



L'autoprescription des antalgiques de palier II chez le médecin généraliste

Romain Legris

► **To cite this version:**

Romain Legris. L'autoprescription des antalgiques de palier II chez le médecin généraliste. Médecine humaine et pathologie. 2014. dumas-01072809

HAL Id: dumas-01072809

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01072809>

Submitted on 8 Oct 2014

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

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

AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il n'a pas été réévalué depuis la date de soutenance.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact au SICD1 de Grenoble : **thesebum@ujf-grenoble.fr**

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>

**UNIVERSITÉ JOSEPH FOURIER FACULTÉ DE
MÉDECINE DE GRENOBLE**

Année : 2014

N°

**L'autoprescription
d'antalgiques de palier
II chez le médecin généraliste**

THÈSE
PRÉSENTÉE POUR L'OBTENTION DU DOCTORAT DE MÉDECINE
DIPLOME D'ÉTAT

Romain Legris
Né le 25 juillet 1985 à PARIS (13e)

THÈSE SOUTENUE PUBLIQUEMENT A LA FACULTÉ DE MÉDECINE
DE GRENOBLE*

Le 24 septembre 2014

DEVANT LE JURY COMPOSÉ DE

Président de jury :
Monsieur le Professeur Maurice DEMATTEIS

Membres du jury :
Monsieur le Professeur Régis DE GAUDEMARIS,
Monsieur le Docteur Arnaud SEIGNEURIN,
Madame le Docteur Marion CHAUVET, Directrice de thèse

** La faculté de Médecine de Grenoble n'entend donner aucune approbation non improbation aux opinions émises dans les thèses ; ces opinions sont considérées comme propres à leurs auteurs.*

REMERCIEMENTS

À Monsieur le Professeur Dematteis.

En vous remerciant de l'honneur que vous me faites en acceptant la présidence de cette thèse.
Je vous prie d'accepter l'expression de ma reconnaissance et de mon profond respect.

À Monsieur le Professeur De Gaudemaris,
À Monsieur le Docteur Seigneurin,

En vous remerciant d'avoir accepté de participer au jury de ma thèse.
Je vous prie d'agréer toute ma gratitude.

À Madame le Docteur Marion Chauvet, pour son aide, son professionnalisme, et son soutien infailible. Merci de m'avoir guidé tout au long de ce travail.

Aux Unions Régionale des Professionnels de santé de Rhône-Alpes, de Haute-Normandie, de Languedoc Roussillon, et de PACA, pour leur soutien institutionnel et logistique.

À tous les médecins généralistes qui ont répondu à cette étude.

À Asma Farés qui a réalisé les statistiques de cette étude.

À Phuong-Lien Tran pour la traduction du résumé.

À tous les relecteurs, notamment à Mam et Thérance.

À la famille et aux Docteurs Guinoiseau.

À tous les amis qui m'ont supporté tout au long de mes études : le Benj, Clem, Marionette, Cadinot, Louissette, Matoch, Tony la moustache, Poudou, Torji, Yako, Bob, la Mite, Natha, Julie, Jeoff, Marco, Gm et j'en passe...

Aux anciens de PO : Loulou, Riton, Charlo, Art, Maxou, Mangeteski, Just et Lolo.

À la musique, aux Swingum, aux Purple-YTC, aux TGP, et aux 38T.

À Tiphaine pour son soutien quotidien, ses bons conseils, et son optimisme. Merci.

Enfin à Marjo, Hugo, Art, Just, Pep, Carole, et Mam. À Mat et Julia ainsi qu'à Ernestine.

À Dad.

PLAN GÉNÉRAL

A. RÉSUMÉ	4
B. TRAVAIL de THÈSE	5
INTRODUCTION et OBJECTIF	5
MATÉRIEL et MÉTHODES	8
RÉSULTATS	9
1. Descriptif de la population (Q1 à Q10).	10
2. Autoprescription d’antalgiques de palier II (Q11).	12
3. Descriptif de l’autoprescription (Q12 à Q21).	13
4. Relation entre auto et hétéroprescription (Q22 et Q23).	15
5. Encadrement de l’autoprescription des antalgiques de palier II (Q24).	16
6. Relation entre prescription à la famille ou à l’entourage et au patient (Q25).....	17
7. Analyses croisées.	17
8. Commentaires Libres (Q26).	19
DISCUSSION	20
1. Biais.	20
2. Discussion des résultats.	21
CONCLUSION	25
C. RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES	27
D. ANNEXES	30
E. SUMMARY	51
F. SERMENT D’HIPPOCRATE	52

A. RÉSUMÉ

L'autoprescription d'antalgiques de palier II chez le médecin généraliste

Introduction. L'autoprescription est une règle courante chez le médecin généraliste. Les antalgiques de palier II sont concernés, et sont à risque d'accoutumance. L'objectif principal était de décrire la démarche pratique d'autoprescription d'antalgiques de palier II chez le médecin généraliste. L'objectif secondaire était de savoir si cette autoprescription influençait l'hétéroprescription d'antalgiques de palier II aux patients.

Méthodes. Une enquête épidémiologique descriptive anonyme par questionnaire en ligne a été menée auprès de 6255 médecins généralistes de Haute-Normandie, Rhône-Alpes, Languedoc-Roussillon, et PACA, entre mars et avril 2014. Les résultats en région PACA (n=3) ont été exclus de l'analyse.

Résultats. Parmi les 498 réponses, 40,4% se sont déjà autoprescrits des antalgiques de palier II. La majorité d'entre eux en utilisent peu. Néanmoins 27% en consomment plus de 2 à 6 fois par an, et 8% sur plus de 7 jours consécutifs. 33% signalent des effets secondaires. Le sexe masculin ($p = 0.000$), l'absence de déclaration de médecin traitant autre que soi-même ($p = 0,076$), l'existence de douleurs chroniques ($p = 0.000$), les pathologies psychiatriques ($p = 0,040$), et la polymédication sont associés à cette autoprescription. 86 % des médecins pensent s'autoprescrire de façon objective. Pourtant, 73,2% pensent se prescrire de la même manière qu'au patient.

Conclusion. L'autoprescription d'antalgiques de palier II « sans limitation de durée » chez les médecins généralistes est souvent raisonnée, mais appelle à la prudence concernant le risque de mésusage. Il est difficile de conclure quant à l'influence de l'autoprescription sur l'hétéroprescription.

