'autoprescription. »

En effet cette conduite était pratique car elle était facile et rapide.

« C'est facile et rapide. »

« C'est vrai que quand tu as besoin, c'est pratique. On ne se met pas en danger. Pour des petites choses, c'est bien enfin c'est pratique. »

De plus, cette attitude était considérée normale et ordinaire.

« Je ne vois pas où est le problème. »

« Pour les petites choses comme ça, par exemple la pilule, ça me paraît normal. »

L'autoprescription n'est cependant pas anodine. On notait une discordance dans le discours des internes. En effet, malgré leurs pratiques et cette simplicité à s'autoprescrire, tous les internes étaient très critiques et qualifiaient cette conduite comme néfaste.

Cette démarche était ainsi qualifiée de :

-Délétère

« Je ne suis pas pour. Je trouve que ce n'est pas optimum. Moi je trouve que c'est nul. »

« Si tu te prends toi même en charge, tu te voiles un peu la face. Et tu ne le fais pas vraiment. »

« On peut, mais je ne suis pas sûr que ce soit une bonne idée à mon sens. »

« Ce n'est pas bien de se dire : « je vais le faire toute seule ».

-Inadaptée

« On en fait trop, je n'ai rien contre, mais oui, on l'utilise trop. »

« La prescription n'était pas justifiée. »

-Gênante

« Cela me culpabilise. » ; « Je n'ai pas à le faire. »

« Ça me rend mal à l'aise. » ; « Je n'ai pas le droit de le faire. »

« Ça m'a toujours un peu stressé. Mais oui, j'ai l'impression que ce n'est pas légal. »

-Piégeante et dangereuse

« Pour le suivi, c'est un piège et ce n'est pas l'idéal. »

« Après c'est pratique, mais c'est piégeant. »

« Je trouve ça pratique, mais je trouve ça un peu dangereux. »

« Au bout d'un moment, ça peut être dangereux. »

- Intime

« Intime c'est ça, l'autoprescription c'est intime et interdit. »

« Parce que pour moi c'est intime. Je n'ai pas envie que le médecin voit mes résultats que je me suis prescrit. »

L'autoprescription n'est donc pas aisée et banale. Le comportement des internes est complexe car il existe une discordance entre leurs pensées et leurs actes (actes soit racontés lors des entretiens soit actes présents dans les journaux). En effet, le ressenti des internes est en totale opposition avec leurs décisions et leurs pratiques. Ils savent ou supposent les effets indésirables et les conséquences néfastes de l'autoprescription mais la facilité l'emporte sur leurs pratiques.

2.2. Le comportement et les habitudes des internes

Les citations mentionnées par la suite en italique sont celles des journaux et des entretiens. Nous avons désigné par la lettre « EI » les citations venant des entretiens initiaux, « EF » pour les entretiens finaux et « J » pour les citations venant des journaux.

a) Pathologie aiguë

Face à une situation aiguë et plus précisément une pathologie bénigne et courante, les internes avaient différentes pratiques.

Ils établissaient leur propre diagnostic à l'aide de leurs connaissances théoriques, sans examen clinique adapté. En conséquence, ils décidaient de s'autoprescrire, de s'automédiquer, de demander un avis auprès d'un spécialiste, ou de s'abstenir.

-L'autoprescription :

Devant une situation de pathologie bénigne, la pratique de l'autoprescription était facile. Les prescriptions concernées étaient des prescriptions couramment pratiquées en stage. Il s'agissait, par exemple, d'un traitement antalgique de palier 2, pour des céphalées ou autres douleurs plus importantes, mais aussi pour des antihistaminiques.

« Je me prescris du toplexil, ibuprofène et paracétamol. » EI

« J'ai essayé le tramadol car le paracétamol ne marchait pas. » J

« Je pense que je vais m'autotester et m'autoprescrire un antihistaminique. » J

« On peut quand même, pour les choses courantes, se prescrire des choses simples. » EI

Parfois, un traitement était prescrit pour réduire les symptômes et écourter leur durée. Ces prescriptions étaient pourtant inadaptées. C'est le cas par exemple de corticoïdes dans une laryngite trainante ou d'antibiotique pour une infection cutanée locale.

« La toux traînait, plus de voix, je me suis prescrit des corticoïdes. » EI

« J'ai pris un gramme d'amoxicilline une fois car j'avais la peau un peu rouge, suite à mon piercing à l'arcade. » EI

Les traitements appelés « traitement de comptoir », que l'on trouve en vente libre à la pharmacie étaient également prescrits. Il s'agissait par exemple de traitement préventif pour un voyage.

« Je me fais les prescriptions de voyage, genre anti diarrhéique. » EI

« Je me suis prescrit des bas de contention pour l'avion, du tiorfan, des choses comme ça. » EI

Ces prescriptions permettaient de constituer sa pharmacie à domicile.

« Je pense que je ferai mon petit stock avec une de mes prescriptions avec une ordonnance ».EF

L'autoprescription intéressait aussi bien la prescription de traitement mais aussi d'examens complémentaires. Pour confirmer leurs autodiagnostic, les internes prescrivait leurs propres examens. Le but était de gagner du temps ou d'anticiper les examens en cas de consultation spécialisée.

« Je me suis prescrit de moi-même une prise de sang pour mon retard de règles... Vu que je sais que c'est la première chose que la gynéco va me demander voilà, j'ai fait la prise de sang pour que ça aille plus vite. » EF

« Je me suis fait une ordonnance d'IRM. » EF

« J'ai fait une bio pour me rassurer, parce que j'avais des troubles fonctionnels intestinaux banaux. » EI

« J'avais acheté mon stérilet mirena avec ma prescription. Je voulais aller chez le gynéco, avec le stérilet pour gagner du temps. » EI

-L'automédication :

Comme tous patients, les internes avaient recours à l'automédication pour soigner leurs symptômes. Ils pouvaient se présenter à la pharmacie pour demander conseil, sans l'avis d'un médecin. Le médicament le plus utilisé était le paracétamol et autres antidouleurs, comme les anti-inflammatoires. Les traitements symptomatiques étaient très utilisés.

« Le paracétamol, je vais toujours les acheter comme ça sans ordonnance. » EF

« C'est un bain de bouche que je suis allée chercher à la pharmacie sans ordonnance. » J

« Pour la migraine, je prends de l'ibuprofène à la pharmacie. » EF

« Je vais acheter les trucs en vente libre qui sont efficaces. » EF

« Quand je suis fatiguée je prends du gurosan, c'est efficace, c'est une copine qui me l'a conseillé. » J

L'automédication comprenait en plus des officines de villes, le libre service dans les pharmacies hospitalières. Elle intéressait les traitements simples non remboursables mais aussi des traitements à prescription obligatoire. Ainsi, les internes constituaient leur réserve de médicaments pour leur pharmacie personnelle.

« Aux urgences, je me prenais du doliprane pour faire ma réserve de doliprane et de l'ixprim. » EF

« Le profenid, je le prends dans le service. » EF

« Quand j'étais en neuro, j'avais piqué une ampoule d'uvedose. » EI

« Je me sers aussi dans le service de l'hôpital genre paracétamol, AINS. » EI

« La dernière fois aux urgences, il y avait un primperan qui traînait et je l'ai mis dans ma blouse, je me suis dit ça peut toujours servir. » EF

L'automédication était dans certains cas privilégiée par rapport à l'autoprescription mais sans donner d'explications précises.

« Je trouve que je prends plus de traitements d'automédication et non remboursés à la pharmacie. » EF

« Je ne vais pas forcément me prescrire des traitements. Par exemple je vais prendre du motilium plutôt que du vogalène. Oui, j'achète plus en pharmacie les médicaments en vente libre. » EF

« On s'automédique souvent ». EF

« C'est vrai que finalement, je pense qu'on aime bien prendre des médocs. » EF

Les internes prenaient conscience que cette facilité d'accès aux médicaments favorisait une surconsommation de traitement. La présence d'un symptôme entraînait une prise médicamenteuse, et cette pratique était banalisée.

« C'est vrai que finalement je pense qu'on aime bien prendre des médocs... Un jour aux urgences, il y avait un paracétamol qui traînait et qui était ouvert, et je me suis dit tiens j'ai mal à la tête je vais le prendre, mais si je ne l'avais pas vu je ne l'aurai pas pris. » EF

A l'inverse, certains redoutaient la prise médicamenteuse et restreignaient leur consommation.

«C'est à force d'entendre les gens qui prennent plein de choses pour le moindre petit symptôme, je n'ai pas envie de prendre quelque chose... une amie, je lui avais dit que j'étais un peu stressée pour prendre le train et elle m'avait dit de prendre un anxiolytique. Enfin je trouve ça aberrant.» EF

- Attitude attentiste :

Devant des symptômes viraux ou autres signes bénins, quelques internes avaient une attitude restrictive. Les traitements même symptomatiques, étaient évités. Ils considéraient qu'une prise médicamenteuse quelle qu'elle soit, était injustifiée. Si les symptômes n'handicapaient pas leur activité, ils préféraient ne pas y prêter attention ou surveiller.

« Je ne suis pas très médicament. » EI

« J'attends que ça se passe. » EF

« Je laisse et je ne prends rien du tout. » EF

« Comme d'habitude je n'ai rien pris. » EF

-Un avis :

Malgré les connaissances, les internes sollicitaient leur confrère pour des avis médicaux ou ils décidaient de consulter directement un spécialiste sans passer par le parcours de soins classique. Ces avis sont fréquemment demandés de manière informelle à des collègues internes ou aux médecins encadrant leur stage.

Ils décidaient de consulter directement un spécialiste sans passer par le parcours de soins classique.

« J'ai été voir l'ami d'un pote qui est chirurgien à Tours. » EF

« J'ai demandé à une amie qui est médecin de m'ausculter. » EI

« C'est ma maître de stage qui m'a prescrit du zelitrex. » EF

« J'ai eu un gros rhume qui ne passait pas...j'ai demandé à mon chef s'il n'avait pas un truc. » EI

-Autres : médecine douce

Certains internes privilégiaient une prise en charge plus douce et naturelle comme par exemple l'homéopathie.

« J'ai pris de l'homéopathie préventive pour la grippe » EF
« Quand je suis stressée je prends parfois du gelsemium. » EF

- Autres : ressources personnelles

L'angoisse, symptôme récurrent chez les internes, était calmée par des activités extra professionnelles et des loisirs comme le sport, la pratique de la cuisine, ou le fait de communiquer sur leurs inquiétudes avec leurs proches.

« Je suis allée voir mon père pour lui parler et tout décharger. » EF
« Faire la cuisine ça c'est mon anti stress aussi. » EF
« Je cours pour me défouler, ça décroasse. » J

Les internes pouvaient avoir recours à des séances d'hypnose ou encore de sophrologie.

« J'ai commencé de la sophrologie. » EI
« La sophrologie, j'en fais un peu tout le temps. » EF
« Du coup j'ai fait une séance d'auto hypnose et ça a bien marché. » J

Afin de pallier un des symptômes fréquents chez l'interne, l'asthénie, la théine et la caféine en excès étaient consommées.

« Je me suis dit, je prends vraiment du café pour me booster. » EF
« Je bois beaucoup de thé mais c'est vraiment à visée stimulante ou pour me déstresser. » EF
« Il y a pas mal de jours où j'étais fatiguée donc j'ai pris un peu plus de café. » EF
« Petit coca zéro en fin d'après midi pour me booster un peu. » J

- Autres : Toxique

Quelques internes évoquaient la prise d'alcool, de tabac ou encore de cannabis à visée anxiolytique.

« Non un verre ou deux pour me décontracter...Il y a un moment... j'en prenais quotidiennement. » EF
« Je me suis déstressée avec du tabac amélioré. » J
« Je suis sortie le soir pour me déstresser et j'ai bu un peu. » J
« Le tabac: c'était devenu quotidien pendant la période de stress. » EF

b) Pathologie chronique

De la même manière, face à un événement chronique, le suivi pouvait être assuré de différentes manières : le parcours de soins classique centré sur une prise en charge par le médecin traitant et si besoin par des spécialistes, une autogestion de leur santé, ou enfin par une attitude passive.

- Le parcours de soin habituel, médecin traitant coordinateur de soins :

Les internes présentant une maladie chronique depuis plusieurs années étaient le plus souvent suivis par leur médecin traitant. Celui-ci les avait adressés à un spécialiste pour la poursuite de la prise en charge et pour bilan complémentaire.

« C'est mon médecin qui avait géré l'affaire et j'étais suivi par un spécialiste à la Roche sur Yon. » EI

Les internes concernés par une maladie chronique respectaient le plus souvent ce parcours de santé, alternant les consultations chez leur médecin généraliste et les consultations spécialisées. C'est le cas, par exemple des internes présentant des antécédents psychiatriques. Soucieux de leur état de santé, leur traitement de fond était renouvelé par le médecin traitant ou par le spécialiste.

« Je suis allé chez mon médecin traitant, je lui ai demandé de voir un psychiatre pour ne pas laisser traîner les trucs. Je tiens à voir mon psychiatre régulièrement, donc je le vois une fois par mois. Je renouvelais tout le temps mon traitement avec le psychiatre. C'était Seroplex et Atarax. » EI

« Pour mes angoisses, j'ai pris du Xanax. C'était initialement mon médecin traitant qui me l'avait prescrit et le psychiatre n'a pas changé. » EI

C'est le cas également d'antécédent plus grave comme un pneumothorax à répétition ou une maladie inflammatoire chronique de l'intestin.

« C'était le gastro qui faisait mon suivi avec une biologie de contrôle annuelle et puis une consultation. » EI

« Mon premier pneumothorax, c'était pendant l'externat. Euh... j'étais en P2. En fait j'étais allé voir mon médecin traitant, puis après j'étais allé voir un pneumologue. » EI

Le suivi était respecté et les internes concernés ne voulaient pas altérer les soins prodigués en empiétant sur le rôle et le travail de leur médecin référent. L'interne était ainsi un patient ordinaire.

« Je suis allée voir le médecin traitant puis le psychiatre, pour avoir un suivi et je voulais que mon médecin traitant soit au courant aussi. » EI

« Avec le psychiatre, j'étais une patiente lambda et je préfère qu'on me traite comme un patient lambda. » EI

-Suivi régulier par le médecin traitant :

Ce cas de figure était moins fréquent. Le suivi chez le médecin traitant concernait essentiellement les internes femmes qui étaient suivies au niveau gynécologique, notamment pour la réalisation du frottis cervico vaginal.

« Je ne vais pas la voir souvent, je n'ai pas besoin, c'est surtout pour la gynéco. » EI

« Une fois par an quand je vais voir mon médecin elle me prescrit ma pilule et ça suffit pour l'année. » EI

« C'est mon médecin traitant qui fait mon suivi gynéco et mon frottis. » EI

« C'est un peu débile d'aller chez un médecin aussi. Sauf si c'est de la gynéco où tu ne peux pas te le faire par exemple. » EI

Lors de ces consultations de suivi, c'était l'occasion de réaliser un bilan annuel.

« Je repasserai par le médecin parce que ça fait une visite au moins annuelle. Ça fait un petit bilan total avec la tension une fois par an. » EF

- L'autoprescription :

Le renouvellement d'un traitement de fond était très souvent pratiqué. Il s'agissait essentiellement d'un traitement simple ou bénin. La plupart du temps, ce traitement était initié par un médecin généraliste ou spécialiste après un bilan complet puis renouvelé par l'interne lui-même. Lorsque l'initiation était effectuée par un spécialiste, le traitement était majoritairement reconduit par l'interne lui-même et non le médecin traitant. On peut citer comme exemple un renouvellement d'antihistaminique ou d'IPP.

« Je me prescris de l'inexium en traitement de fond. J'avais eu tout le bilan par mon médecin généraliste pour un RGO. » EI

« Je me prescris également l'artedex pour des yeux secs. » EI

« Quand les symptômes commencent, je me prescris mon anti allergique. » EF

Seulement une interne renouvelait elle-même ses anxiolytiques. Ce traitement était aussi initié par son médecin traitant.

« Je me suis prescrit des benzo parce que je prends des benzo pour dormir la veille de mes gardes. C'était mon ancien médecin traitant qui m'avait prescrit ce médicament mais j'en prends très occasionnellement. » EI

Pour les internes de sexe féminin, en dehors de l'acte technique gynécologique, la pilule était le plus souvent renouvelée par l'interne elle-même.