Mots clés :

« Autoprescription », « médecin généraliste », « antalgiques de palier II », « addiction »

B. TRAVAIL de THÈSE

INTRODUCTION

Dans un contexte démographique tendu en France et à l'étranger, le médecin estime qu'il est un patient comme les autres. Pour autant, il nie le plus souvent la fatigue et les symptômes annonciateurs de la maladie par indifférence, par mépris de sa souffrance ou par crainte de la vérité (1).

Selon plusieurs études françaises, 47% à 50% (2, 3) des médecins généralistes libéraux en France se disent « à risque » d'épuisement professionnel et plus de 10% (4) se signalent en détresse psychologique (dont 2 fois plus de femmes). Bien que 80% se déclarent en bonne santé, 33% (4) indiquent souffrir de problèmes de santé chroniques. Les principaux facteurs d'épuisement professionnel décrits (2, 5) sont la surcharge administrative, la surcharge de travail, le jeune âge, la médecine générale, l'altération de la relation médecin patient et de la qualité de soin, la mauvaise qualité du sommeil, et l'usage de psychotropes.

Selon l'étude de la DRESS de 2010 (4), les idées et projets de suicide ne varient pas selon l'âge, mais sont plus fréquents parmi les médecins qui exercent seuls. Au Royaume-Uni, la fréquence des suicides (6) chez les médecins toutes spécialités confondues, est environ 2 fois supérieure à la population générale, majoritairement par intoxication médicamenteuse volontaire ($p < 0,001$) notamment aux barbituriques ou aux opiacés chez les généralistes.

Parmi les problèmes de santé chroniques décrits chez les patients, comme chez les médecins, la douleur chronique est devenue un réel problème de santé publique. Elle est modulée par de nombreux facteurs psychosociaux, personnels et familiaux, et est encadrée par un cadre légal par la loi de mars 2004 (7) qui stipule : « ne pas souffrir est un droit ».

Les antalgiques en général (8) restent la classe thérapeutique la plus utilisée en automédication dans la population générale, sur et hors prescription confondus. L'automédication par antalgique (9) augmente avec l'âge, essentiellement à cause des rachialgies, des céphalées, de l'arthrose et des rhumatismes inflammatoires.

En France, l'autoprescription (10) chez les médecins généralistes est largement majoritaire notamment pour les infections ORL, les céphalées, la toux, et les rachialgies ou arthralgies. 73,4% s'autoprescrivent des antalgiques en général, et l'autorenouvellement est la règle (10). A l'étranger, l'automédication des antalgiques en général, est très variable : 34% en Suisse (11) chez les médecins généralistes, 18 à 21% en Norvège (12) chez les jeunes praticiens, de 66 à 87.2% (Népal, Bahreïn, Palestine, Egypte) chez les étudiants (13) en médecine.

En 2008, la France (14) était au 4ème rang mondial concernant les dépenses de produits pharmaceutiques par habitant (en parité de pouvoir d'achat). En 2010, les antalgiques de palier II les plus vendus en nombre étaient par ordre décroissant : Tramadol, Poudre d'opium, Dextropropoxyphène paracétamol, Codéine. Les analgésiques étaient la 3^e classe thérapeutique la plus vendue, en valeur, sur le marché officinal (remboursable et non remboursable). Suite au retrait européen (15) de l'association paracétamol/dextropropoxyphène, les répercussions sur les prescriptions au profit des autres produits de la classe des paliers II ont été importantes.

Les raisons d'utilisation (15) d'antalgiques de palier II chez les patients regroupent fréquemment les pathologies d'ordre musculosquelettiques et rhumatologiques, évoluant souvent de manière chronique, notamment chez les patients âgés de plus de 40 ans. La Codéine est parfois utilisée pour ses propriétés antitussives.

Les effets secondaires des antalgiques de palier II sont fréquents, tels les troubles digestifs (nausées, vomissements...), les troubles neurologiques (sommolence, désorientation, vertiges, convulsions...), les malaises, et les troubles métaboliques (hépatite cholestatique). Il existe un risque non négligeable d'accoutumance et de mésusage à type d'addiction. De ce fait cette classe thérapeutique est actuellement surveillée (en particulier le Tramadol).

A. Genest (16) a montré que plus l'automédication est pratiquée dans la population générale, plus le « mésusage » (17) (Annexe I) est fréquent. La mise à disposition récente (18) d'antalgiques de palier II, disponible pour tous sans ordonnance (Annexe II), a favorisé l'automédication dans la population générale. L'incertitude d'un « mésusage » aux antalgiques de palier II reste ainsi une crainte tenace, particulièrement chez les patients souffrant de douleurs chroniques, où l'adaptation thérapeutique est parfois compliquée.

Par ailleurs, l'hétéroprescription d'antalgiques opiacés aux patients (19) est décrite comme plus inconfortable chez ceux présentant des douleurs chroniques légères à modérées, et pour les antécédents d'addiction à l'alcool et aux drogues. La prescription semble également plus influencée (20) par la communication non verbale de la douleur et de la souffrance, que par la sévérité de la douleur, sa durée, ses facteurs sociodémographiques, et ses pathologies impliquées.

Les facteurs de risques d'abus aux opiacés (21) connus dans la population générale sont les antécédents psychosociaux, les pathologies psychiatriques (dépression, anxiété, avec un score moyen de stress perçu supérieur chez les consommateurs), la consommation d'alcool, de tabac, de cannabis, les habitudes et les antécédents familiaux de consommation d'alcool et de drogues. Les douleurs chroniques (18, 21), particulièrement les migraines et les céphalées chroniques, sont décrites à fort risque de mésusage (6.8%) et d'addiction (17.8%).

Les travaux concernant l'autoprescription chez le médecin généraliste sont récents, notamment en France, ainsi que peu spécifiques et peu orientés sur les antalgiques de palier II. Les études retrouvent 17,6% (21) à 27,6% (10) de consommation d'antalgiques de palier 2 dans l'année. Les hommes (10) ($p < 0,001$), ainsi que les médecins (23) de moins de 50 ans (50,3%) s'autoprescrivent plus d'antalgiques de palier II.

A Genève (24), les médecins hospitaliers (interniste, anesthésiste, réanimateur, dentiste) semblent plus à risque d'addiction en général, lié à une charge de travail élevée et au stress ($p = 0,030$). Les médecins utilisateurs d'antalgiques opiacés ou dérivés sont peu nombreux (6,6%). Ils consomment un grand nombre de médicaments ($p < 0,001$), et pour 2,6% d'entre eux ce type d'antalgiques les aide à mieux fonctionner (non significatif).

Une étude québécoise (25) retrouve chez les médecins toutes spécialités confondues, 2,8/1000 de risque addictif aux opiacés. Les facteurs associés à ce risque étaient le sexe masculin, les médecins généralistes, être marié, la douleur, la fatigue, la surcharge de travail, les difficultés financières et familiales. Enfin, chez les étudiants ontariens, l'usage non médical (26) d'opiacés analgésiques est fréquent (6,2%). Ces usagers avaient une prévalence plus élevée de tabagisme et de consommation d'alcool et d'autres drogues illicites.

L'**objectif principal** de cette étude était de décrire la démarche pratique d'autoprescription d'antalgiques de palier II chez les médecins généralistes en Haute-Normandie, Rhône-Alpes, Languedoc-Roussillon, et PACA.

L'**objectif secondaire** était de savoir si l'autoprescription d'antalgiques de palier II influençait l'hétéroprescription d'antalgiques de palier II aux patients.

MATÉRIEL et MÉTHODES

Il s'agit d'une étude épidémiologique descriptive. Le recueil des données a débuté le 14/03/2014, et a été clôturé le 23/04/2014. Il a été effectué par un questionnaire en ligne (Annexe III) destiné aux médecins généralistes de Haute-Normandie, Rhône-Alpes, Languedoc-Roussillon, et PACA. Les Unions Régionales des Professionnels de Santé (URPS) de chaque région ont transmis le questionnaire aux médecins. Le serveur internet Survey Monkey a permis la mise en ligne du questionnaire anonyme, et confidentiel. La région PACA a utilisé son propre serveur et nous a transmis ses résultats a posteriori. Il n'y a pas eu de relance.

Les critères d'inclusion étaient les médecins généralistes inscrits au tableau de l'ordre dans les quatre régions suscitées.

Le questionnaire a été construit par rapport aux données épidémiologiques connues dans la littérature (2, 5, 9, 15, 21), notamment pour la description de la population, du risque addictif, et de dépendance psychologique et physique concernant les antalgiques de palier II dans la population générale (Annexe I et IV).

Les questions relatives au risque addictif ne sont pas décrites selon la description d'une addiction dans la population générale (DSM IV, CIM 10 ou OMS), ceci pour des raisons d'éthique envers le corps médical étudié, et de taux de réponse au questionnaire. Les modalités d'autoprescription sont décrites selon la trame classique de description d'un médicament.

Le questionnaire a été testé à 3 reprises sur papier par 3 internes de médecine générale, puis 2 fois sur le lien en ligne par 2 médecins, afin d'en faciliter l'ergonomie.

L'analyse statistique a été menée afin d'obtenir un échantillon exhaustif, en accord avec les statisticiens du CHU de Grenoble. Il n'y a pas eu de calcul préalable d'un nombre de sujet nécessaire, dans l'hypothèse de données exhaustives. La gestion des données a été réalisée par le logiciel Excel 2003 (Microsoft Corp, Redmond, WA, USA). L'analyse statistique est quantitative, a utilisé les tests exacts de Chi² et/ou de Fischer, et a été réalisée grâce au logiciel EPI Info. Les questions qualitatives Q22, Q23, Q25 et Q26, ont été étudiées par analyse de contenu.

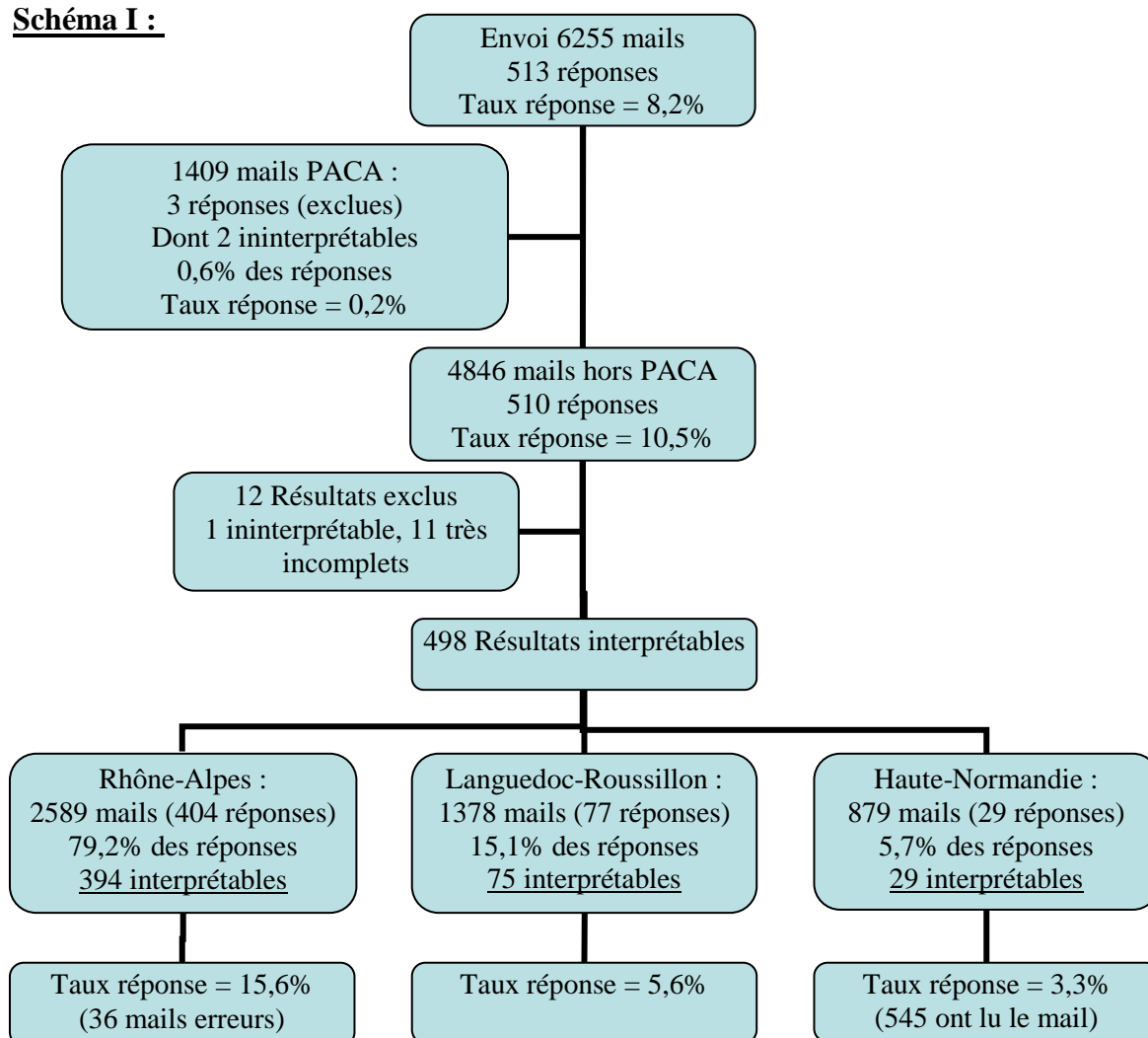
Une déclaration à la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL) a été enregistrée sous le N°1732718 (Annexe V).