« Je renouvelle mon ordonnance de pilule, c'est tout. » EI

« J'ai fait mon renouvellement de pilule. » J

« C'est vrai que la pilule c'est un peu à l'arrache, je n'en ai plus, je vais me faire l'ordonnance ». EF

D'après les récits des internes, l'autoprescription de contraception orale était la plus fréquente.

- L'absence de suivi :

Les internes considéraient également ne pas avoir besoin de suivi. En effet, ils se considéraient pour la majorité d'entre eux, en bonne santé. Le suivi chronique était ainsi banalisé et la consultation chez un médecin traitant ou un spécialiste absente.

« Je me suis dit en m'évaluant que j'étais quand même en bonne forme. » EF

« De suivi, je n'en ai pas. Je n'y vais jamais. » EF

« Mon suivi est en stand by. En gros là je n'ai pas de suivi et je n'en ai pas besoin. » EF

« Je n'ai pas envie de faire un suivi alors que tout va bien. » EF

c) Les symptômes

Durant les trois semaines du journal, les internes ont présenté divers symptômes résumés dans l'Annexe 10.

Pendant cette période, nous n'avons pas retrouvé de symptômes inquiétants ou de pathologies graves. Il s'agissait de symptômes courants et quotidiens pouvant paraître banaux.

Les symptômes retrouvés pouvaient se classer ainsi selon la classification CIPS :

- général
- ostéo-articulaire
- neurologique
- psychologique
- respiratoires
- digestifs
- dermatologiques

Les symptômes ou diagnostics les plus fréquents étaient de l'ordre général avec l'asthénie, d'ordre psychologique, avec les sentiments de stress et d'angoisse liés le plus souvent au stage hospitalier ou ambulatoire. Les autres symptômes étaient de l'ordre des douleurs et des infections ORL bénignes.

Concernant leur prise en charge, durant cette période, les internes ont établi leur propre diagnostic devant les symptômes rencontrés et n'ont pas fait appel à un médecin généraliste ou à un spécialiste. Comme dit précédemment avec l'analyse globale des entretiens et des journaux, ils pouvaient s'automédiquer, s'autoprescrire, réaliser des actes naturels ou de confort, ou s'abstenir (il ne s'agit pas de ne rien faire à proprement parler mais de surveiller).

Concernant l'autoprescription, elle était utilisée pour des situations banales et courantes (antiviraux, antalgiques, traitement dermatologique). Aucun antibiotique ou traitement stimulant n'a été prescrit durant cette période. Les prescriptions étaient essentiellement médicamenteuses et très peu paramédicales. Un interne seulement s'était prescrit de la kinésithérapie.

Concernant l'automédication, le paracétamol était le traitement le plus utilisé. Les traitements pris, pendant les 21 jours du journal sont résumés en Annexe 11. À noter que les traitements de fond sont exclus.

2.3. Les différentes phases de l'autoprescription

Tous les internes pratiquaient l'automédication et l'autoprescription. Cette dernière prenait des formes différentes au fur et à mesure des années d'internat.

L'autoprescription commence dès le début de l'externat (4^{ème} année de médecine). Rappelons, que l'étudiant « externe » n'a pas le droit de prescription. Il n'a pas à ce stade de responsabilité thérapeutique et est sous la responsabilité d'un interne.

Ainsi, pour leur propre santé, les étudiants en médecine passaient par les internes de leur stage actuel pour se prescrire un traitement. C'est le cas par exemple de renouvellement de pilule. Il ne s'agit pas d'autoprescription médicamenteuse à proprement parler mais d'une demande informelle court-circuitant le parcours médical classique.

« Il y avait quand même quelques internes qui me faisaient une ordonnance pour ma pilule pendant l'externat. » EI

« Je m'autoprescrivais ma pilule quand j'étais externe avec des ordonnances de l'hôpital en imitant la signature de mon chef. » EI

« Maintenant, on sait se prescrire les choses alors qu'avant, quand j'étais externe je ne savais pas trop. »

« Par exemple prescrire la pilule, je me la suis faite prescrire quand j'étais externe par mes internes »

Par la suite, et ce dès la D4, les futurs internes commençaient doucement à mettre la main sur les ordonnanciers. Mais, cette pratique n'avait pas de lien avec l'obtention du CSCT (Certificat de Synthèse Clinique et Thérapeutique), donnant légalement le droit de prescription. Il s'agissait plutôt d'une aisance acquise au fur et à mesure des années due aux connaissances et à l'expérience professionnelle.

« Moi j'ai pris les ordonnances à partir de la D4, parce que tu es plus à l'aise avec ça. Tu n'as pas la même vision en D4. »

« J'ai mis la main sur les ordonnances, dans le service, à partir de la D4. »

« Je me faisais cadrer par un médecin régulièrement jusqu'à ce que je puisse me prescrire, c'est à dire au moment de la D4. » Cadrer signifie dans ce cas être suivi par un médecin.

« Et à partir de la D4 je me suis fait mes ordonnances avec une ordo de l'hôpital. »

Par la suite, dès l'entrée dans le DES de médecine générale, l'autoprescription est davantage présente et évolue au fur et à mesure des années.

En DES1, l'autoprescription est indécise et précautionneuse, les internes généraient une interrogation sur le côté légal de cette pratique. Comme les externes, on retrouve chez les jeunes internes la même demande auprès de leurs collègues et amis internes concernant une prescription d'un traitement désiré. La première explication donnée est la gêne occasionnée par l'identité commune du nom du patient et du prescripteur.

« Je n'aime pas me prescrire toute seule alors je demandais à une amie. »

« Ce n'est pas à mon nom l'ordonnance, ça me gêne. »

« Je n'aime pas me prescrire toute seule alors je demandais à une amie. »

« J'ai demandé à une de mes co-internes de me prescrire de l'ivermectine car je ne voulais pas me le prescrire seule. »

L'autoprescription augmentait au fur et à mesure des années d'internat favorisée par l'enrichissement des connaissances et l'augmentation de leur assurance.

« Je pense que si tu fais déjà, à notre âge, de l'autoprescription et bien tu en fais de plus en plus après. »

« Je me prescris plus au fur et à mesure des années. Mais c'est une prescription plutôt en qualité et pas en quantité. »

« Au fur et à mesure des années on prend confiance et on sait qu'on peut se prescrire le traitement. »

« Je me rends compte que peut être, je vais me prescrire de plus en plus de choses. »

« Oui, je me prescris de plus en plus. »

De plus, en DES 3, la découverte des soins ambulatoires et l'amélioration des connaissances pratiques pourraient entraîner une liberté et une assurance pour s'autoprescrire.

« Depuis le prat je me suis moi même prescrit la pilule jusqu'en mai. »

« Et maintenant qu'on est en libéral oui, peut être que je me prescris plus du fait d'être en libéral. Du moins on a plus de connaissances dans ce domaine. »

L'exposition aux problèmes des pathologies courantes en stage chez le praticien permet aux internes d'acquérir des nouvelles connaissances, ils apprennent à « prescrire » pour les patients et aussi pour eux-mêmes, ces pathologies pouvant les concerner également.

2.4. Les déterminants de l'autoprescription

Les journaux de santé ont permis de dégager plusieurs déterminants influençant l'autoprescription. Nous avons également utilisé les lettres « EI », « EF » et « J » pour préciser d'où provenaient les citations.

a) Les déterminants contextuels

- Les connaissances :

Par rapport aux patients n'exerçant pas dans le milieu médical, les internes en médecine ont un savoir médical. Ils reçoivent une formation théorique et pratique durant leur cursus de médecine. L'interne est habilité à faire des diagnostics et réaliser de plus en plus d'actes, notamment de prescription. Ainsi, ils prétendaient savoir évaluer leurs symptômes et leur degré de gravité.

« Ils ont besoin de quelque chose, ils ont été formés pour prescrire. » EI

« J'ai fait mon truc dans mon coin. J'avais l'impression en tout cas que je savais les signes d'alerte. » EF

« Je connais les critères de gravité. Je pense que ça joue...je pense savoir quand ce n'est pas grave ou ça peut attendre. » EF

« On sait juger les critères de gravité par rapport à une autre personne qui pourrait s'inquiéter. » EF

Les internes, de la même façon, affirmaient pouvoir se prescrire un traitement en cas de besoin. L'autoprescription était une démarche identique à la prescription pour un patient. Les internes savaient prescrire et donc s'autoprescrivaient.

« On ne va pas demander à un médecin de nous prescrire quelque chose qu'on sait se prescrire nous-mêmes. » EF

« Quand je sais et quand je suis sûre je me prescris. » EF

« Je réfléchis toujours comme ça, je conclus ça pour un patient donc pour moi c'est pareil. » EF

La prescription était le reflet de connaissances acquises durant des années d'études. L'interne de médecine prenait confiance en lui, en réalisant des actes dont il était le seul juge. L'autoprescription participait ainsi à construire une meilleure confiance en soi.

« Oui, tu as plus de connaissances. Tu as plus confiance en toi. » EF

« En D1 tu n'oses pas. Tu as moins de connaissances et puis tu as moins accès. » EI

- Le pouvoir :

Le droit de prescription entraînait le pouvoir de décision et donc d'autoprescription. Les internes se considéraient donc indépendants et s'auto-suffisaient. Ils aimaient se sentir libres.

« J'ai envie de prendre la responsabilité. » EI

« On peut être notre propre juge. » EI

« Je préfère me prendre en charge moi même. » EF

« Pendant l'externat, je lui demandais conseil et je me soignais moi même. Maintenant c'est moi qui me prescris. » EF

Certains internes avaient même une telle assurance qu'ils préféraient ne pas faire appel à un confrère.

« C'est à dire, je préfère me le faire moi même que le faire faire par quelqu'un d'autre. » EF

« Ce qui est dur c'est de se laisser guider et ne pas intervenir, alors qu'on a les connaissances. » EF

- Le privilège :

Pour un interne de médecine, l'accès à l'autoprescription, quelque soit sa nature (traitement, examen complémentaire) était aisé.

Tous les internes se procuraient des ordonnances du stage dans lequel ils étaient, que ce soit un service hospitalier ou un stage ambulatoire chez le praticien.

Cette facilité d'accès incitait certains internes à constituer un stock d'ordonnances à leur domicile.

« Je me prescris plus, peut être par l'accès plus facile aux ordonnanciers. » EF

« J'ai une ordonnance vierge, tout le temps sur moi. » EF

« C'est toujours moi qui me prescris l'inexium avec une ordonnance du service. » EI

« Je prendrai peut être quelques ordonnances avant de partir. » EF

« Oui je me prends deux, trois ordonnances dans le service. » EI

Ce privilège pouvait se transformer en tentation.

« Je serai tentée de me prendre des séances de kiné mais non, tu as vu je suis sage. » EI

Le recours à la pharmacie hospitalière était le moyen le plus pratique et facile pour l'automédication. Les internes prenaient ainsi les traitements dans la pharmacie de leur service pour constituer une pharmacie personnelle, ce qui semblait avantageux lors d'une pathologie aiguë (une douleur par exemple).

« Aux urgences, je me prenais du doliprane pour faire ma réserve de doliprane. Je prenais aussi à l'hôpital, des anti-inflammatoires. » EI

« Je suis dans le service. Et bien je le prends dans la pharmacie du service. » EF

« Au lieu d'avoir une boîte sur moi d'AINS, je me sers dans la pharmacie de l'hôpital. » EF

« J'ai essayé le tramadol car j'avais accès à la pharmacie des urgences. » EI

« Je me suis fait mon petit stock avec la pharmacie des urgences et j'ai du spasfon, du smecta, du tramadol. » EF

Même si ce libre service dans la pharmacie hospitalière était largement pratiqué par les internes, cette conduite était critiquée.

« On est mauvais. On vole à l'hôpital, on vole dans le service. » EF

L'autoprescription concernait également les examens complémentaires. Les structures hospitalières ont un plateau technique facilitant l'accès à tout type de prescription. Leurs lieux de travail devenaient une source d'autoprescription.

« J'ai fait une BU dans le service. » EI

« La dernière fois que j'ai fait une prise de sang, j'étais en stage en maladie infectieuse. J'ai demandé en même temps si on pouvait me faire la surveillance de NFS. » EI

« Je me suis tapé une bonne angine à streptocoque. Je suis allé faire le strepto test aux urgences. » EI

« Lors du stage, j'avais demandé à l'infirmière de me faire une bio. Mais sans en faire trop, juste NFS et CRP. » EI

De plus, les internes étaient entourés au quotidien d'autres médecins de différentes spécialités (collègues de travail, amis ou colocataires). Ils sollicitaient leurs collègues pour un avis médical de manière informelle, cet avis peut être appelé « consultation de couloir ». Le stage hospitalier favorisait cette pratique.

« J'ai appelé moi même le standard du CHU, le lundi matin, et j'ai demandé à avoir l'interne de garde. » EI

« J'ai demandé à une amie qui est médecin de m'ausculter. » EI

« Je bossais à l'hôpital alors c'est facile d'aller directement aux urgences. » EI

« Je ne vais pas me faire chier, je vais enlever mon implant en stage de gynéco...Oui je vais voir comment ça se passe... Ça sera plus pratique. » EF

- L'instabilité géographique:

Dans sa maquette, l'interne de médecine générale change de terrain de stage tous les six mois et le plus souvent de ville. Il est ainsi fréquent, pour un interne, de déménager tous les six mois. La majorité des internes n'avait pas de domicile fixe et logeait, durant le semestre, dans l'internat de l'hôpital d'affectation. Cette situation entraînant un nomadisme médical, exposait les internes à l'absence de déclaration de médecin traitant et favorisait l'autoprescription.

« Je n'ai pas du tout d'observance. Je me suis rendue compte que depuis que je suis interne c'est impossible, je bouge beaucoup. » EF

« Vu que j'étais aux Sables, puis à Saint Nazaire et que je suis à Nantes depuis à peine un an je n'ai pas repris de médecin. » EI

« Je n'ai pas de médecin ici. Est ce que je m'embêterais à aller voir un médecin pour ça. Je me débrouillerai peut être toute seule. » EF

« C'est vrai que je n'ai pas de médecin traitant depuis l'internat. » EF

A l'inverse, les internes habitant dans la région nantaise depuis leur enfance avaient le plus souvent un médecin traitant.

(cf paragraphe la place du médecin traitant)

- **Le manque de temps**

Le manque de temps était très souvent évoqué par les internes. Ce déterminant était justifié par les importantes amplitudes horaires du stage, les gardes, les astreintes et une surcharge de travail importante. De plus les horaires de travail étaient incompatibles avec les horaires d'ouverture d'un cabinet médical. De ce fait, l'autoprescription était aussi un gain de temps pour l'interne.

« Juste d'aller à la pharmacie, faire la queue, bloquer ma journée pour un rendez vous, ça m'emmerde. » EF

« C'est un frein à la consultation, le fait qu'il faut le planifier, de se dire c'est tel jour à telle heure. » EF

« L'autoprescription fait économiser du temps à tout le monde. » EF

« Je me prescrivais la pilule surtout quand je n'avais pas le temps. » EF

« Si tu avais besoin d'un suivi ou d'aller chez le médecin c'est plus difficile le fait de tes horaires à l'hôpital. » EF

« C'est une perte de temps et pour moi et pour le médecin. On n'a pas forcément besoin d'aller consulter. » EF

Certains internes admettaient au fur et à mesure de l'entretien que le manque de temps pouvait être un prétexte.

« La santé au second plan, la santé quand j'ai le temps. » EF

« Tu n'as pas moins le temps d'y aller, on a le temps mais je pense qu'on y porte moins d'importance d'aller chez le médecin généraliste. » EF

« Oui je me dis que je peux le faire en trente secondes pourquoi j'attendrais 3/4H dans la salle d'attente juste pour un renouvellement. » EF

b) Les déterminants personnels :

- **Les antécédents :**

Les internes soignés pour des maladies chroniques avaient un suivi plus rigoureux auprès d'un médecin généraliste ou spécialiste. L'autoprescription était moins pratiquée.

En effet, certains internes présentaient des antécédents notables motivant un suivi régulier.

« J'ai fait plusieurs pneumothorax. » EI

« J'ai fait un trouble anxieux généralisé à la fin de la D4. Je suis encore sous IRS pour la fin de l'année. » EI

« Je suis en ALD pour une suspicion de MICI pour une seule crise initiale. » EI

- La croyance, l'éducation :

L'éducation était un déterminant important. Certains internes reproduisaient les habitudes de leurs parents.