RÉSULTATS

Liés à des très faibles réponses en région PACA (au nombre de 3, dont 2 ininterprétables) et pour des raisons pratiques, les résultats ont été exclus de l'analyse (Annexe VI).

Le questionnaire a été diffusé à 4846 médecins hors PACA, c'est-à-dire tous les contacts de chaque URPS des 3 régions restantes. Au total sur les 513 médecins ayant participé au questionnaire, 15 ont été exclus (2,9% de l'échantillon) réalisant un échantillon interprétable de 498 médecins. Le taux de réponse est de 8,2% toutes régions confondues, et de 10,5% après exclusion de la région PACA.

Schéma I :



Nous définissons 2 groupes distincts : le groupe A (OUI à Q11 = s'étant déjà autoprescrit des antalgiques de palier II) et le groupe B (NON à Q11= ne s'étant jamais autoprescrit des antalgiques de palier II).

1. Descriptif de la population (Q1 à Q10).

Tableau I :

Description sociodémographique générale et comparative du groupe A / groupe B

Caractéristiques sociodémographiques	Total N (%)	OUI Q11 (groupe A) N (%)	NON Q11 (groupe B) N (%)	<i>P</i>
<u>Sexe :</u>				
Homme	272 (54,6)	129 (64)	143 (48)	0.000
Femme	226 (45,4)	72 (36)	154 (52)	
<u>Age :</u>				
Moins de 45 ans	185 (37,1)	71 (35,3)	114 (38,4)	0.546
45 à 55 ans	138 (27,7)	61 (30,3)	77 (25,9)	
Plus de 55 ans	175 (35,1)	69 (34,3)	106 (35,7)	
<u>Exercice :</u>				
Urbain	235 (47,2)	93 (46,3)	142 (47,8)	0.513
Semi-rural/semi-urbain	180 (36,1)	78 (38,8)	102 (34,3)	
Rural	83 (16,7)	30 (14,9)	53 (17,8)	
<u>Exercice :</u>				
Libéral cabinet de groupe	343 (68,9)	133 (66,2)	210 (70,7)	0.299
Libéral cabinet individuel	145(29,1)	62 (30,8)	83 (27,9)	
Salarié	5 (1)	4 (2)	1 (0,3)	
Remplaçant	5 (1)	2 (1)	3 (1)	
<u>Région :</u>				
Rhône-Alpes	394 (79,1)	156 (77,6)	238 (80,1)	0.153
Languedoc	75 (15,1)	28 (13,9)	47 (15,8)	
Haute-Normandie	29 (5,8)	17 (8,5)	12 (4)	
<u>Heures Hebdomadaire :</u>				
Moins de 35 h	61 (12,2)	22 (10,9)	39 (13,1)	0.509
35-50 h	301 (6,2)	119 (59,2)	182 (61,3)	
Plus de 50h	136 (27,3)	60 (29,8)	76 (25,5)	
<u>Situation :</u>				
Célibataire				
OUI	47 (9,4)	15 (7,5)	32 (10,8)	0.215
NON	451 (90,6)	186 (92,5)	265 (89,2)	
Satisfaction au travail				
OUI	461 (92,6)	182 (90,5)	279 (93,9)	0.157
NON	37 (7,4)	19 (9,5)	18 (6,1)	
Difficultés financières				
OUI	45 (9,1)	20 (10)	25 (8,4)	0.558
NON	453 (90,9)	181 (90)	272 (91,6)	
Déclaration MT autre que soi même				
OUI	117 (23,5)	39 (19,4)	78 (26,3)	0.076
NON	381 (76,5)	162 (80,6)	219 (73,7)	

Suite Tableau I :

Caractéristiques sociodémographiques	Total N (%)	OUI Q11 (groupe A) N (%)	NON Q11 (groupe B) N (%)	<i>P</i>
<u>Comorbidité :</u>				
Douleurs chroniques				
OUI	118 (23,7)	75 (37,3)	43 (14,5)	0.000
NON	380 (76,3)	126 (62,7)	254 (85,5)	
Autres pathologies organiques chroniques				
OUI	100 (20,1)	45 (22,4)	55 (18,5)	0.234
NON	397 (79,9)	155 (77,6)	242 (81,5)	
Patho. psychiatriques				
OUI	48 (9,7)	26 (12,9)	22 (7,4)	0.040
NON	450 (90,3)	175 (87,1)	275 (92,6)	
<u>Consommation :</u>				
Alcool (+3v/j homme, +2v/j femme)				
OUI	20 (4)	10 (5)	10 (3,4)	0.370
NON	478 (96)	191 (95)	287 (96,6)	
Tabac (actif ou ancien)				
OUI	114 (22,9)	51 (25,4)	63 (21,2)	0.278
NON	384 (77,1)	150 (74,6)	234 (78,8)	
Antécédents familiaux				
OUI	53 (10,6)	22 (10,9)	31 (10,4)	0.857
NON	445 (89,4)	179 (89,1)	266 (89,6)	
<u>AINS, Antal. palier I:</u>				
Souvent	105 (30,1)	65 (32,3)	40 (13,5)	0.000
Parfois	351 (70,5)	129 (64,2)	222 (75,3)	
Jamais	42 (8,4)	7 (3,5)	35 (11,9)	
<u>Antidépresseur... :</u>				
Souvent	21 (4)	12 (6)	9 (3)	0.004
Parfois	79 (15,9)	43 (21,4)	36 (12,2)	
Jamais	396 (79,5)	146 (72,6)	250 (84,8)	
<u>Antitussif :</u>				
Souvent	4 (8)	3 (1,5)	1 (0,4)	0.001
Parfois	124 (25,1)	65 (32,6)	59 (20)	
Jamais	366 (74,1)	131 (65,9)	235 (79,6)	

L'échantillon est majoritairement composé d'hommes (54%). Toutes les tranches d'âge sont représentées, réalisant une moyenne d'âge entre 45 et 55 ans. L'exercice est plutôt urbain (47%) et semi-rural ou semi-urbain (36%), et souvent en cabinet de groupe (68,9%). Le temps de travail moyen par semaine est de 46 heures. 9% sont célibataires. 9% signalent des difficultés financières ou des litiges en cours. La plupart sont satisfaits au travail (93%). 23% déclarent un médecin traitant autre qu'eux même.

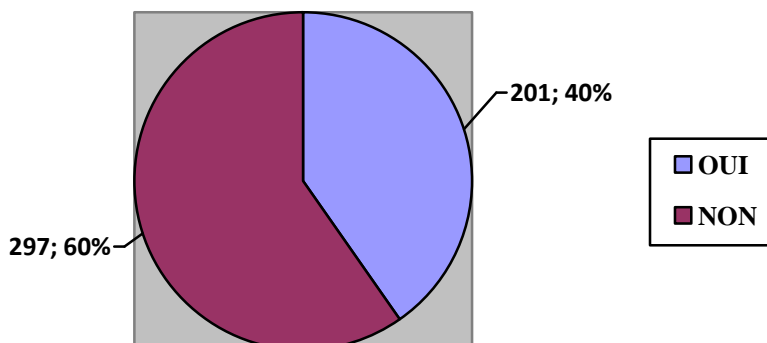
24% ont des douleurs chroniques, 20% d'autres pathologies organiques, et 10% des pathologies psychiatriques. Parmi lesquels sont signalés : tendinopathies, arthrose, lombalgies, rachialgies, sciatalgies, anxiété, dépression, trouble bipolaire, Burn out, dysthyroïdie, HTA, migraines, RGO, asthme, maladies organiques...

4% consomment de l'alcool, 23% du tabac (actif ou ancien), et 11% ont des antécédents familiaux de consommation d'alcool ou de drogues. Les autres drogues signalées sont : chocolat, sport intensif, café, thé, et cannabis.

70% des médecins consomment « parfois » des AINS et des antalgiques de palier I, et 16% « parfois » des antidépresseurs, des anxiolytiques, des hypnotiques ou des psychotropes (contre 80% « jamais »). Les antitussifs sont très peu utilisés (74% « jamais » et 25% « parfois »). Les autres médicaments utilisés sont : antibiotiques, antimigraineux, IPP, corticothérapie, antiallergique/antihistaminique, homéopathie, contraception. 6 médecins ont répondu partiellement à Q10.

2. Autoprescription d'antalgiques de palier II (Q11) :

Vous êtes-vous déjà autoprescrit / automédiqué au moins une fois des antalgiques de palier II ?

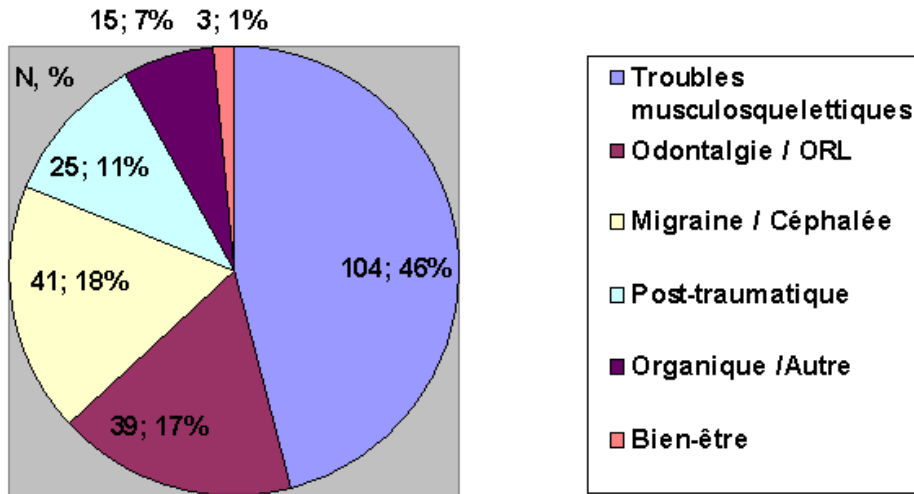


Comparativement au groupe B (cf. Tableau I), le groupe A est composé de plus d'hommes que de femmes (64% contre 48% ; $p = 0,000$), la déclaration d'un Médecin traitant est moins importante (19,4% contre 26,3% ; $p = 0,076$), les douleurs chroniques sont plus signalées (37,3% contre 14,3% ; $p = 0,000$), ainsi que les pathologies psychiatriques (12,9% contre 7,4% ; $p = 0,040$). Les AINS et antalgiques de palier I sont utilisés plus « souvent » (32% contre 13,5% ; $p = 0,000$), les antidépresseurs plus « souvent » (6% contre 3% ; $p = 0,004$) et plus « parfois » (21,4% contre 12,2% ; $p = 0,004$), et les antitussifs plus « souvent » (1,5% contre 0,4% ; $p = 0,001$) et plus « parfois » (32,6% contre 20% ; $p = 0,001$).

Il n'y a pas de différence significative pour le reste de la description sociodémographique des 2 groupes.