« Mon père n'est pas médicament, maintenant à la maison, c'est pareil. » EI

« C'est l'éducation que j'ai eue, mes parents ne vont jamais consulter un médecin. » EI

« Mes parents ne sont pas très consommateurs de médoc, ils sont assez médecine douce, ils me poussent plus dans ce sens là. » EI

Les enfants de médecins n'étaient pas forcément suivis par leurs parents. Une interne concernée par ce statut pensait que cela majorait le problème de l'autoprescription.

« Je suis fille de médecin, ça aggrave mon cas. » EI+EF

- L'entourage

Ils reproduisaient aussi les habitudes de leur entourage, qui pouvait être représenté par des collègues internes, des amis et même des maîtres de stage. Ainsi, si les proches s'autoprescrivaient aisément, les internes avaient tendance à reproduire les mêmes pratiques.

« Le fait de savoir que d'autres internes prescrivaient facilement, ça m'a fait prescrire plus facilement. » EF

« Je sais que mes copines s'autoprescrivent des traitements, pour les petites choses. Et bien vu qu'elles le font, je vais le faire plus facilement. » EF

« Je pense que ton entourage fait que tu vas te prescrire. » EF

« J'ai pris une fois en garde, une ampoule de caféine, c'est une pote qui m'avait dit de faire ça. » EF

« Je suis en coloc' avec une copine qui est aussi interne avec moi. Alors clairement, tout ce qui est pilule tout ça, on se le fait entre nous. » EF

L'entourage proche les conseillait, voire insistait souvent, quant à l'attitude à avoir vis-à-vis de leur santé.

« Tout le monde me disait : faut que tu fasses gaffe. » EF

« C'est ma coloc' qui m'avait conseillée. » EF

À l'inverse, cette facilité d'autoprescription pouvait être limitée grâce à leur entourage proche. Ainsi ils essayaient de restreindre cette pratique.

« C'est à force d'entendre les gens qui prennent plein de choses, pour le moindre petit symptôme, je n'ai pas envie de prendre quelque chose. » EF

« Le fait que je vive avec ma copine et qu'on se dise qu'il faut faire attention, c'est sûr que je fais gaffe à l'autoprescription. » EF

Parfois, les internes échangeaient sur leur état de santé. Cette comparaison de leurs symptômes entraînait une minimisation des problèmes de santé.

« J'ai des troubles anxieux, mais comme beaucoup de gens en médecine. » EI

« Je suis étonnée qu'il y ait si peu de gens qui ne prennent pas des trucs pour dormir. Après peut être qu'ils n'en parlent pas. » EF

- La personnalité :

La personnalité des internes influençait l'autoprescription. Certains internes se disaient angoissés, ce qui motivait l'autoprescription. En effet, afin de se rassurer, ils se prescrivait facilement des traitements sans pour autant les prendre.

« J'étais très très très angoissée, je sais que j'avais de l'atarax au cas ou. » EI

« J'ai des benzo. J'ai de l'atarax dans mes placards mais je les regarde. Mais ça me rassure de les avoir dans mon placard. Je me les suis prescrit au cas ou. » EF

D'autres internes se considéraient paresseux, « flemmards », ce qui était, selon eux, un frein pour consulter, à l'origine d'un laxisme dans leur prise en charge.

« J'ai la flemme c'est tout. » EF

« C'est que ça me fait chier. J'ai la flemme. Je n'ai pas envie de m'en occuper. Ça m'emmerde de prendre du temps pour ça. » EF

Le sentiment d'être hypochondriaque était évoqué.

« Je suis un peu hypochondriaque donc j'aime bien que le médecin généraliste m'examine. » EF

Aussi, les internes avouaient avoir un manque d'observance.

« Je dis de le faire au patient et je ne sais pas si je le ferai vraiment. » EF

« Je ne suis pas très assidue. Je sais qu'il y a des choses que j'aurai du revoir et que je n'ai pas fait. » EF

c) Les déterminants émotionnels :

- La peur :

La peur influençait l'autoprescription des internes. En effet, cette peur était due à des antécédents personnels douloureux ou des expériences professionnelles, comme par exemple des images traumatisantes de patients souffrants. Ils appréhendaient la prise en charge médicale et ses possibles conséquences.

Pour éviter une consultation ou un passage aux urgences, ils préféraient se soigner eux-mêmes. L'autoprescription apparaissait alors comme une solution pour éviter cette situation.

« Je n'y allais pas parce que j'avais peur. J'avais la trouille de tout ce que ça pouvait déclencher. » EI

« Il faudrait que j'essaye sans benzo, mais bon ça me stresse d'essayer sans. Donc je suis un peu bloquée dans mon truc. » EF

On retrouvait dans leurs récits, une peur due à l'expérience professionnelle.

« J'ai vu des choses aux urgences, J'ai vu les patients sur les brancards. Je ne veux pas terminer là, en patient. » EF

Cette appréhension entraînait chez certains internes une majoration des symptômes.

« J'étais hyper crevée l'année dernière en sortant de l'hosto, et du coup je me suis autoprescrit un fauteuil roulant. À chaque fois que j'avais mal au dos, j'étais persuadée que c'était un pneumothorax. » EI

« Ça influence forcément le comportement des autres et notre comportement aussi, on s' imagine des trucs alors qu'il n'y a rien. » EF

« Une de mes phobies c'est de faire une embolie pulmonaire. Je me suis déjà prescrit des DDimères pour ça. Ce n'est pas bien car je me suis prescrit plusieurs fois des Ddimères pour me rassurer. Et si c'est positif qu'est ce que je fais ? » EI

Certains internes avaient peur de l'autoprescription et de ses dérives.

« Il existe des dérives à l'autoprescription, il existe aucune limite. Il faut faire attention. » EF

« J'ai vu les dérives que ça peut entraîner, on peut s'autoprescrire n'importe quoi. » EI

- Le déni et la minimisation

La minimisation des symptômes, voir le déni complet pouvaient être observés sans pour autant avoir d'explication. Certains internes le reconnaissaient et l'exprimaient clairement, d'autres étaient dans une situation d'évitement, fermant les yeux sur leurs symptômes. Face à cette émotion, soit ils s'abstenaient de toute prise en charge, soit ils pratiquaient une autoprescription de « bricolage ». Cette situation était responsable le plus souvent d'un retard diagnostic et d'un retard de prise en charge.

« Je minimise et j'attends vraiment le dernier moment pour consulter ou faire quelque chose. » EF

« Je n'avais pas envie de passer voir le médecin juste pour un papier un samedi après midi. » (Ce papier dont parle l'interne, est une ordonnance de radiographie pulmonaire devant une forte suspicion de pneumothorax). *EI*

« Je ferme complètement les yeux sur ce problème, je bidouille si besoin. » EF

« Je repousse, je repousse, je repousse et quand la dead line est là et bien je me prends en charge. » EF

« Je ne sais pas pourquoi je me suis dit : « non c'est rien ». EF

Le journal de santé a bien mis de manière évidente ce laxisme et cette négligence.

- Le manque de confiance envers autrui :

Certains internes exprimaient des difficultés à faire confiance en d'autres médecins.

« Je ne fais pas trop confiance aussi. » EF

« Je préfère me le faire moi même que de le faire faire par quelqu'un d'autre. » EF

Les internes pouvaient se sentir également jugés par leurs confrères.

« Si je vais consulter et que le médecin sait que je suis en médecine, au fond de moi, je sais que je n'ai rien mais je préfère me rassurer. Et il peut dire, genre « tiens voilà encore un médecin hypochondriaque. » EF

- L'illégalité

Certains internes pensaient que l'autoprescription était illégale. Cette accessibilité de prescription devenait donc inconfortable et stressante.

« Je n'ai pas le droit de le faire. Je ne suis pas à l'aise. » EI

« L'autoprescription, c'est interdit. » EI

« Ça m'a toujours un peu stressé. Mais oui j'ai l'impression que ce n'est pas légal. » EI

« Je trouve que ça fait bizarre de m'autosigner des ordonnances. Après je sais qu'on a le droit mais bon c'est bizarre. » EI

« Je trouve ça bizarre d'avoir mon nom en patient et en prescripteur. » EI

L'autoprescription était considérée comme plus aisée avec les ordonnanciers des centres hospitaliers. Étant donné que le prescripteur était le service hospitalier concerné, les internes ne signalaient pas de nom prescripteur précis et se sentaient plus anonymes.

« Je suis plus à l'aise avec les ordonnances du CHU, au moins je n'ai pas de médecin prescripteur. » EF

« Je ne vais pas prescrire n'importe quoi mais je me sens plus libre avec une ordonnance de l'hôpital. » EF

Afin d'éviter cette situation de gêne, les traitements pouvaient aussi être prescrits par des amis ou des collègues internes.

« Je n'aime pas me prescrire toute seule alors je demandais à une amie...Je ne sais pas j'avais peur de me faire prendre. » EI

« J'ai déjà écrit l'ordonnance mais je ne l'ai jamais signé. Je trouve ça bizarre le nom du prescripteur et le nom du patient. » EI

- **L'anonymat :**

Les internes recherchaient également l'anonymat. Afin d'éviter de consulter un professionnel de santé familial (CHU ou autre réseau), les internes avaient tendance à s'autoprescrire.

« Je ne voulais pas consulter à l'hôpital où je travaillais. » EI

« Je ne voulais pas forcément croiser mes autres co-internes. » EI

« J'avais un petit peu d'appréhension car je savais que les médecins qui allaient s'occuper de moi, c'était des potes. » EI

« Pour l'anonymat, tu ne mélanges pas. Je me suis toujours dit j'espère que je n'aurai jamais un souci à l'hôpital. » EI

De la même façon, l'autoprescription pouvait être considérée comme intime.

« Je suis gênée avec l'autoprescription car je considère ça intime. » EI

d) La place du médecin traitant dans l'autoprescription

Le rôle du médecin traitant semblait limiter l'autoprescription chez les internes. En effet, celui-ci pouvait assurer un suivi objectif de l'interne. La place du médecin traitant dans cette autoprescription est donc primordiale.

- **La déclaration d'un médecin traitant :**

Les internes avaient le plus souvent un médecin traitant déclaré. Mais celui-ci pouvait être à des kilomètres d'eux, dans leur ville d'origine.

« Oui, j'ai un médecin traitant, mais il est chez mes parents, je ne le vois plus. » EI

« J'ai un médecin traitant, à Tours, je le voyais jusqu'à l'externat. » EI

« Mon médecin traitant est à Paris, il faut que j'en trouve un ici. » EI

Ainsi, le médecin avait le rôle de médecin traitant mais n'était pas consulté. On différencie donc le médecin traitant administratif et le médecin traitant « consulté ».

La plupart des internes ayant un médecin traitant sollicité, habitaient dans la région nantaise depuis plusieurs années. La stabilité géographique favorisait cette relation. Comme mentionné

précédemment, le changement de stage et de ville rendait difficile le suivi par un médecin traitant.

« Depuis tout petit c'est le même, c'est celui de la famille. » EI

« Oui depuis mon installation à Nantes donc depuis ma P1, c'est le même médecin traitant et je continue à le voir. » EI

« Mon médecin est à la Roche sur Yon... depuis ma naissance, j'essaye de le voir régulièrement. » EI

Le fait d'avoir fondé leur propre famille (femme et enfant) motivait également la déclaration du médecin traitant.

« Oui c'est le même médecin pour tous les 3, j'ai pris celui de ma femme. » EI

De plus, comme dit auparavant, les internes ayant des antécédents chroniques avaient le plus souvent un médecin traitant afin de coordonner les soins et réaliser le suivi.

« J'ai fait un trouble anxieux généralisé à la fin de la D4, j'étais allé voir mon médecin traitant. » EI

« Je suis en ALD pour une suspicion de MICI pour une seule crise initiale, j'étais sur un traitement de fond par Pentasa. C'est mon médecin traitant qui m'avait adressé chez le gastro. » EI

Les internes habitant Nantes depuis plusieurs années ou originaire de la région nantaise, ayant des antécédents ou maladies chroniques et ayant fondé une famille avaient donc un médecin traitant déclaré et le sollicitaient régulièrement. Le médecin traitant était avant tout un médecin de famille.

Qu'en est il du besoin des internes ? Quelque soit le statut de l'interne, ressentaient-ils le besoin d'avoir un médecin traitant ?

- Le besoin :

Le besoin d'avoir un médecin traitant n'était pas clairement exprimé par les internes. En effet, la plupart des internes ne ressentaient pas le besoin d'un suivi par un médecin généraliste. Le premier motif évoqué était une bonne santé.

« C'est vrai que je n'ai jamais fait la démarche de me dire « je vais me trouver un médecin et je vais le voir à l'avance. » EF

« Je ne ressens pas du tout le besoin d'un suivi. » EF

« Je n'ai pas de problèmes de santé alors je ne vais pas aller voir un médecin au cas ou. » EF

En revanche, les internes ne se sentaient pas objectifs pour eux même et étaient donc dans l'incapacité d'être leur propre médecin.

« On ne peut pas être un bon médecin pour soi même, on n'est pas objectif. » EI

« Je n'ai pas assez de recul, je ne suis pas objective alors je ne peux pas être mon propre médecin. » EF

« Je pense qu'il faut rester sur un truc : c'est bien que ce soit les autres qui nous soignent. » EF

Devant cette complexité relationnelle, les internes consultaient tout de même le médecin traitant. Ce besoin était exprimé mais uniquement dans certaines situations :

- **Le besoin d'un réseau :**

Le réseau médical et paramédical est important. Quelques internes, ne connaissant pas de réseau, consultaient un médecin pour une orientation secondaire.

« Je suis allé chez mon médecin traitant, je lui ai demandé de voir un psychiatre pour ne pas laisser traîner les trucs. » EI

« C'est mon médecin qui avait géré l'affaire et j'étais suivi par un spécialiste à la Roche sur Yon. » EI

« Je viens d'arriver à Nantes et je ne connais personne, je voulais qu'elle me conseille un podologue, me dire avec qui elle travaille. » EI

- **Le besoin d'un suivi :**

Quelques internes consultaient le médecin traitant pour leur suivi. Les internes concernés avaient le même médecin depuis plusieurs années.

« Je vais une fois dans l'année chez le médecin, je lui demande tout. » EI

« J'étais allée voir mon généraliste à ce moment pour faire le point. » EI

« Du coup je préférerais que ce soit bien cadré et avoir un vrai suivi, pour en parler et aussi être plus objectif. » EF

Les internes présentant une maladie chronique avaient un suivi plus assidu.

« Pour mes troubles anxieux, je tiens à le voir régulièrement, donc je le vois une fois par mois, ou grand max tous les mois et demi. » EI

« Pour mes problèmes digestifs, c'est mon médecin qui avait géré l'affaire et j'étais suivi par un spécialiste à la Roche sur Yon. » EI

- La nécessité d'examen :

Les internes avaient recours le plus souvent au médecin généraliste pour un certificat médical de sport. En effet, ils estimaient nécessaire dans ce cas d'avoir « un vrai examen ». Ils consultaient également lorsqu'ils avaient besoin d'un examen qu'ils ne pouvaient pas faire eux-mêmes, comme par exemple le frottis cervico-vaginal pour les femmes. Il s'agissait donc d'un acte technique.

« Il fallait quand même voir un médecin surtout pour le frottis cervico-vaginal. » EI

« C'est mon médecin traitant qui fait mon suivi gynéco et mon frottis. » EI

« Je le vois genre une fois par an, c'est surtout pour les certificats médicaux. » EI

« C'était en mode je me fais vraiment examiner. Parce qu'après, les certificats de sport en gros il n'y a personne qui regarde vraiment. » EI

« J'irai la voir quand je n'aurai pas le choix comme par exemple le frottis. » EF

Les consultations approfondies entre internes étaient rares, voir absentes. Les internes parlaient d'absence d'examen, d'où la consultation chez un médecin généraliste.

« Ils ne m'examinaient pas (interne à externe). » EI

« J'aime bien que le médecin généraliste m'examine. Parce que dans un service on ne va pas m'examiner. » EF

- Le besoin de sécurité:

Quelques internes consultaient pour se rassurer et obtenir un deuxième avis. Ainsi, ils confirmaient la plupart du temps leur autodiagnostic.

« J'attends quelques jours pour essayer de me raisonner et parfois, plus j'attends, et plus les symptômes se majorent... C'est là que je consulte. » EF

« J'aurais quand même demandé à mon père, pour avoir son avis, pour être sûr de ce que je fais, pour avoir un vrai avis. » EF. Dans ce cas, son père est son médecin traitant.