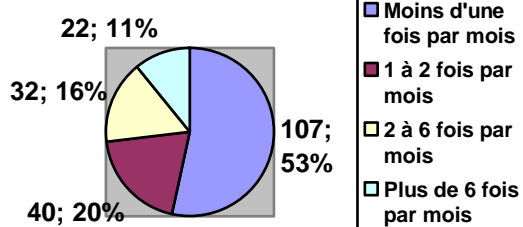
3. Descriptif de l'autoprescription (Q12 à Q21) :

▪ Pathologies / Raisons d'autoprescription : (Q12)

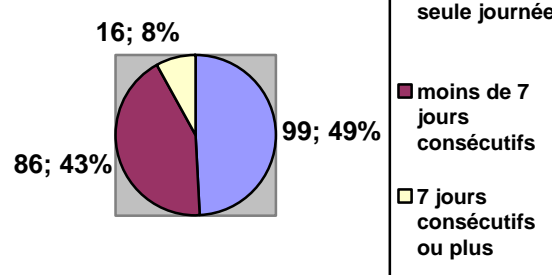


▪ Modalités d'Autoprescription : N (%)

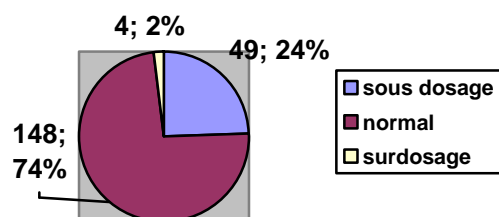
Q13: Modalités



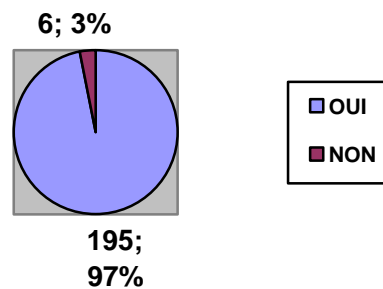
Q14: Modalités



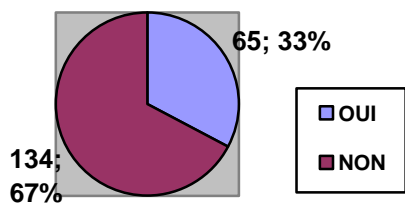
Q15: Posologie



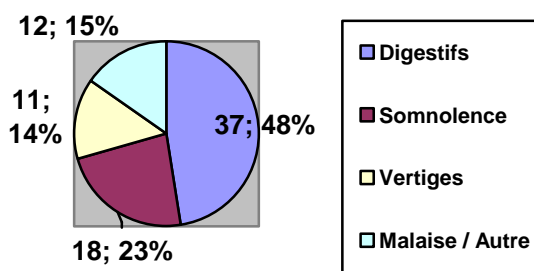
Q16: Efficacité sur la douleur



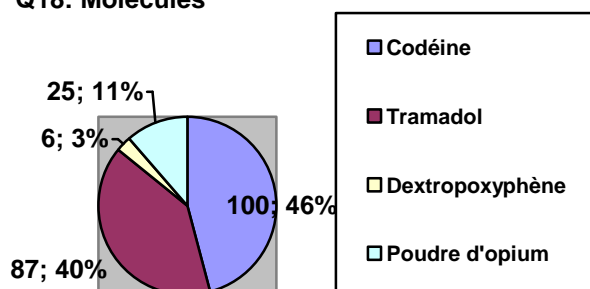
Q17: Effets secondaires



Q17: Effets secondaires (SI OUI)



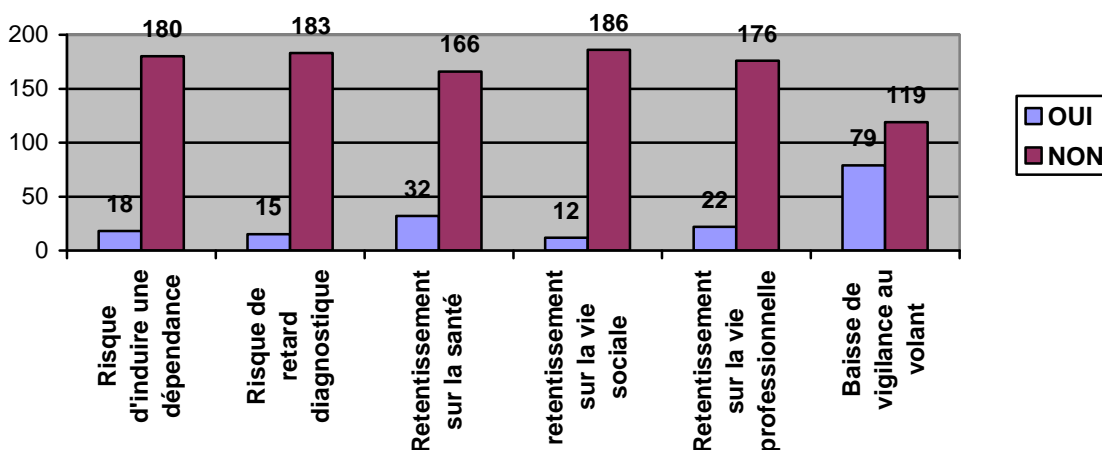
Q18: Molécules



Les médecins consomment majoritairement peu d'antalgiques de palier II (53% de « moins de 1 fois par an »), sur de très courtes durées (49% de « prise(s) journalière »), et à dosage normal (74%) ou en sous-dosage (24%). Néanmoins 27% en consomment plus de 2 à 6 fois par an, 11% plus de 6 fois par an, et 8% sur plus de 7 jours consécutifs. 33% signalent des effets secondaires. Cette utilisation est très largement efficace sur la douleur (97%). 86% des médecins utilisent la codéine ou le tramadol. Le Nefopam n'est pas signalé. 2 médecins n'ont pas répondu à Q17.

▪ **Risques de l'autoprescription (Q19).**

Pensez-vous votre autoprescription à risque ?



9% pensent que l'autoprescription d'antalgiques de palier II est à risque d'induire une dépendance, 8% pensent qu'elle est à risque d'induire un retard diagnostique, 16% pensent qu'elle peut retentir sur la santé, 6% sur la vie sociale, 11% sur la vie professionnelle, et 40% pensent qu'elle rend moins vigilant au volant d'un véhicule. 3 médecins ont arrêté définitivement le questionnaire à Q19.

▪ **Sensation de dépendance (Q20)**

7 médecins (3%) signalent avoir déjà ressenti une dépendance aux antalgiques de palier II, soit un taux de 1,4% sur l'échantillon total (groupes A+B).

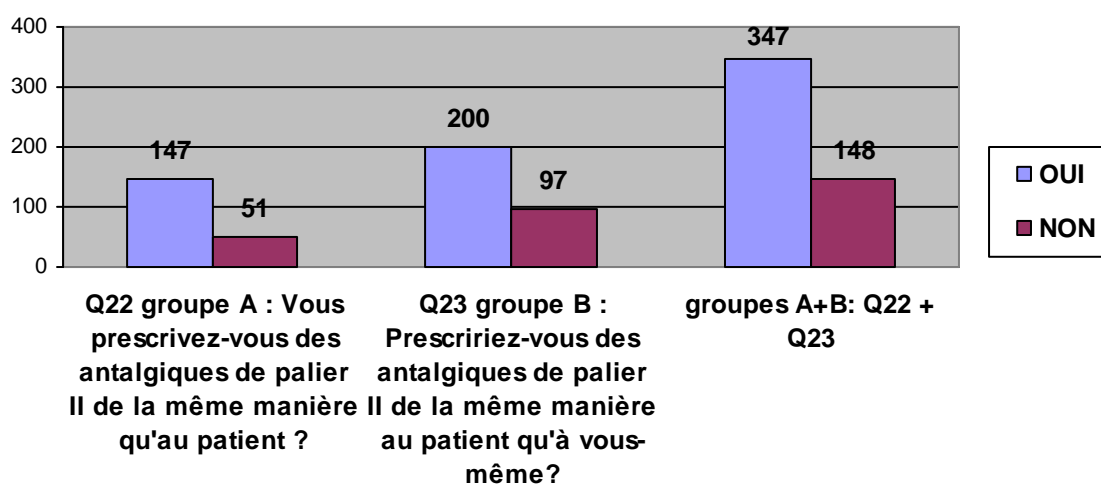
▪ **Objectivité (Q21)**

170 médecins (86%) pensent s'autoprescrire des antalgiques de palier II de façon objective, contre 28 (14%).

4. Relation entre auto et hétéroprescription (Q22, Q23) :

Cf. Tableau II (Annexe VII)

▪ **Comparaison Q22, Q23 :**



Dans le groupe A, 26,8% pensent qu'il est différent de prescrire à un patient qu'à soi-même, contre 32,7% dans le groupe B, et 30% groupes A et B confondus (Q22 et Q23).

▪ **Commentaires Q22** : Annexe VIII

Les principales raisons données par les médecins du groupe A pensant prescrire différemment à un patient qu'à soi-même sont : une autoévaluation plus facile, plus précoce et permanente de l'autoprescription, à durée contrôlée, parfois à sous-dosage et après un palier I, en limitant les cas au dernier recours uniquement si nécessaire.

Les freins perçus à l'autoprescription sont le manque d'objectivité, la peur de la dépendance et la peur des effets secondaires. 1 médecin parle de surdosage, 1 d'auto-négligence, et 1 médecin d'autoprescription à but psychotrope.

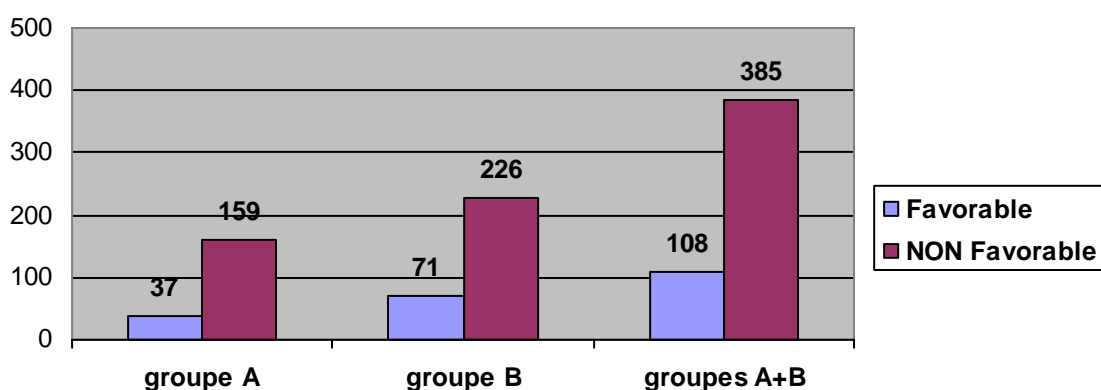
▪ **Commentaires Q23** : Annexe IX

Les principales raisons données par les médecins du groupe B pensant qu'ils prescriraient différemment au patient qu'à soi-même sont : la réticence à l'autoprescription, une autoévaluation également plus facile, un seuil de douleur personnel plus élevé, en limitant les cas au dernier recours uniquement si nécessaire (plus de patience).

Les freins perçus à l'autoprescription sont le manque d'objectivité, la peur des effets secondaires, et peut-être le manque d'auto-écoute et d'attention personnelle (plus attentif au patient). Pour certains, la différence réside dans l'approche socioculturelle entre le patient et soi-même. La demande pressante des patients en consultation est particulièrement soulignée : « *preuve que la souffrance a été entendue* ». 1 médecin signale avoir moins peur des effets secondaires sur soi-même.

5. Encadrement de l'autoprescription des antalgiques de palier II (Q24)

Cf. Tableau II (Annexe VII)

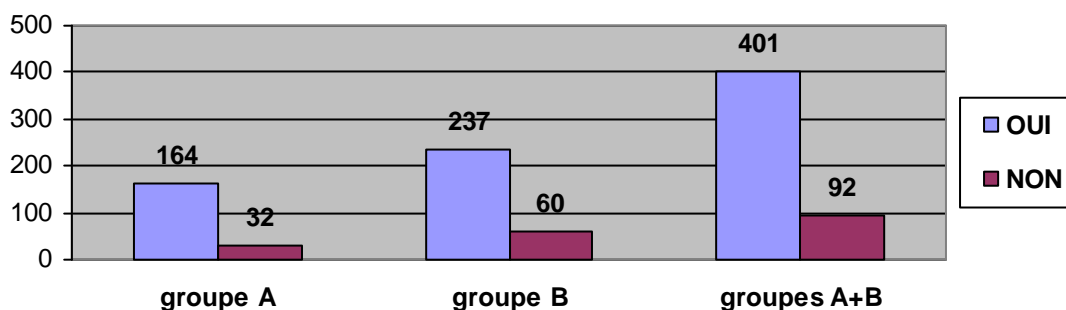


Dans le groupe A, 18% sont favorables à un encadrement de l'autoprescription des antalgiques de palier II chez les médecins, contre 23,9% dans le groupe B ($p = 0.187$), et 22% groupes A et B confondus. 2 médecins ont arrêtés le questionnaire à Q24.