« Si je me tape un truc et si j'ai un doute, je pense que j'irai quand même voir un médecin. » EF

- La neutralité :

Lorsque l'interne ressentait un manque d'objectivité, il décidait de consulter. La recherche d'un avis neutre était une situation assez fréquente. Comme la recherche d'une réassurance, ils allaient consulter après avoir réalisé un autodiagnostic et une autoprescription.

« J'ai décidé d'aller voir un généraliste. Je n'étais plus du tout objective. » EI

« J'ai vraiment l'impression d'avoir besoin d'un avis extérieur, donc non pas de moi-même. » EF

« Je me dis, moins j'en fais pour moi même, mieux c'est. » EF

J'ai évoqué précédemment le manque d'observance chez les internes. Certains internes constataient une amélioration de leur observance si la prise en charge était faite par un médecin extérieur.

« Si c'est quelqu'un d'autre qui me le disait, par exemple pour une contre indication au sport, et bien ça marcherait mieux que si je me prenais en charge toute seule. » EI

« J'ai l'impression qu'il y a plus d'impact quand c'est quelqu'un d'autre qui te prend en charge. » EF

- Le besoin d'être choyé :

La consultation chez un médecin traitant faisait partie d'un bien être général. Les internes avaient le sentiment de se faire « chouchouter », et prenaient soin d'eux.

« J'aime bien être une patiente. J'aime bien qu'on s'occupe de moi. Je préfère être une patiente. » EF

« Je trouve ça agréable de se faire examiner. J'ai vu le médecin du travail à Luçon et je me disais chouette quelqu'un m'ausculte. » EF

« J'aime bien être examiné. » EF

- **La confiance, l'ancienneté :**

Les internes consultaient également très facilement si la relation médecin patient était une relation de confiance. Souvent, ils avaient un médecin traitant depuis longtemps. La confiance entre le médecin et l'interne-patient était telle qu'il ne voulait pas empiéter sur le rôle du médecin traitant. Ils pratiquaient peu l'autoprescription, à chacun son rôle et à chacun sa place.

« Parce que c'est mon médecin traitant, donc c'est à lui de le faire normalement et pas à moi. Il faut garder le lien avec le médecin traitant. Ne pas être son propre médecin. » EI

« Je fais confiance en mon médecin traitant, malgré mes connaissances. » EI

« Dès que je pouvais, j'allais voir mon médecin traitant qui est resté le même depuis ma naissance. » EI

- **Un patient comme les autres :**

Certains internes souhaitaient être traités comme un patient « ordinaire », c'est à dire sans connaissance. Ils s'attendaient à une prise en charge identique à celle d'un patient « quelconque ».

« Mon médecin généraliste est différent, elle me considère comme une patiente. » EI

« J'aime bien qu'elle me considère comme un patient. » EI

« Quand j'y vais, je parle en terme de patient. » EI

« Il a toujours gardé mon statut de patient et c'est ce que j'apprécie. » EI

« Je préfère qu'on me traite comme un patient lambda, comme les autres. » EF

Le souhait d'être un patient ordinaire dans la relation médecin-patient impliquait le déroulement de la consultation, que ce soit pour l'interrogatoire, l'examen clinique, les conseils apportés par le médecin mais aussi le payement de la consultation.

« Bien sûr que je paye, il y a des internes qui ne payent pas ? » EI

« Oui je paye et c'est normal, c'est son gagne-pain. » EI

Mais certains internes pensaient qu'ils n'étaient pas des patients comme les autres. Devenir un patient « ordinaire » était une difficulté mentionnée par les internes.

« Je ne me considère pas un patient comme les autres, vu que je ne vais pas aller consulter. » EF

« Se laisser guider et devenir patient ce n'est pas facile. Je serai un patient exigeant, pas chiant mais exigeant. » EF

« Difficile de se considérer comme les autres parce que tu as quand même une connaissance médicale donc non, pas comme les autres. » EF

Les internes ayant leur médecin traitant depuis longtemps ressentait le besoin de le consulter. Une relation de confiance était établie entre les deux acteurs permettant de passer la main plus facilement. La place du médecin de famille, et non du médecin traitant administratif, est importante dans la limitation de l'autoprescription et l'automédication.

- Une relation biaisée :

La relation médecin patient-interne est très complexe car le besoin des internes est ambivalent. Certains internes, plus particulièrement ceux qui n'avaient pas de médecin de famille, considéraient cette relation biaisée. Elle était faussée par les connaissances existantes entre les deux acteurs.

« Il va me prescrire un truc et je ne vais pas être d'accord. » EF

Le médecin soignerait donc différemment un patient d'un patient-interne.

« Les médecins ne sont pas pareils avec toi. » EF

De plus, certains internes considéraient leur prise en charge moins bonne du fait de leur statut. En effet, la relation ressemblait parfois à une discussion, de collègue à collègue.

« Je sentais que le discours des médecins n'étaient pas le même. Tu sentais que c'étaient des termes techniques. » EI

« Je trouve qu'on soigne mieux les gens quand c'est un patient lambda. » EF

« Parfois si je peux, j'évite de dire que je suis en médecine. J'ai l'impression qu'on serait moins bien pris en charge. » EF

« Mon médecin a tendance à discuter avec moi en me disant : « moi je mettrais ça, qu'est-ce que tu en penses. » EF

Plusieurs internes avaient évoqué un principe : si un médecin se présente en consultation, il faut partir du principe que c'est grave.

« Un médecin qui vient consulter tu ne cherches pas, tu pars du principe que c'est grave, s'il vient te voir c'est que ça ne va vraiment pas. » EF

« Ils se sont dit mais quand même si elle vient là ce n'est pas pour rien. » EF

« Quand les autres médecins te voient, ils réfléchissent à quinze fois et ils réfléchissent différemment. » EF

Comme évoqué précédemment, certains internes exprimaient un manque de confiance envers les médecins et avaient donc peur d'être jugés en tant que patient.

« C'est plus difficile de soigner un autre médecin car on peut se sentir facilement jugé. » EF

« C'est pour ça que je n'aime pas trop quand le médecin sait que je suis médecin car j'ai l'impression qu'il va mal me juger. » EF

- Une situation ridicule :

Les internes se mettaient à compétence égale avec un médecin traitant donc trouvaient la situation de consulter ridicule. Il s'agissait également d'internes ne bénéficiant pas d'un médecin de famille.

« Que ce soit moi ou un autre médecin, ça ne change rien. » EF

« On se met dans la peau du généraliste le temps de faire la radio tout ça, ça revient au même. » EF

« Je trouve ça ridicule d'aller le revoir pour réclamer une ordonnance alors que je peux très bien me la faire. » EF

« On ne va pas demander à un médecin de nous prescrire quelque chose qu'on sait se prescrire nous même. » EF

« Je ne me vois pas débarquer chez un médecin et dire : oui je suis aussi médecin ». EF

« On est d'égal à égal avec un médecin généraliste. » EF

3) Les conséquences

L'autoprescription permet certes de gagner du temps, mais les conséquences ne sont pas inexistantes. Si l'autoprescription de traitement occasionnel et simple était sans conséquence et pouvait paraître normale, certaines situations d'autoprescription entraînaient un retard de diagnostic. C'est le cas par exemple, de l'interne et son pneumothorax, des prises en charges incomplètes dues à un manque d'examen clinique ou à une absence d'objectivité, comme l'interne et son entorse de genou. Elle pouvait entraîner également une addiction médicamenteuse, comme pouvait le décrire une de nos internes, avec la prise systématique de benzodiazépine avant une garde. Les effets indésirables des médicaments peuvent être banalisés, comme dans l'exemple de l'interne prenant du lyrica pour sa sciatique.

« L'expérience me montre que mon auto prescription n'était pas bonne. » EF

« C'est vrai que le temps que j'aie vu quelqu'un, je pense que je tarde. Du coup, j'ai refusé d'aller aux urgences. Je me suis dit qu'on verra, j'ai vraiment laissé passer. » EF

« Je me suis dit, non ce n'est pas possible, ça ne doit pas être ça Je ne sais pas pourquoi je me suis dit : « non c'est rien » j'ai attendu 24 heures avant d'aller voir quelqu'un. » EI

IV - DISCUSSION

1) La Méthodologie du journal de santé

1.1. Les points forts

Il s'agissait de la première étude qualitative portant sur les internes de médecine générale. Dans la littérature, certaines études étaient quantitatives et portaient sur l'ensemble des internes de médecine toutes spécialités confondues (30) (32). Une étude portait sur les internes de médecine générale et était quantitative via des questionnaires (31). Un seul travail abordant l'autoprescription des internes en médecine était qualitatif avec des entretiens semi-dirigés (33).

La méthode du journal de santé nous a procuré plusieurs avantages. En effet, elle apportait, par rapport aux seuls entretiens, une meilleure précision de l'événement étudié (l'autoprescription et l'automédication). L'intérêt principal du journal était de se retrouver au cœur de la vie et des actions des internes par l'intermédiaire de leurs récits, sans être pour autant intrusif. En conséquence, nous obtenions des renseignements plus précis par rapport à d'autres méthodes habituelles, comme par exemple les entretiens isolés ou les questionnaires.

Cet outil diminuait les biais de mémoire ou biais de rétrospection, puisque les informations apportées étaient prospectives et le temps entre l'occurrence de l'événement et le report de celui-ci sur le journal était inférieur à 24 heures. Ce biais de mémoire peut être présent lors des entretiens ou questionnaires où le sujet rapporte des comportements passés de plusieurs semaines, voire des mois, et peuvent être imprécis voir modifiés.

Les situations d'automédication banales ou courantes peuvent être oubliées lors des entretiens. Le journal de santé a pu mettre en avant ces comportements anodins de la vie quotidienne, comme prendre un comprimé de paracétamol, se prescrire un traitement local, ou demander rapidement un avis à un ami (56).

Cette méthode permettait également d'étudier le comportement des internes à travers le temps et les déterminants influençant l'autoprescription dans la vie quotidienne.

Les internes se sont rapidement appropriés les journaux de santé, sans se lasser pour autant de la répétition quotidienne de l'écriture. En demandant aux internes, à la fin de l'entretien final, leurs impressions sur l'expérience du journal de santé, ils étaient ravis, et trouvaient cela intéressant.

Le fait de réaliser la lecture des journaux avant l'entretien final permettait de préparer la trame de l'entretien final et de faire une analyse beaucoup plus riche. L'étude d'Anne-Sophie Lucas confirmait que l'entretien basé sur les renseignements contenus dans le journal était primordial (56). Cette notion est d'autant plus importante dans notre étude que la mise en évidence des déterminants des pratiques d'autoprescription a été souligné grâce à l'entretien final basé sur le journal. Ces idées n'auraient pas pu être développées et exposées sans ce support.

1.2. Les limites

La méthode du journal de santé requiert beaucoup de temps de la part du participant mais également du chercheur. Cet inconvénient pourrait expliquer la difficulté que nous avons eu à recruter les internes volontaires. Cependant, les internes enquêtés ont participé avec enthousiasme et une franchise très appréciable. Les refus constatés de la part des internes étaient dus à un manque de disponibilité du fait d'un stage très prenant.

Le délai entre la fin du remplissage du journal et la réalisation de l'entretien final était parfois trop long, du fait du manque de disponibilités respectives de l'interne et de nous-mêmes. Pour deux entretiens, ce délai a été de quinze jours. Cela pouvait entraîner un oubli du contexte lors de la rédaction du journal et donc une absence de réponse à mes questions pendant l'entretien final.

Une prise de contact avec les participants était aussi réalisée au cours de l'enquête, c'est-à-dire lors du remplissage du journal à la fin de la première semaine de remplissage vers J7, afin de permettre aux internes de poser des questions si besoin, de vérifier leur observance quant à la tenue quotidienne du journal, et d'entretenir leur motivation. Même si aucun candidat n'a évoqué de problème particulier, deux internes n'ont pas été joignables.

Le travail d'Anne-Sophie Lucas sur la méthodologie des journaux de santé, soulignait qu'une supervision indirecte, comme par exemple téléphonique, était parfois insuffisante pour faire

un point avec l'enquête (56). En effet, les entretiens téléphoniques se faisaient sans le support du journal personnel de santé, ne permettant pas de prendre connaissance de son contenu; il n'était donc pas possible de vérifier que les informations rédigées dans la partie narrative étaient en accord avec les questions du journal. La supervision directe effectuée une semaine après le début du remplissage du journal, bien qu'elle demande de nouveau un déplacement au domicile de l'interne enquêté, aurait permis de repérer les erreurs ou les difficultés qui ne sont pas spontanément évoquées par le participant.

Quelques internes m'ont fait part d'une écoute trop attentive de leurs symptômes. La méthode du journal de santé induit donc un biais de sensibilisation. En augmentant son «écoute de soi», lors du remplissage du journal, l'enquêté peut modifier la perception des faits de santé et ses comportements d'auto soins. En effet, six internes ont confirmé ce fait. Ce problème a été évoqué dans d'autres études utilisant la méthode du journal de santé (60). L'interne perçoit plus de symptômes au cours de l'étude qu'il ne le faisait avant. D'après la littérature (56), cette sensibilisation est surtout ressentie au début du journal puis s'atténue avec le temps. Les internes concernés n'ont pas signalé une différence de sensibilité entre le début et la fin du journal.

Ayant été moi-même interne, il existait probablement un biais de désirabilité sociale. Les internes enquêtés ont pu orienter leurs réponses par peur de se sentir juger, par exemple pour les pratiques pas toujours consensuelles. D'autre part, notre regard sur le sujet et les questions n'étaient pas neutres. Étant dans la profession et réalisant nous-mêmes les entretiens, nous avons pu influencer, inconsciemment, les réponses, dans le choix des questions ou dans leur formulation. Le journal de santé permettait cependant de diminuer cette désirabilité sociale. Loin de l'enquêteur, les internes pouvaient se livrer au journal sans peur de jugement.

2) Analyse des résultats

2.1. La population et le recrutement

Notre groupe d'enquêtés était assez hétérogène. Idéalement, il aurait été préférable d'avoir le même nombre d'internes des trois promotions en DES1, DES2 et DES3, afin d'obtenir une population la plus diversifiée possible. Mais étant donné la difficulté de recrutement des volontaires, nous avons conservé le nombre de 17 internes.

Dans notre étude, il existe un biais de recrutement. En effet, au vu de nos résultats, les internes enquêtés semblaient « sages et disciplinés ». Nous n'avons pas observé de dérives majeures d'autoprescription ou encore de prescriptions de substances psychoactives. Il semble pourtant que cette pratique existe. D'après le travail de Jérémie Chiriaco mené en 2005 chez des internes parisiens, 22% des étudiants déclaraient avoir consommé au moins l'une des trois classes médicamenteuses suivantes : anxiolytiques, antidépresseurs et hypnotiques, et 76% déclaraient se l'autoprescrire (8). Une étude menée chez 402 médecins généralistes français, par téléphone, s'intéressait à l'usage des produits consommés contre la fatigue et le stress, 19% d'entre eux utilisaient des anxiolytiques, et 24% avaient consommé un médicament pour lutter contre la fatigue, comme par exemple les corticoïdes (61). Lors de notre recrutement, nos internes volontaires étaient peut-être sensibilisés à l'autoprescription et à la gestion de leur santé. Les internes concernés par des conduites à risque ou extrêmes ont pu refuser de participer à notre travail par peur d'un jugement de notre part. Il est vrai que 7 internes avaient déjà réfléchi à l'accès aux soins et à la gestion de leur santé, avant même de nous rencontrer.

2.2. Le regard sur leur santé et leur habitude

a) Leurs pensées

Les internes nous ont signalé se considérer en bonne santé. En effet, en évaluant tous les jours leur état psychique et leurs symptômes, les enquêtés ont été agréablement surpris par leur bien-être général. Ce constat est également présent dans d'autres études. À Poitiers, dans le travail d'Olivia Ridet, près de 94% des internes s'estimaient en bonne santé (31). Cette opinion positive s'expliquait par le recensement d'une population jeune, ayant une bonne

hygiène de vie, une pratique sportive régulière, une alimentation saine et peu d'antécédent médicaux (30) (31). Mais l'interne pouvait se considérer non malade, ou sain, du fait de la négligence et de la minimisation des symptômes. Cette hypothèse sera développée dans un autre paragraphe.

On constatait le même résultat positif chez les médecins généralistes malgré des antécédents plus nombreux. Chez les médecins généralistes, près de trois-quarts des médecins se considéraient en bonne santé (1) (2) (5) (62).

b) Leurs pratiques

Dans notre étude, l'asthénie et le stress étaient les symptômes les plus fréquents. La littérature est assez pauvre dans ce domaine. Si le travail d'Olivia Ridet énumère les événements aigus présents depuis le début de l'internat poitevin, il n'évoque pas les symptômes rencontrés au jour le jour, et donc des symptômes courants de la vie quotidienne (31).

Une étude complémentaire quantitative avec les journaux de santé pourrait être nécessaire afin de traiter au mieux les pratiques d'auto soins des internes.

Les internes pratiquaient des prescriptions courantes comme les internes poitevins ou angevins qui s'autoprescrivaient des antibiotiques, des AINS, des benzodiazépines et des contraceptifs (31). Ces prescriptions banales ont été mises en évidence grâce aux journaux car certains internes ne prêtaient pas attention à ces pratiques dans la vie de tous les jours.

Malgré leurs critiques face à l'autoprescription, tous les internes pratiquaient l'automédication et l'autoprescription. Cette ambivalence était aussi retrouvée chez les internes grenoblois avec une autoprescription fréquente. Il existait un contraste entre leurs pensées, leurs devoirs et leurs actes. (33).

2.3. Les déterminants de l'autoprescription

Notre étude a mis en évidence plusieurs facteurs influençant l'autoprescription dont certains communs avec d'autres études. Dans la littérature, les études évoquaient l'autoprescription des internes, sans pour autant comprendre leurs motivations et leurs déterminants. C'est le cas des travaux de thèses réalisés en 2013 par Olivia Ridet à Poitiers (31), Thibault Le Quintrec à Angers (32) et Claire Schreck à Rennes (30). Il en ressortait tout de même trois déterminants évidents qui sont le manque de temps, l'accessibilité et les connaissances. La seule étude explorant les déterminants de l'autoprescription est le travail d'Amélie Prudhomme et Anne Richard, en 2013 (33). On retrouve quelques facteurs similaires à notre étude que nous allons détailler.

a) Les déterminants contextuels

Le manque de temps était le premier et principal motif évoqué quelles que soient les études (29) (30) (31) (32). Surcharge de travail, amplitudes horaires importantes, horaires de travail incompatibles avec les horaires d'ouverture d'un cabinet médical, ces nombreux facteurs entraînaient un souhait à utiliser le reste du temps libre pour se distraire. Quand on parle de manque de temps, on peut aussi parler de gain de temps. À Rennes, Claire Schreck s'est intéressée aux conditions de travail de l'interne en évaluant le nombre d'heures travaillées (30). La moyenne d'heures travaillées était de 49,4h par semaine sans compter les gardes et les astreintes. Donc, le temps passé au travail participait à une carence dans la prise en charge de leur santé. À Angers, 40% des internes considéraient que la charge de travail était un frein pour aller consulter (32).

Chez les médecins généralistes, le travail de thèse de Caroline Stepowski en 2011, montrait que 88% des médecins (sur 1500 médecins généralistes de Haute Normandie) s'autoprescrivaient par gain de temps essentiellement (63).

Aux États-Unis, un travail fait en 2000, étudiait l'accès aux soins des internes (64) et mettait en évidence qu'un des principaux facteurs de négligence envers leur santé était la surcharge de travail et les horaires imprévisibles empêchant de prévoir des rendez-vous. Ce constat est similaire à celui issu de nos résultats et de la littérature.

Mais quand on parle d'un manque de temps, il peut s'agir parfois d'un désintérêt envers la santé plutôt qu'un vrai manque de temps, comme l'ont évoqué certains internes. Ils ne peuvent pas et ne veulent pas consulter, motivant ainsi l'autoprescription.

Le deuxième motif le plus retrouvé, dans toutes les études, était l'instabilité géographique. La mobilité au cours de l'internat est un facteur évident. De plus, on constate que les internes ayant effectué leur internat dans une autre ville que Nantes ont tendance à ne pas choisir de médecin traitant. La mobilité au changement de semestre nuit au suivi et à la volonté de rechercher un nouveau médecin traitant. Nous développerons cette donnée dans le paragraphe « place du médecin traitant ». Les résultats étaient identiques à Rennes et à Poitiers (30) (31).

Nous retrouvions également comme facteur commun et favorisant l'autoprescription une accessibilité évidente avec un accès préférentiel aux pharmacies hospitalières. Dans le travail d'Amélie Prud'homme et Aurélie Richard, nous retrouvions la notion de culpabilité (31). Les termes « piquer », « chaparder », « mal à l'aise » ont été employés par les internes. Ce sentiment n'a pas été retrouvé dans notre travail, seulement une interne a parlé de « *vol dans la pharmacie de l'hôpital* ». Ce libre-service dans les pharmacies hospitalières était retrouvé également à l'étranger (35).

Tous les internes prenaient des ordonnances dans leur service. Ils privilégiaient cependant les ordonnances du CHU car ils se sentaient plus à l'aise. Le même constat était souligné chez les grenoblois, avec une banalisation importante (33).

Nous avons mis en évidence qu'être en stage à l'hôpital favorisait l'accès aux spécialistes et ainsi aux consultations informelles ou encore appelées « consultation de couloir ». Cette action était très fréquente en France et à l'étranger. À Poitiers, Olivia Ridet avait recueilli l'ensemble des consultations des internes poitevins, c'est à dire tout recours à l'avis d'un médecin (31). Sur les 51 consultations, 35.3% s'étaient effectuées « entre deux portes », 64,7% s'étaient déroulées normalement et 20 % des consultations étaient effectuées auprès d'un médecin exerçant sur le lieu de stage. Ces consultations se faisaient majoritairement de manière informelle et sans examen clinique. Nous retrouvions le même résultat chez les grenoblois (33). Dans les études étrangères, les résultats mettaient en évidence un recours fréquent aux consultations informelles (34) (37) (64) et ce pour des raisons d'accessibilité, de gain de temps, et par souci économique. Cependant, cette pratique empêche le développement d'une relation médecin-patient classique et expose ainsi au risque d'erreur.

A propos des connaissances, l'interne considérait ses connaissances suffisantes pour s'autoprescrire. L'autoprescription dépend surtout de l'évaluation de la gravité des symptômes. Cet acte est également souligné dans le travail d'Amélie Prudhomme et Anne Richard (33). En effet, l'impression globale de gravité ressentie était un élément déterminant dans la démarche de soin. Dès lors qu'une situation semblait pathologique mais en-dessous d'un seuil qu'il jugeait anodin, l'interne faisait tout pour éviter de consulter. Comme la population générale, il pouvait s'automédiquer mais aussi s'autoprescrire. Selon le rapport du Dr Pouillard, adopté lors de la session du Conseil national de l'Ordre des médecins en 2001, 85% de la population générale s'automédiquerait lorsqu'elle juge l'affection bénigne (11). Par rapport à la population générale, ce seuil de gravité est probablement plus élevé chez les internes du fait de leurs connaissances médicales. Cela a déjà été observé chez les médecins généralistes remplaçants et installés (5) (65). Pour évoquer le seuil de gravité, les médecins généralistes parlaient de « bobologie ». Ils s'autoprescrivaient lorsqu'il s'agissait de « bobologie ». Et si cela était plus grave, ils consultaient un spécialiste (65). Cette notion de seuil reste très subjective et peut conduire les internes à minimiser, parfois à tort, la pathologie dont ils souffrent. C'est le cas de l'interne ayant fait son pneumothorax mais qui, ne trouvant pas de critère de gravité, a attendu deux jours avant de consulter, ou encore de l'interne ayant des signes fonctionnels urinaires et une bandelette urinaire positive et attendait du fait de son apyrexie.

b) Les déterminants personnels

Concernant l'éducation, il a été démontré qu'avoir des parents médecins favorisait l'automédication et l'autoprescription et réduisait le recours à un médecin indépendant (31), ce qui n'est pas ressorti dans notre travail. Dans notre groupe d'enquêtés, seulement deux internes étaient concernés par ce statut, dont une personne ayant un médecin de famille dès sa plus jeune enfance. Nous n'avions pas suffisamment de données dans notre analyse pour affirmer cette idée. Il aurait été intéressant d'avoir un plus grand nombre d'internes ayant des parents médecins. Même si nos résultats n'étaient pas en corrélation avec la littérature, un des deux internes concernés par ce statut a évoqué : « *déjà je suis fille de médecin, ça aggrave mon cas... je minimise* ». Dans son contexte, cela traduisait que son éducation médicale était défavorisante et pouvait entraîner une négligence. Nous n'avons pas trouvé dans la littérature cette notion mais il serait intéressant de compléter notre étude par d'autres observations.

Concernant l'entourage, la comparaison avec les amis et les collègues était très présente. Un interne avait pour habitude de se prescrire d'une certaine façon, si bien que son ami ou son entourage proche allaient réaliser une prise en charge identique. Pourtant, cette notion n'est pas retrouvée dans la littérature. À Poitiers, les internes se comparaient aux patients et non à leurs collègues. Considérant leurs problèmes mineurs par rapport aux patients, ils minimisaient leurs symptômes (31). Dans la population générale, nous retrouvons cette influence de l'entourage. D'après les travaux de Fainzang, les patients ont recours aux conseils des proches pour s'automédiquer (66).

Un autre déterminant présent dans notre étude, et non retrouvé dans la littérature, était les traits de personnalité de l'interne, notamment la paresse et le laxisme. Les internes ne voulaient pas consulter et ne voulaient pas en prendre le temps. Cela entraînait un retard de diagnostic ou une mauvaise prise en charge.

Aucune étude n'a évoqué la stabilité personnelle comme facteur influençant l'autoprescription. Ce résultat était clair dans notre travail, les internes ayant fondé une famille tentaient de diminuer l'autoprescription, que ce soit pour eux ou pour leurs enfants. En effet, ils étaient sensibilisés à la prescription pour leur entourage et ne préféraient pas utiliser d'autoprescription car ils souhaitaient une prise en charge objective. Ils cherchaient ainsi une stabilité dans le parcours de soins avec la déclaration d'un médecin.

c) Les déterminants émotionnels

A propos des facteurs émotionnels, la peur était prédominante dans notre étude. En effet, les internes avaient peur d'une prise en charge classique et donc s'autoprescrivaient pour éviter toute consultation. Cette émotion était principalement due aux antécédents personnels mais également au vécu professionnel. C'est le cas par exemple de l'interne ayant fait plusieurs pneumothorax, qui ne voulait pas revivre son passage aux urgences et avait pour cela géré seul sa prise en charge, ou encore de l'interne se rappelant de patients souffrants sur les brancards des urgences, qui voulait éviter les urgences pour une éventuelle plaie à suturer. Nous n'avons pas retrouvé dans la littérature, cette notion de peur du parcours de soins chez les internes. Cette idée nouvelle est ressortie grâce aux journaux de santé car elle n'était pas présente lors des entretiens initiaux.

Par contre, dans l'étude grenobloise, on évoque plutôt la peur de la maladie, comme par

exemple, la peur d'une découverte d'une pathologie chronique (33). Dans notre étude, une personne était concernée par cette souffrance et se qualifiait d'hypochondriaque, elle redoutait tout au long de son cursus de faire de multiples pathologies au fur et à mesure de l'acquisition des connaissances. Il est vrai que plusieurs études évoquent l'hypochondrie chez les étudiants en médecine, on parle alors du syndrome de l'étudiant en médecine. Ce syndrome est présent le plus souvent au cours de la première et deuxième année de médecine et s'atténue progressivement au cours des années étudiantes (33). Cela reflète une difficulté à être objectif vis-à-vis de sa propre santé.

En plus de la peur, nous avons vu qu'il existait chez nos internes une minimisation des symptômes voire un déni, entraînant une prise en charge inadaptée et une négligence de leur santé. L'interne pouvait s'autoprescrire ou s'abstenir, en considérant qu'il s'agissait de « bobologie ». Les journaux ont renforcé cette idée et ont fait prendre conscience aux internes de cette négligence. Ces sentiments étaient présents chez les internes grenoblois, il ressortait cette difficulté d'être honnête avec soi-même « on se ment très facilement à soi-même » (33). On constatait les mêmes résultats chez les médecins généralistes (6) (63).

Comme pour notre étude, les internes grenoblois s'étaient interrogés également sur le côté légal de l'autoprescription. Le code de déontologie n'interdit pas aux médecins de faire ses propres ordonnances.

Au Québec, le code de déontologie stipule : « Le médecin doit, sauf dans les cas d'urgence ou dans les cas qui manifestement ne présentent aucune gravité, s'abstenir de se traiter lui-même. » (67). Le rapport du Conseil National de l'Ordre des Médecins (CNOM) souligne que l'autoprescription médicamenteuse est parfois incohérente par rapport à la réalité de la pathologie, et potentiellement délétère pour la santé des médecins (6). Nous pourrions inclure cette limitation dans notre code de déontologie.

Au Pays-Bas, l'association médicale royale néerlandaise appelée KNMG (Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst) et l'ordre des pharmaciens néerlandais appelé KNMP (Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering der Pharmacie) adoptent le point de vue qu'il n'est pas souhaitable que les médecins prescrivent pour eux-mêmes des médicaments. Lorsqu'un médecin se prescrit plusieurs fois un médicament induisant une dépendance, les pharmaciens sont priés de le déclarer à l'inspection des soins de santé (IGZ). Étant donné que l'autoprescription aux Pays-Bas n'est pas un acte légalement interdit, l'Inspection n'a pas de pouvoirs légaux dans ce domaine. En revanche,

l'Inspection met au point un trajet d'accompagnement par un psychiatre ou un psychologue. Si nécessaire, s'ajoute une interdiction temporaire d'exercer ou l'exercice sous supervision stricte afin de prévenir des dommages qui pourraient en résulter pour le patient (68). Les mêmes règles sont appliquées pour la Belgique. En France, peut-être pourrions-nous donner également ce rôle aux pharmaciens ?

Un autre déterminant omniprésent dans les études et pouvant être inquiétant est l'absence de confiance envers les collègues. L'interne, ou même le médecin, quel que soit son âge, avait du mal à passer la main, il lui était difficile tout d'abord d'accepter d'être malade et ensuite de laisser les commandes à quelqu'un d'autre. Cette confiance exagérée des internes en leur propre savoir était retrouvée dans notre étude grâce aux journaux et également chez les grenoblois (33). On retrouvait les mêmes résultats chez les médecins généralistes avec un sentiment de manque de confiance envers les autres médecins et le sentiment d'avoir de meilleures compétences (65).

Les internes évoquaient également une recherche d'anonymat, et ne pas croiser un spécialiste familier était leur argument premier. Dans la littérature, cette idée n'est pas spécifiquement retrouvée, on parle par contre d'une appréhension au non respect du secret médical en milieu hospitalier, chez les internes (31), mais également chez les médecins généralistes (65).

En plus de l'anonymat, une interne a souligné l'intimité de l'autoprescription mais cette notion n'est pas retrouvée dans la littérature. Cet aspect peut expliquer nos difficultés pour le recrutement des internes, en trouvant notre travail intrusif. Cette pensée ne reflète-t-elle pas une gêne bien présente de l'autoprescription ?

2.4. La place du médecin traitant

a) Un rôle dans l'autoprescription

Le parcours de vie et la déclaration du médecin traitant ont influencé fortement l'autoprescription. En effet, il existait une relation importante entre l'autoprescription et l'existence ou non d'un médecin traitant. Des études ont montré qu'en l'absence de médecin traitant déclaré, le recours à l'automédication était plus fréquent (69), mais nous n'avons aucun élément concernant l'autoprescription. Dans notre étude, les internes ayant un médecin traitant, et réellement suivis par ce médecin, essayaient au maximum de restreindre, voir d'éviter, l'autoprescription. Les arguments évoqués étaient multiples, notamment de laisser la place et le rôle au médecin traitant et d'être le plus objectif possible. Dans ce cas de figure, les internes avaient une relation de confiance avec leur médecin et devenaient naturellement des patients ordinaires. Il s'agissait d'une relation à part entière entre l'interne patient et le médecin traitant, représentant le médecin de famille.

L'impact primordial du médecin de famille sur l'auto soin des internes est un fait nouveau en regard de la littérature. Pour les médecins généralistes, les résultats sont différents et discordants en fonction des études.

En 2011, Caroline Stepowski montrait dans son travail de thèse réalisé chez 1500 médecins généralistes exerçant en haute Normandie, que l'autoprescription était diminuée pour les médecins ayant un médecin traitant mais seulement pour une classe médicamenteuse, les hypnotiques (63). En 2013, un travail similaire réalisé par Guillaume Labeille chez 2350 médecins généralistes de Rhône-Alpes, montrait que la déclaration d'un médecin traitant diminuait l'autoprescription dans les situations aiguës et les renouvellements d'ordonnances (70).

À l'étranger, une étude australienne menée en 2005, avait pour objectif d'établir un lien entre la déclaration d'un médecin traitant et la diminution de l'autoprescription en réalisant une revue de littérature. Il n'était pas prouvé que cette mesure améliorait effectivement la santé des médecins : un taux de déclaration d'un médecin traitant supérieur à 90% n'était pas associé à une autoprescription moindre (71).

Cette discordance entre les différentes études françaises et étrangères est liée à la non distinction entre le médecin traitant déclaré et le médecin traitant sollicité appelé médecin de famille.

b) La déclaration du médecin traitant

La déclaration d'un médecin traitant était présente chez les internes mais le médecin concerné était peu consulté. En effet, celui-ci se trouvait le plus souvent dans la ville d'origine de l'interne (médecin traitant des parents), pouvant être éloignée, et non dans la ville actuelle. Le médecin traitant était par conséquent seulement « administratif » et peu sollicité.

Dans la littérature, nous observions également les mêmes résultats : les internes étaient nombreux à avoir déclaré un médecin traitant : 84,4% pour les internes poitevins (31), 77 % pour les internes rennais (30) et 71% pour les internes angevins (32). Sur les 71% d'internes angevins qui avaient un médecin traitant, le domicile se situait à plus de 30 km du cabinet médical pour 60% d'entre eux. À Rennes, 87% des internes ayant déclaré un médecin traitant étaient d'origine rennaise. À Poitiers, les internes ayant effectué leur externat dans une autre ville que Poitiers n'avaient pas de médecin traitant.

La non déclaration du médecin traitant était essentiellement due au changement de ville récent, à la mobilité tous les six mois pendant l'internat et à l'absence de besoin, éléments que nous retrouvions également chez les internes poitevins (31).

Des études étrangères ont montré que, même si les internes étaient nombreux à avoir un médecin référent, la majorité contourne l'accès à celui-ci. Ils s'orientaient vers un autre médecin ou avaient recours à l'autoprescription (34) (37).

Chez les médecins généralistes, la déclaration était beaucoup moins d'actualité. Les données de la littérature montraient qu'en moyenne, moins de 20% des médecins avaient un médecin traitant déclaré autre qu'eux-mêmes (1) (2) (60). Avant la réforme de 2004, les médecins généralistes n'avaient pas de médecin référent, puis, après la réforme, la plupart des médecins s'étaient autodéclarés médecin traitant. Cette réforme n'a pas apporté de bénéfice pour la gestion de la santé des médecins (62).

Pour l'interne, l'évolution semble tendre vers les mêmes pratiques que celles observées chez les médecins puisque l'interne, plus autonome et loin de sa ville d'origine, a déjà tendance à ne pas désigner de médecin traitant.

c) Le besoin du médecin traitant et le recours à une consultation

La notion de besoin du médecin traitant est très différente selon les internes et a peu été exprimée. Dans notre travail, les internes n'ayant pas de médecin traitant et se considérant en bonne santé, n'allaient pas consulter un médecin du fait d'une absence de besoin ressentie. Nous retrouvions le même constat chez les internes poitevins et rennais où 80 % des internes ne consultaient pas car ils s'en occupaient eux-mêmes, ne prenaient pas le temps de s'en occuper ou ressentaient une absence de besoin devant des symptômes bénins ou un diagnostic évident (30) (31). Ce dernier motif était le plus fréquemment avancé que ce soit pour notre étude ou dans la littérature.

Les internes bénéficiant d'une relation de confiance et d'écoute avec leur médecin traitant, appelé médecin de famille, ressentaient le besoin d'un suivi et d'un recours à celui-ci. Les autres internes, ne bénéficiant pas de cette relation, ne ressentaient pas le besoin d'avoir un médecin généraliste sauf dans les cas suivants : nécessité d'un examen qu'ils ne peuvent pas faire eux-mêmes comme un frottis cervico-vaginal, besoin de connaître un réseau professionnel, besoin d'être réconfortés, besoin d'un suivi objectif et besoin d'un suivi dans le cadre d'une pathologie chronique. Ces notions n'étaient pas retrouvées dans la littérature.

Nous retrouvions par contre la notion de consultation. La question qui se pose finalement dans la littérature n'est pas « quand ou ai-je besoin de consulter ? » mais plutôt « qui consulter ? ». Il a été démontré que les internes consultaient plus le médecin du stage que le médecin traitant. Chez les poitevins, Olivia Ridet étudiait les différents acteurs lors des consultations (31). Au total, on constatait que le recours au médecin traitant ne s'était effectué que pour 9,8% des consultations (5 consultations sur 51 au total), les autres médecins étaient soit des médecins du stage, soit des médecins proches ou des spécialistes du fait d'un accès plus rapide. Dans la thèse de Claire Schreck, parmi les internes consultant un confrère pour un problème de santé aigu, 55,2 % consultaient un confrère « neutre », comme leur médecin traitant ou un médecin généraliste, 34,3% un ami ou un membre de la famille et 10,5 % un collègue de travail (30).

Pourtant dans notre travail, certains internes exprimaient qu'idéalement le recours au médecin traitant serait à privilégier pour être le plus objectif possible mais ne le pratiquaient pas, signe d'une ambivalence dans leur discours. À Angers, 76,5% des DES pensaient avoir besoin d'un médecin traitant mais n'en avaient pas (32).

Les internes avaient tendance à concevoir la consultation comme un acte technique ou acte de prescription et non comme une consultation d'écoute. C'est le cas par exemple de la réalisation du frottis cervico-vaginal. La consultation devenait donc un acte technique, diagnostic ou prescriptif mais la prévention, le dépistage et l'écoute n'étaient pas pris en compte par nos internes. Le même constat était retrouvé dans la thèse d'Amélie Prud'homme et Anne Richard (33).

Les médecins généralistes eux aussi ne ressentaient pas de nécessité à consulter un autre médecin généraliste. L'absence de maladie signifiait une absence de nécessité à consulter. Même en décrivant tous les problèmes de santé, ils se disaient non malade. D'autres reconnaissaient qu'ils avaient, comme les internes, besoin d'un suivi mais ne le faisaient pas (65).

L'absence de consultation paraissait légitime pour certains motifs, tels qu'une rhinopharyngite aiguë et se rapprochait du comportement de la population générale. Néanmoins, pour certaines situations, ce comportement paraissait inadapté et les symptômes rapportés semblaient nécessiter un avis extérieur.

Dans les études, le médecin traitant et le médecin de famille n'étaient pas différenciés. Pour les internes ne bénéficiant pas d'un médecin de famille, la relation était considérée comme biaisée.

d) Une relation biaisée

La relation médecin généraliste patient-interne était considérée ridicule du fait des égalités des compétences entre les deux acteurs. Cette notion n'était pas retrouvée dans la littérature. Cette découverte est probablement due au fait qu'il s'agit d'une première étude menée chez les internes de médecine générale. Les autres études concernaient les internes de toutes spécialités confondues et retrouvaient, en revanche, la notion de gêne à consulter un médecin généraliste. En effet, les internes grenoblois en DES de médecine générale, déclaraient ressentir une gêne plus importante à consulter pour un symptôme qu'ils pensaient pouvoir gérer seuls. Un sentiment de faiblesse à consulter était décrit car cela remettait en cause la capacité de se soigner et donc de soigner les autres. Ce ressenti était moins présent chez les DES de spécialités (33). Pour les internes angevins, 33,6% des internes avaient répondu qu'ils ressentaient beaucoup ou énormément de gêne à consulter et ce sentiment était également plus présent chez les internes de médecine générale du fait des égalités de

compétences (32). Chez les médecins généralistes, nous retrouvions les mêmes résultats. Différents sentiments étaient exprimés de la part du médecin généraliste consultant : une honte, une faiblesse, une gêne et une peur du jugement (65).

Autre pensée émise par les internes : la relation biaisée entre les deux acteurs entraînait une moins bonne prise en charge par rapport à un patient lambda. L'égalité des compétences pouvait parasiter la relation et la prise en charge. Pour les internes, nous n'avions pas retrouvé cette notion dans la littérature. En revanche, pour les médecins généralistes, nous retrouvions les mêmes éléments, à savoir une prise en charge parfois inadaptée, les recommandations entre confrères n'étant pas respectées (65).

De plus, plusieurs internes ont évoqué le principe suivant : « si un médecin consulte, c'est forcément grave ». Nous retrouvions cette donnée chez les médecins généralistes. Si le médecin consulte un autre médecin généraliste, il n'a pas pu faire, par manque de connaissances son autodiagnostic, d'où le sentiment de honte et de faiblesse exprimés par les internes et les médecins installés. Par contre, cette gêne n'était pas présente pour une consultation spécialisée (65).

Dans son travail de thèse, Émilie Rousseau évoquait la difficulté du médecin à soigner un autre médecin et soumettait des conseils pour une consultation médecin médecin-malade : l'interrogatoire et l'examen clinique doivent garder leur place comme avec n'importe quel patient et doivent être dirigés par le médecin et non par le médecin-patient. Il faut adapter son discours et prendre en compte l'autoprescription dans l'interrogatoire. Le risque étant de ne pas formuler l'ensemble des informations pensant que, comme il s'agit d'un confrère, il les connaît déjà.

Plusieurs travaux dressaient les pièges à éviter lors de ces consultations et donnaient différents conseils, cela s'adressait tant aux médecins qu'aux internes (6) (65) (72).

- considérer le médecin qui consulte avant tout comme un patient
- réaliser un interrogatoire et un examen complet
- expliquer et argumenter ses démarches comme avec un patient
- confirmer au médecin-patient l'obligation du secret médical
- déconseiller l'automédication et l'autoprescription
- et surtout payer la consultation.

Dans notre étude, les internes ayant un médecin traitant payaient la consultation et étaient tout à fait d'accord avec cet acte. Le conseil de l'ordre des médecins abordait ce sujet dans sa synthèse réalisée en 2008 : « le médecin malade », et stipulait que le paiement de la consultation confirmait son caractère professionnel et technique (6).

e) La relation avec les spécialistes

Nous savons que la consultation chez le médecin généraliste n'est pas évidente. Donc, si une consultation était nécessaire, les internes pouvaient se diriger directement vers les spécialistes connus de leur réseau en première intention.

Dans notre étude, c'était le cas par exemple de l'interne ayant un problème au genou, qui s'était dirigé directement vers le chirurgien orthopédiste avec au préalable son IRM du genou autoprescrite, ou encore l'interne présentant un pneumothorax, qui essayait de joindre directement le pneumologue du CHU connu de son réseau. Un autre exemple était l'interne demandant un avis « entre deux portes » à son chef de service concernant une rhinopharyngite traînante.

Les internes consultaient très peu leur médecin traitant mais plutôt un médecin du stage témoignant le plus souvent d'une consultation de couloir ou consultation informelle. Olivia Ridet retrouvait les mêmes résultats dans son étude : sur 18 consultations, le médecin consulté était un maître de stage dans 33,3% des cas (6 cas sur 18), le médecin traitant dans 27,7% des cas et un proche dans 16,6% des cas, 24% des consultations avaient eu lieu auprès de spécialistes sans respecter le parcours de soin (31). Dans l'étude de C. de Villelongue (69), 75% des recours aux spécialistes se faisaient directement. Nous retrouvons le même constat chez les médecins généralistes : ces médecins s'auto déclarant médecin traitant, accédaient directement à un spécialiste d'organe (63) (65) (70).

Comme vu précédemment, pour un médecin généraliste, consulter un confrère généraliste témoignait d'une faiblesse et d'une défaillance dans son savoir. En revanche, consulter un spécialiste n'entraînait pas le même sentiment de gêne car il avait l'excuse d'en savoir plus dans sa spécialité. Ce sentiment pouvait aussi s'expliquer par l'esprit de compétition existant en médecine dès la première année avec le concours d'entrée. Et cette rivalité se poursuit tout au long des études. La pression exercée par certains praticiens hospitaliers, louant leur spécialité propre renforce davantage ce sentiment élitiste. Qui n'a

jamais entendu au cours de son externat et son internat : « Comment, tu ne sais pas ça ? C'est la base pourtant. » Il existait donc un rapport de force entre les médecins quelle que soit leur spécialité et même entre les internes. Cet élitisme était également décrit par Amélie Prudhomme et Anne Richard (33).

À noter que dans notre étude, les internes bénéficiant d'un suivi précis auprès d'un spécialiste étaient aussi suivis par le médecin traitant, mais aucune autre étude n'évoque ce point.

f) L'autoprescription, la maladie chronique et le suivi

Nous avons vu que les internes ayant des antécédents chroniques conséquents avaient un suivi régulier. Il semblerait que leur suivi soit plus rigoureux qu'un interne ne présentant pas de pathologie particulière. Il existait une contradiction avec les résultats de la littérature. Chez les internes poitevins, le suivi des pathologies chroniques n'était pas optimal. 15% des internes déclaraient avoir une pathologie chronique. Environ deux tiers d'entre eux étaient suivis par un médecin pour cette maladie mais seulement un quart consultait systématiquement ce médecin. La plupart des internes pratiquaient souvent, voire toujours, des auto-prescriptions de leur traitement chronique. Il n'y avait souvent pas de réel suivi contrairement à notre étude (31).

Chez les internes angevins, 60,5% d'entre eux considéraient leur suivi médical comme insuffisant ou moyen (32). Chez les rennais, 15 % des internes déclaraient avoir un problème de santé chronique, et seulement 37,5 % d'entre eux se faisaient suivre régulièrement (30). Ces chiffres témoignaient d'une autoprescription de renouvellement chronique.

Pour les internes ne présentant pas d'antécédents particuliers, toutes les situations concernant leur suivi étaient observées : une absence de suivi, un suivi spécialisé rigoureux comme en gynécologie, un suivi annuel par le biais d'un certificat médical ou un suivi médical « à l'arrache » comme certains internes ont pu le décrire.

En revanche, il existait un point commun quel que soit le cas de figure: un manque d'objectivité (30) (31) (32) (33). Le même constat était souligné chez les médecins généralistes (2) (6) (62) (70).

Dans la littérature, les ressentis des internes sur leur suivi semblaient assez tranchés : du fait de l'autoprescription omniprésente, les internes se considéraient moins bien suivis car leur regard sur la santé n'était pas objectif (31). Près de la moitié des internes poitevins disaient ne pas avoir un regard objectif sur leur santé et ce sentiment était d'autant plus présent avec l'avancée dans le cursus. Chez les internes angevins, 60,5% des internes considéraient leur

suivi médical comme insuffisant ou moyen (32). Cette opinion est également présente à l'étranger. Aux États-Unis, une étude montrait que les résidents internistes étaient peu satisfaits de leur suivi (72).

En revanche, il semblerait que les internes prenaient peu à peu conscience de leur manque de neutralité, et étaient critiques sur leur prise en charge. Pour autant, ne seront-ils pas paradoxalement tentés plus tard de s'autogérer et ou de devenir leur propre médecin traitant ? Chez les médecins généralistes, le suivi était également peu présent. Environ quatre médecins sur dix estimaient ne pas du tout prendre en charge leur santé ou bien estimaient avoir une «mauvaise » prise en charge. Selon les différentes données de la littérature, 40% des médecins généralistes considéraient avoir une prise en charge incorrecte (62).

g) L'autoprescription et la psychiatrie

Tous les internes présentant un syndrome anxio-dépressif avait recours à un avis extérieur (psychologue, psychiatre ou médecin généraliste) et par la suite un suivi. L'autoprescription semblait peu présente pour les psychotropes et les anxiolytiques. On retrouvait le même résultat dans la thèse de Claire Skreck où 13% des internes avaient déjà eu recours à un psychiatre ou psychologue au cours de leur internat et où la consommation d'hypnotiques et d'anxiolytiques restait marginale (30).

La consommation des substances psychoactives et autres drogues ne rentrait pas dans notre étude mais pouvait tout de même être abordée dans le contexte de la santé globale des internes. L'alcool et le cannabis pouvaient, en effet, être une alternative pour lutter contre l'anxiété. Ce thème a été abordé dans plusieurs thèses. Deux travaux de 2005 et de 2012 exploraient spécifiquement la consommation des substances psychoactives chez les internes.

Leurs résultats n'étaient pas en accord avec notre étude car l'autoprescription dans ce domaine était élevée témoignant d'un manque de suivi. En effet, dans la thèse de Jérémie Chiriaco et de Julien Hérault, l'autoprescription pour les psychotropes (anxiolytiques, antidépresseurs et hypnotiques) étaient de 76% (8) (9). Leur consommation n'était pas plus importante que la population générale, soit 22% des internes ayant consommé au moins une fois des psychotropes, mais découlait d'une autoprescription. Chez les médecins généralistes, nous faisons le même constat, Romain Suty avait montré que ces habitudes de consommations de somnifères et/ou tranquillisants perduraient chez 25% de leurs aînés (1). Dans notre étude, la consommation d'alcool semblait être peu présente. Chez les internes,

d'après les différentes études, 25% d'entre eux consommaient plus de trois verres d'alcool par jour, et ce au moins une fois par semaine (8) (9) (30). En revanche, dans notre étude, le tabac semblait être une pratique régulière à visée anxiolytique. Les études retrouvaient également une consommation tabagique fréquente chez les internes mais similaire à la population générale (30).

En dehors des substances addictives, les internes buvaient beaucoup de thé et de café à visée stimulante. Le même constat était réalisé dans la thèse de Claire Schrek où près de 93% consommaient des boissons « excitantes » (30). Il est possible que l'interne prenne ces excitants dans un but de performance, pour « rester en forme ». Mais cette consommation importante peut altérer les capacités quand elle est excessive, comme par exemple les tremblements décrit par les internes, que ce soit dans notre étude ou dans celle de Rennes.

h) Le patient ordinaire

Le statut de patient « ordinaire » était parfois recherché : être neutre et être le plus objectif possible. Mais, du fait des connaissances et du vécu professionnel, être un patient n'est pas forcément le plus facile. Cette difficulté était mentionnée chez les internes angevins, 47,1% des DES interrogés trouvaient « difficile » ou « très difficile » de passer du statut de médecin à celui de patient (32). Pour les internes grenoblois, la même difficulté était mentionnée, l'automédication et l'autoprescription apparaissaient comme une solution pour éviter cette inversion des rôles (33). Dans notre étude, les internes ayant un médecin traitant depuis longtemps, n'avaient pas de difficulté à devenir un patient ordinaire, ils appréciaient cette relation patient-médecin. Nous n'avons pas trouvé cette donnée dans la littérature.

Dans notre travail et dans la littérature, on peut distinguer deux profils différents d'internes malades: l'interne qui avait besoin de son médecin traitant car il avait établi avec lui, une relation de confiance, grâce à sa stabilité géographique et familiale, et suivait au maximum le parcours classique de soins comme un patient ordinaire, et l'interne qui ne considérait pas utile, voir ridicule, d'avoir un médecin traitant et s'autoprescrivait dès que l'occasion s'en présenterait (30) (33).

D'après la littérature chez les médecins généralistes, le médecin généraliste-patient a des comportements spécifiques, qui s'appliquent à tous les médecins, jeunes médecins ou internes (65) :

- Le médecin malade n'est pas objectif. Il ne peut pas appliquer à bon escient ses connaissances médicales à lui-même et donc bascule dans le déni. Il n'a pas un comportement rationnel vis-à-vis de sa santé.
- Craignant le regard et le jugement de ses confrères, il a tendance à se replier sur lui et s'isoler plutôt qu'appeler à l'aide.
- Le médecin a peur du non respect du secret médical.
- Le médecin est réticent à déclarer sa maladie de peur d'afficher ses faiblesses.
- Il n'arrive pas à jouer le rôle du patient et a des difficultés à accepter ce statut et le traitement.
- Il réalise des autodiagnostic et des autoprescriptions afin d'éviter ses peurs multiples.

Pour être un patient ordinaire, il faut tout d'abord accepter d'être malade puis accepter de se laisser guider, mais soigner un médecin ou un interne semble difficile.

i) L'autoprescription en augmentation

L'autoprescription a semblé augmenter au fur et à mesure des années d'internat du fait de l'augmentation des connaissances. Les internes décrivaient une autoprescription en qualité et non en quantité. Elle semblait concerner tous types d'autoprescription qu'elle soit médicamenteuse, paramédicale ou les demandes d'avis informels. En effet, au fur et à mesure de son internat, l'interne acquiert des connaissances et se familiarise avec un réseau de médecin. Par commodité, il a alors tendance à prendre de simples avis auprès des médecins qu'il connaît. Même s'il bénéficie alors d'un regard extérieur, cet avis est donné en dehors du cadre de la consultation et souvent de manière informelle.

Nous ne retrouvons pas ces résultats dans la littérature française, chez les poitevins, Olivia Ridet n'a pas constaté de différence statistiquement significative concernant l'autoprescription en fonction de l'avancée dans les études ($p > 0,05$) (31). Chez les internes grenoblois, cette donnée n'était pas non plus retrouvée (33).

En revanche, à l'étranger, nous retrouvons une augmentation des consultations informelles en fonction de l'avancée dans le cursus (64). Une autre étude indienne avait mis en évidence le fait que l'autoprescription s'intensifiait au cours de la formation des internes (38).

Aussi, nous pouvions nous demander si l'autoprescription était augmentée après la pratique du stage ambulatoire en médecine générale ? En effet, cette notion apparaissait chez deux internes. Ils se disaient plus à l'aise avec l'autoprescription en évoquant les connaissances acquises progressivement. Il était difficile de savoir si les connaissances apportées étaient dues à l'ancienneté de l'interne ou dues, spécifiquement, aux connaissances de prescriptions ambulatoires chez le praticien. En stage ambulatoire, les internes mettent en œuvre la théorie, et découvrent la pratique et donc les prescriptions courantes. Ce sujet reste sans réponse étant donné le peu d'éléments présents dans notre étude. Il serait intéressant à l'occasion d'un autre travail de thèse qualitatif de pouvoir répondre à ces questions.

2.5. Les conséquences de l'automédication et l'autoprescription

Les conséquences de l'automédication et de l'autoprescription apparaissent similaires dans la littérature française et étrangère. En effet, nous avons retrouvé une prise en charge inadaptée chez les internes grenoblois (33), mais aussi chez les anglo-saxons (34) (35) (36) (37) et plus précisément un risque addictogène, un retard au diagnostic, un manque d'objectivité et des recommandations non respectées.

Pour les médecins généralistes, l'étude de Caroline Stepowski retrouvait les mêmes résultats (63). Cette autoprescription pouvait être bénéfique dans certains cas. En effet, si les conditions rendaient nécessaire le recours à l'autoprescription, il semblait préférable qu'un médecin initie lui-même un traitement plutôt que ne pas se traiter du tout. Encore une fois, cela dépendait d'une interprétation subjective. Le seuil de gravité et le recours à l'autoprescription constituait un avantage par rapport aux patients, mais encore faut-il poser le bon diagnostic.

3) Solution à apporter, ouvertures et perspectives

3.1. Les structures et programmes d'aide

Le suivi des médecins qu'ils soient internes, jeunes médecins ou généralistes installés, doit être pris en compte et ne doit pas être minimisé. Plusieurs pays ont déjà pris des initiatives. Aux États-Unis, le problème d'addiction des médecins était traité dès les années 70 et des structures spécialisées étaient mises en place. Des dispositifs spécifiques étaient mis en place également en Nouvelle-Zélande et en Australie. Plus récemment, d'autres modèles ont été créés :

Au Canada, le programme d'aide aux médecins du Québec (PAMQ) est géré par un organisme autonome auquel tout praticien québécois peut faire appel en cas de difficultés professionnelles ou personnelles : épuisement au travail, problèmes psychiatriques, troubles addictifs. Existant depuis 1990, il est disponible pour tous les médecins résidents et étudiants en médecine et offre une aide discrète et professionnelle au moyen d'entretiens téléphoniques et de rencontres.

Celui-ci s'associe au programme de suivi administratif des médecins, fondé en 1999 par le collège des médecins. Il s'adresse aux médecins ayant des problèmes physiques mais également psychiques susceptibles de compromettre l'exercice professionnel de la médecine. De plus, les médecins sont tenus par le code de déontologie d'informer l'ordre en cas de risque suspecté chez l'un des confrères (74).

En Espagne, le programme d'aide intégrale pour le médecin malade (PAIMM) a été créé en 1998, par l'ordre des médecins Barcelonais et a pour but d'assister les médecins présentant des problèmes psychiques et/ou des comportements de dépendance. L'objectif du programme est d'aider les médecins malades au sein d'une unité d'assistance particulière avec des services hospitaliers spécialisés. Le programme favorise la réhabilitation de ces professionnels, pour qu'ils puissent exercer leur métier dans les meilleures conditions possibles. Comme au Canada, un médecin a l'obligation déontologique de signaler au conseil de l'ordre tout médecin présentant un problème de santé et comportant un risque de mauvaise pratique. Cette obligation est assortie d'une injonction de soins. 15% des médecins consultent sur injonction ordinaire et les 85% restants sont volontaires (75).

En France, nous tentons, en nous aidant des modèles étrangers, de mettre en place des structures adaptées pour les médecins et les internes.

L'association pour les soins des soignants (APSS) a été créée début 2009 par le conseil de l'ordre des médecins et la caisse autonome de retraite des médecins de France (CARMF) avec la collaboration de la fédération de l'hospitalisation privée, de la fédération hospitalière de France et du groupe pasteur mutualité. Les objectifs sont multiples : constituer une base de données où seront répertoriés les types de pathologies spécifiques aux soignants, définir une politique commune pour répondre aux besoins des médecins, réaliser des centres de soins spécifiques dédiés aux patients, et former les médecins et les personnels pour prendre en charge les soignants (76).

À Paris, en 2004, le Dr Adam a créé l'association d'Aide Professionnelle aux Médecins Libéraux (AAPML). Ce programme est un dispositif téléphonique d'aide aux médecins libéraux en difficulté psychologique dans l'exercice de leur profession et permet une écoute des médecins en détresse psychologique 24h sur 24h (77).

À Toulouse, en 2010, l'association MOTS (Médecin.Organisation.Travail.Santé) a été créée par le Dr Thévenot, gynécologue, suite à la découverte de médecins en mauvaise santé et avec l'aide du Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins de Haute-Garonne (CDOM). Elle propose des consultations confraternelles d'aide et de soutien aux médecins en difficulté professionnelle ou personnelle réalisées par des médecins compétents en ergonomie et santé au travail, en toute indépendance et dans la plus stricte confidentialité. Elles permettent de faire le point pour prendre soin de soi, organiser son travail et préserver sa santé (78).

D'autres associations existent en France (77) :

- L'association d'Aide aux Soignants de Rhône-Alpes (Réseau ASRA)
- L'aide et le soutien pour la spécialité d'anesthésie-réanimation
- L'association Inter.Med propose en Languedoc-Roussillon à tous les médecins d'être reçus en consultation pour une prise en charge adaptée (problème aigu ou chronique, bilan de santé global).

Actuellement, il n'existe pas de structure professionnelle pour la prise en charge spécifique des internes, que ce soit pour le mal-être physique ou psychique. Ce type d'aide confidentielle pourrait être bénéfique aux internes, mais les problèmes de santé ne se résument pas aux difficultés d'ordre psychologique.

3.2. Limiter l'autoprescription

Plusieurs études évoquaient une éventuelle interdiction de l'autoprescription, que ce soit pour les internes ou pour les médecins généralistes installés (6) (30) (63). Plus de 98% des médecins étaient contre, argumentant le fait que l'autoprescription était un privilège et un bénéfice de la profession. Ainsi, même si l'autoprescription peut comporter un risque, une interdiction est totalement impensable et rejetée par les médecins.

D'ailleurs selon le code de la santé publique, article R4127-8 : « Le médecin est libre de ses prescriptions qui seront celles qu'il estime le plus approprié en la circonstance. » (17)

En revanche, nous pouvons nous appuyer sur les modèles de nos voisins.

Le pharmacien pourrait également jouer un rôle plus important pour tenter de réduire cette autoprescription. En effet, dans la littérature, les internes avaient le sentiment de n'avoir aucune limite concernant cette pratique (30) (33). Actuellement, selon l'Article R5121-78 du code de santé publique (17), le pharmacien doit s'assurer de l'habilitation du prescripteur à prescrire un médicament soumis à prescription restreinte et de la présence des mentions obligatoires sur l'ordonnance. Mais l'autoprescription n'étant pas interdite, il ne peut s'y opposer dans ce cadre-là. Dans son rapport sur le médecin malade en 2008, le CNOM proposait de permettre aux pharmaciens de provoquer un signalement lorsque cette autoprescription devenait franchement délétère, comme aux Pays-Bas ou encore en Belgique (6) (68).

Dans l'étude de Bleichner, 37% des médecins interrogés pensaient qu'il serait intéressant de mettre en place un système de signalement par un confrère ou un pharmacien, d'un médecin en souffrance (79). Cette suggestion semble pertinente afin d'encadrer ces pratiques.

3.3. Devenir patient

Toutes les solutions proposées ne sont utiles que si l'interne reconnaît avoir besoin de consulter. Devenir patient est complexe tout comme soigner un soignant. Chaque interne devrait bénéficier d'un médecin de famille et non d'un médecin traitant déclaré administrativement. Il faudrait que les internes prennent conscience de l'importance du médecin de famille dans la gestion de leur santé.

Tout d'abord, il faudrait avant tout sensibiliser les étudiants, avant même leur prise de fonction, aux dangers de l'autodiagnostic et de l'autoprescription. La faculté devrait apprendre aux futurs médecins qu'ils ne sont pas invulnérables, qu'ils auront, eux aussi, besoin de soins et que leur manque d'objectivité envers eux-mêmes peut être dangereux. Un médecin n'est certainement pas un patient ordinaire et ses particularités devraient être enseignées.

En parlant d'enseignement, un nouveau Diplôme Inter-Universitaire vient de voir le jour en 2015: « Soigner un soignant ». Sous la responsabilité du Dr Galam et du Dr Soulat, il est proposé à la faculté de Toulouse et à la faculté de Paris-Diderot (80).

Le même projet de formation a été évoqué à l'étranger (35).

V – CONCLUSION

Notre étude, basée sur des journaux de santé, est la première étude réalisée chez des internes exclusivement en médecine générale.

Tous les internes pratiquaient l'autoprescription médicamenteuse, paraclinique et les consultations informelles par le biais du réseau hospitalier et des médecins du stage, bien qu'ils considéraient cela comme néfaste.

Notre travail a mis en évidence de multiples déterminants pouvant expliquer ce phénomène : le manque de temps, l'accessibilité aux soins, l'instabilité géographique, l'augmentation des connaissances, l'entourage, l'éducation et les antécédents personnels.

Parmi ces facteurs, si certains semblent évidents et communs aux autres études, notre travail, par le biais du journal de santé a révélé d'autres déterminants plus intimes centrés sur les émotions des internes. Ainsi, la peur, la minimisation des symptômes et le manque de confiance envers les médecins par une surestime de soi sont des déterminants majeurs influençant l'autoprescription et l'automédication.

Par ailleurs, notre travail a souligné la place importante du médecin traitant puisque l'autoprescription semble diminuée pour les internes suivis par leur médecin.

Celui-ci est avant tout un médecin de famille construisant une relation de confiance avec l'interne-patient, et assurant un suivi de qualité, une écoute, et une objectivité permettant une prise en charge adaptée. Ce médecin de famille n'est pas seulement présent pour réaliser un acte technique que les internes ne peuvent pas réaliser eux-mêmes.

Si la stabilité personnelle et les antécédents peuvent favoriser le suivi par un médecin, les internes doivent réaliser qu'ils peuvent être aussi des patients et ainsi se laisser guider en toute objectivité. L'autoprescription et ses conséquences devraient donc être enseignées dès le début de l'internat de médecine pour que ces étudiants prennent conscience de leur manque d'objectivité et de leur peur, largement exprimée dans cette étude.

BIBLIOGRAPHIE

1. Sutty R. Attitude des médecins généralistes envers leur propre santé: Enquête menée auprès de 530 médecins libéraux du département de Meurthe-et-Moselle. Thèse de médecine: Nancy; 2006.
2. Gillard L. La santé des généralistes. Thèse de médecine: Paris-Diderot 7; 2005.
3. Portalier Gay D. « Les médecins: des patients comme les autres ? » ou attitude et vécu des patients devenus eux-mêmes patients. Thèse de médecine: Claude Bernard Lyon; 2008.
4. Chapusot-Filipozzi J. Attitude du médecin généraliste vis-à-vis de la prise en charge de sa santé: étude qualitative auprès de 15 médecins généralistes lorrains. Thèse de médecine: Nancy; 2012.
5. Braka Cohen V. Les médecins remplaçants généralistes d'Ile de France: profil, cursus étudiant, projet professionnel, prise en charge de leur santé et satisfactions. Thèse de médecine: Paris-Diderot 7; 2010.
6. Leriche B, Biencourt M, Bouet P, Carton M, Cressard P, Faroudja J-M, et al. Le médecin malade, synthèse. Commission Nationale Permanente; Juin 2008.
7. Komly V, Le Tourneur A. Burn out des internes en médecine générale: état des lieux et perspectives en France métropolitaine. Thèse de médecine: Grenoble; 2011.
8. Chiriaco J. Consommation de substances psychoactives chez les internes en médecine: revue de la littérature et enquête auprès des internes parisiens. Thèse de médecine: Paris 5; 2005.
9. Hérault J. Consommation de substances psychoactives des internes en médecins, enquête auprès des facultés d'Angers et de Lyon. Thèse de médecine: Angers; 2012.
10. Ministère des Affaires sociales et de la Santé. Automédication [Internet]. 2013 (page consultée le 23/02/2016); Disponible sur: <http://www.medicaments.social-sante.gouv.fr/automedication.html>
11. Pouillard J. L'automédication. Rapport adopté lors de la session du Conseil national de l'Ordre des médecins [Internet]. Février 2001 (page consultée le 23/02/2016); Disponible sur : <https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/automedication.pdf>
12. Coulomb A, Baumelou A. Ministère de la santé. Situation de l'automédication en France et perspectives d'évolution [Internet]. Janvier 2007 (page consultée le 23/02/2016); Disponible sur : <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/074000030.pdf>

13. Alves T. "Automédication" ? Mettre les médicaments à leur place. Pilule d'Or Prescrire [Internet]. 2009 (page consultée le 23/02/2016); Disponible sur : <http://www.prescrire.org/docus/AutomedIntro.pdf>
14. Fainzang S. Médicaments et société: le patient, le médecin et l'ordonnance. Paris, Presses universitaires de France; 2001. 156 p. (Ethnologie controverses)
15. IPSOS. Observatoire sociétal du médicament 2015 [Internet]. 2015 (page consultée le 23/02/2016); Disponible sur : <http://www.leem.org/sites/default/files/Observatoire-societal-du-Medicament2015.pdf>
16. Volpi N. L'autoprescription médicamenteuse chez les médecins généralistes en Franche-Comté. Thèse de médecine: Besançon; 2012.
17. Code de Déontologie Médicale. Article 8, Article 69 [Internet]. Novembre 2012 (page consultée le 23/02/2016); Disponible sur : <https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/codedeont.pdf>
18. Légifrance. Code de la Santé Publique, article R 6153-3 [Internet]. 2016 (page consultée le 23/02/2016); Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr>
19. ANEMF. Le forum des étudiants en médecine [Internet]. 16 Février 2012 (page consultée le 23/02/2016) ; Disponible sur : <http://www.e-carabin.net>
20. Assurance maladie. Droit et démarche [Internet]. (page consultée le 23/02/2016); Disponible sur : <http://www.ameli.fr>
21. Assurance maladie. Le médecin traitant [Internet]. (page consultée le 23/02/2016); Disponible sur : <http://www.ameli.fr/professionnels-de-sante/medecins/gerer-votre-activite/le-medecin-traitant/le-dispositif-du-medecin-traitant.php>
22. Britten N. Prescribing and the defence of clinical autonomy. *Sociology of Health & Illness*. 2001; 23(4): 478-96
23. Amalric F, Look J. Caractériser le « modèle français de prescription » : une évaluation critique des indicateurs utilisés. *IMS health*; septembre 2008.
24. Le Pen C, Lemasson H, Roullière-Lelidéc C. La consommation médicamenteuse dans 5 pays européens: une réévaluation. *LEEM*; avril 2007.
25. IPSOS. Quel est le rapport des Français et des Européens à l'ordonnance et aux médicaments ? [Internet]. Octobre 2005 (page consultée le 30/03/16); Disponible sur : http://www.tousconcernes.net/ressources/pdf/diaporama_rapport_odonnance_medicaments.pdf
26. Rosman.S. Sinuguilès généralistes sociologie de la médecine générale. Rennes, Presses de l'EHESP; 2010 : 117-32.
27. Maufray V. Rhinopharyngite en médecine générale: Pourquoi encore tant de prescriptions médicamenteuses? Thèse de médecine: Nancy; 2012.

28. Vega A. Médecins et médicaments. Un regard sociologique. *Médecine*. Janvier 2009; 5(3):133-6.
29. Vega A. Les faces cachées des pratiques soignantes: des professionnels ni neutres, ni réductibles à de simples individus. *Médecine*. Octobre 2010; 6(8): 382-6.
30. Schreck C. « Comment les Internes de Rennes prennent-ils en charge leur santé, sur le plan préventif, physique et psychique ». Thèse de médecine: Rennes; 2013.
31. Ridet O. Comment les internes en médecine générale prennent-ils en charge leur propre santé ? Thèse de médecine: Besançon; 2013.
32. Le Quintrec T. Le suivi médical des étudiants en diplôme d'études spécialisées (DES) de médecine à la faculté d'Angers. Thèse de médecine: Angers; 2013.
33. Prud'homme A, Richard A. Pourquoi les internes en médecine de France métropolitaine pratiquent l'automédication et l'autoprescription ? Étude qualitative. Thèse de médecine: Grenoble; 2013.
34. Roberts L, Warner TD, Carter D, Frank E, Ganzini L, Lyketsos C, et al. Caring for Medical Students as Patients: Access to Services and Care-seeking Practices of 1,027 Students at Nine Medical Schools. *Academic Medicine*. 2000; 75(3): 272-7.
35. Christie J, Rosen I, Bellini L, Thomas V, Inglesby T, Lindsay J, Alper A et al. Prescription drug use and self-prescription among resident physicians. *JAMA*. 1998; 280(14):1253-5.
36. Campbell S, Delva D. Physician do not heal thyself : Survey of personal health practices among medical residents. *Canadian Family Physician*. 2003;49 : 1121-7.
37. Hooper C, Meaking R, Melvyn J. Where students go when they are ill: how medical students access health care *Medical Education*. Juin 2005; 39(6): 588-93.
38. Badiger S, Kundapur R, Jain A et al. Self-medication patterns among medical students in South India. *Australasian Medical Journal*. 2012; 5(4): 217-20.
39. Donkor ES, Tetteh-Quarcoop PB, Nartey P, Agyeman IO, et al. Self-medication practices with antibiotics among tertiary level students in Accra, Ghana: a cross-sectional study. *Int J Environ Res Public Health*. 2012 Oct 5; 9(10):3519-29.
40. Conway N, Nasr MI, Roussel P, Sassi N. Les « Diary Methods »: présentation et cas d'application d'une méthode de collecte de données basée sur la tenue d'un journal personnel. *Les Notes du Lirhe* 2006, Note n°435. (page consulté le 23/02/2016); Disponible sur : <http://halshs.archives-ouvertes.fr/halshs-00096927>
41. Bolger N, Davis A, Rafaeli E. Diary methods : capturing life as it is lived. *Annual Review of Psychology* 2003; 54: 579–616.
42. Gibson V. An analysis of the use of diaries as a data collection method. *Nurse Researcher* 1995; 3(1): 61-8.
43. Verbrugge L. Health diaries. *Medical Care* 1980; 18(1): 73-95

44. Johnson J, Bytheway B. An evaluation of the use of diaries in a study of medication in later life. *International Journal of Social Research Methodology* 2001; 4(3): 183-204
45. Roghmann KJ, Haggerty RJ. The diary as a research instrument in the study of health and illness behavior: Experiences with a random sample of young families. *Med Care.*1972; 10: 143-63.
46. Freer CB. Self-care: a health diary study. *Med Care.* 1980; 18(8): 853-61.
47. Norman GR, McFarlane AH, Streiner DL, Neale K. Health diaries: Strategies for compliance and relation to other measures. *Medical Care* 1988; 20: 623–9.
48. Broadhurst C. Adjusting to amputation. *Nursing Times* 1989; 85(43): 55-7.
49. Coxon T. Something sensational. The sexual diary as a tool for mapping detailed sexual behaviour. *Sociological Review* 1988; 36(4): 351-67.
50. Corti B, et al. Comparison of 7-day retrospective and prospective alcohol consumption diaries in a female population in Perth, Western Australia. *British Journal of Addiction* 1990; 85(3): 379-88.
51. Cantor N, Norem J, Langston C, Zirkel S, Fleeson W, Cook-Flannigan C. Life tasks and daily life experience. *Journal of Personality* 1991; 59: 425-51.
52. Drigotas SM, Whitney GA, Rusbult CE. On the peculiarities of loyalty: A daily diary study of responses to dissatisfaction in everyday life. *Personality and Social Psychology Bulletin* 1995; 21(6): 596-609.
53. Stopka T, Springer K, Khoshnood K, Shaw S, Singer M. Writing about risk: use of daily diaries in understanding drug-user risk behaviors. *AIDS and behavior* 2004; 8(1): 73-85.
54. Välimäki T, Vehviläinen-Julkunen K, Pietilä AM. Diaries as research data in a study on family caregivers of people with Alzheimer's disease: methodological issues. *Journal of Advance Nursing* 2007; 59(1): 68-76.
55. Aubin-Augier I, Mercier A, Baumann L, Lehr-Drylewicz AM, Imbert P, Letrilliart L. Introduction à la recherche qualitative. *Exercer.* 2008; 19(84):142-5.
56. Lucas A-S. L'utilisation des journaux personnels pour établir un état des lieux de l'automédication auprès d'habitants de Loire-Atlantique et de Vendée: analyse de l'outil méthodologique et étude pilote. Thèse de médecine: Bordeaux 2; 2013.
57. Alain Blanchet, Anne Gotman. L'entretien. Armand Colin; 2013. 126 p. (La collection universitaire de poche)
58. Wanlin P. L'analyse de contenu comme méthode d'analyse qualitative d'entretiens: une comparaison entre les traitements manuels et l'utilisation de logiciels. *Recherches qualitatives* 2007; hors série (3): 243-72.

59. Pelaccia T, Paillé P. Les approches qualitatives: une invitation à l'innovation et à la découverte dans le champ de la recherche en pédagogie des sciences de la santé. *Pédagogie Médicale* 2010; 10(4) : 293-304.
60. Bolger N, DeLongis A, Kessler RC, Schilling EA. Effects of daily stress on negative mood. *Journal of Personality and Social Psychology* 1989; 57(5): 808-818.
61. Laure P. Consommation de produits aux fins de performance par les médecins généralistes. *Thérapie* 2003; 58: 445-50.
62. Gallice L. La santé des médecins généralistes libéraux français : à partir d'une étude de la littérature de 2003 à 2013. Thèse de médecine: Toulouse 3; 2014.
63. Stepwoski C. L'autoprescription médicamenteuse des médecins généralistes et ses déterminants en Haute-Normandie. Thèse de médecine: Rouen; 2011.
64. Rosen I, Christie J, Bellini L, Asch D. Health and Health care among housestaff in four U.S. Internal medicine residency programs. *JGIM* 2000; 15:116-121.
65. ROUSSEAU E. Le médecin généraliste ne consulte pas un confrère pour le suivi de sa santé : explication par une étude qualitative. Thèse de médecine: Reims; 2011
66. Fainzang S. L'automédication: Une pratique qui peut en cacher une autre. *Anthropol Sociétés*. 2010;34(1):115-33
67. Collège des médecins du Québec. Code de déontologie des médecins du Québec article 70. Sect. VI [Internet]. 7 Janvier 2015 (page consultée le 23/02/2016) ; Disponible sur: <http://www.cmq.org/publications-pdf/p-6-2015-01-07-fr-code-de-deontologie-des-medecins.pdf?t=1463851560607>
68. Académie royale de Médecine de Belgique. Avis concernant l'autoprescription des médecins [Internet]. 2011 (page consultée le 30/03/2016); Disponible sur: <http://www.armb.be>
69. De Villelongue C. Les pratiques d'automédication chez les internes en médecine générale d'Ile de France en 2008-2009. Thèse de médecine: Paris 5; 2010.
70. Labeille G. Étude de l'autoprescription médicamenteuse chez les médecins généralistes de Rhône-Alpes. Thèse de médecine: Lyon; 2013
71. Kay M, Del Mar CB, Mitchell G. Does legislation reduce harm to doctors who prescribe for themselves ? *Aust Fam Physician*. fevr 2005; 34(1-2): 94-6.
72. Stoudemire A, Rhoads JM. When the doctor needs a doctor: special considerations for the physician patients. *Ann Intern Med*. Mai 1983; 98(5): 654-59.
73. Cadet-Taïrou A, Canarelli T, Escots S, Facy F, Lanfumey- Mongredien L, Lapeyre-Mestre M, Le Moigne P, Noble F, Thirion X, Tournier M, Vorspan F, et al. Médicaments psychotropes: consommations et pharmacodépendances. Inserm; 2012.

74. Programme d'Aide aux médecins du Québec. PAMQ [Internet]. (page consultée le 23/02/2016); Disponible sur: <http://www.pamq.org/fr/>
75. Programa d'Atencio Integral al Metge Malalt. PAIMM [Internet]. (page consultée le 23/02/2016); disponible sur: <http://paimm.fgalatea.org/ca/presentacio.htm>
76. Colson JM. Mieux soigner les soignants [Internet]. 2011 (page consulté le 30/03/2016); Disponible sur: <http://www.souffrancedusoignant.fr/revue-de-presse/79-mieux-soigner-les-soignants.html>
77. Association d'aide aux professionnels de santé et médecins libéraux. AAPML [Internet]. 2016 (page consultée le 23/02/2016); Disponible sur: <http://www.aapml.fr>
78. Mots. Organisation du travail et santé du médecin [Internet]. 2016 (page consultée le 30/03/16). Disponible sur <http://www.association-mots.org>
79. Bleichner E. Améliorations de la prise en charge médico-sociale des médecins généralistes libéraux. Thèse pour le doctorat de médecine générale: Paris; 2010
80. Diplôme Inter-Universitaire. Soigner les soignants [Internet]. 2015-2016 (pages consultés le 2/04/16). Disponible sur : <http://syngof.fr/wp-content/uploads/2015/09/DIU-de-Soignants-2015-2016.pdf>

Vu, le Président du Jury,

Vu, le Directeur de Thèse,

Vu, le Doyen de la Faculté,

Titre : La santé des internes nantais en médecine générale: observation des déterminants des pratiques d'autoprescription et d'automédication.

Résumé

Introduction : L'automédication est une pratique courante en France et en augmentation progressive. La plupart des internes en médecine ont recours à cette pratique et notamment à l'autoprescription. Plusieurs études ont déjà montré une automédication et une autoprescription importante chez les médecins généralistes et également chez les internes en médecine. Cette pratique pourtant légale ne semble pas toujours appropriée. Nous avons évalué les déterminants influençant l'autoprescription et le vécu des internes, acteurs de leur santé.

Matériel et Méthode: Nous avons réalisé une étude qualitative auprès de 17 internes de médecine générale répartis sur les trois années de DES à l'aide de journaux de santé. Une analyse thématique était ensuite réalisée après retranscription des journaux et des entretiens.

Résultats : Si les premiers résultats semblaient confirmer la littérature : manque de temps, accès évident aux ordonnances et pharmacie, notre étude a révélé d'autres déterminants, notamment des éléments personnels. Certains internes ont également exprimé des éléments plus intimes, comme la peur du parcours de soins, la minimisation des symptômes et le manque de confiance envers les confrères. La prise en charge de leur santé était alors inadaptée et incomplète. Le choix d'un médecin traitant diminuerait le recours à l'autoprescription et à l'autodiagnostic.

Conclusion : L'autoprescription n'est pas uniquement un outil pour accéder rapidement aux soins mais une négligence vis-à-vis de leur santé. Les internes devraient prendre conscience des déterminants influençant l'autoprescription et notamment la peur et la minimisation des symptômes, afin de se laisser guider par un médecin de famille.

Mots clés :

Automédication, autoprescription, interne en médecine,
santé des médecins, médecin de famille