6. Relation entre prescription à la famille ou à l'entourage et au patient (Q25) :

Cf. Tableau II (Annexe VII)

Pensez-vous prescrire des antalgiques de palier II de la même manière à votre entourage et à votre famille qu'au patient ?



Dans le groupe A, 18,4% pensent différent de prescrire à sa famille ou son entourage qu'au patient, contre 20% dans le groupe B ($p = 0.280$), et 18,7% groupes A et B confondus.

▪ Commentaires Q25 : Annexe X

Les principales raisons données par les médecins pensant prescrire différemment à sa famille ou à son entourage qu'au patient sont : une importante réticence à leur utilisation dans la famille et l'entourage, le caractère rarissime et exceptionnel, une hétéroévaluation et une hétérosurveillance plus faciles, « *comme à soi-même* », avec moins de pression que pour le patient, en favorisant les paliers I et les autres thérapeutiques en premier lieu.

Les freins perçus à l'autoprescription sont le manque d'objectivité, le caractère trop subjectif ou affectif, la peur des effets secondaires et la méfiance d'une accoutumance.

7. Analyses croisées : Cf. Tableaux III (Annexe XI)

Il convient d'être prudent quant à l'interprétation des résultats suivants du fait des faibles effectifs de certaines de ces analyses.

▪ Médecins avec des douleurs chroniques :

Ces 118 médecins sont plus âgés (48,5% « plus de 55 ans » contre 31% ; $p = 0.001$), ont plus de difficultés financières (15,2% contre 7,1% ; $p = 0.007$), signalent plus de pathologies organiques chroniques (32,2% contre 16,6% ; $p = 0.000$) et de pathologies psychiatriques (14,4% contre 8,2% ; $p = 0.045$). Ils consomment plus souvent de l'alcool (6,8% contre 3,2% ; $p = 0.080$), du tabac (35,6% contre 18,9% ; $p = 0.000$), plus « souvent » des AINS et antalgiques de palier I (48,3% contre 12,3% ; $p = 0.000$), respectivement plus « souvent » et

plus « parfois » des antidépresseurs (6,8% contre 3,4% ; et 24,8% contre 13,2% ; $p = 0.002$), ainsi que plus « souvent » des antitussifs (2,6% contre 0,2% ; $p = 0.048$).

▪ Médecins avec des effets secondaires :

Ces 65 médecins consomment plus « souvent » des AINS et des antalgiques de palier I (40% contre 28,4% ; $p = 0.057$), utilisent plus les antalgiques de palier II pour des pathologies traumatologiques (18,5% contre 8,9% ; $p = 0.065$), et plus souvent le Tramadol (52,3% contre 38,8% ; $p = 0.093$). Ils signalent plus le risque de retentissement sur la santé (30,6% contre 8,9% ; $p = 0.000$), sur la vie sociale (14,5% contre 2,2% ; $p = 0.002$), et sur la vie professionnelle (22,6% contre 6% ; $p = 0.001$). Par contre peu signalent la perte de vigilance au volant d'un véhicule (5,8% contre 31,3% ; $p = 0.001$).

▪ Médecins pensant leur autoprescription « à risque de dépendance » :

Ces 18 médecins sont majoritairement des hommes (89% contre 61%, $p = 0.020$), ont plus de pathologies psychiatriques (28% contre 11% ; $p = 0.058$), et consomment moins d'antitussifs (6% contre 38% ; $p = 0.018$). Ils s'autoprescrivent plus fréquemment des antalgiques de palier II : 39% « plus de 6 fois par an » contre 8% ($p = 0.002$), et 44,4% « 7 jours consécutifs ou plus » contre 4,5% ($p = 0.000$). Ils signalent plus le risque de retentissement sur la santé (50% contre 12,8% ; $p = 0.000$), sur la vie sociale (33,3% contre 3,3% ; $p = 0.000$), et sur la vie professionnelle (38,9% contre 8,3% ; $p = 0.001$).

▪ Médecins avec une « sensation de dépendance » :

Ces 7 médecins ont plus de douleurs chroniques (85,7% contre 35,6% ; $p = 0.012$), plus de pathologies psychiatriques (57% contre 11% ; $p = 0.005$), consomment plus de tabac (57,1% contre 24,6% ; $p = 0.074$), et respectivement plus « souvent » et plus « parfois » des antidépresseurs (28,6% contre 5,2%, et 42,9% contre 20,4% ; $p = 0.011$). Leur consommation d'antalgiques de palier II est plus fréquente : 57,1% « plus de 6 fois par an » contre 9,4%, et 57,1% « 7 jours consécutifs ou plus » contre 6,3% ($p = 0.001$). Ils signalent plus le risque de retentissement sur la santé (57,1% contre 14,7% ; $p = 0.014$), sur la vie sociale (42,8% contre 4,7% ; $p = 0.005$), et sur la vie professionnelle (42,8% contre 9,9% ; $p = 0.031$).

▪ Prescription à soi et au patient perçue comme différente :

Les 51 médecins du groupe A dans cette situation pensent l'autoprescription non objective (23,5% contre 10,9% ; $p = 0.026$), et la prescription à la famille et à l'entourage différente

qu'au patient (38% contre 8,9% ; $p = 0.000$). Les 97 médecins du groupe B pensant l'autoprescription différente à soi-même qu'au patient sont plus souvent les femmes (63% contre 46,5% ; $p = 0.008$) et les célibataires (18,5% contre 7% ; $p = 0.003$). Ils signalent plus fréquemment des antécédents familiaux d'usage d'alcool ou de drogues (15,7% contre 8,0% ; $p = 0.067$), sont plus favorables à un encadrement de l'autoprescription (35% contre 18,5% ; $p = 0.002$), et pensent prescrire différemment à la famille ou à l'entourage qu'au patient (44,3% contre 8,5% ; $p = 0.000$)

▪ Médecins favorables à un encadrement de l'autoprescription :

Ces 108 médecins des 2 groupes sont plus souvent les femmes (64,3% contre 39,5% ; $p = 0.000$), déclarent plus de médecin traitant autre que soi-même (37% contre 19,5% ; $p = 0.000$), pensent prescrire différemment à soi-même (42% contre 27% ; $p = 0.005$) comme à la famille et à l'entourage (29% contre 16% ; $p = 0.002$) qu'au patient.

9. Commentaires libres (Q26).

Il y a eu 85 commentaires libres (Annexe XII). Il en ressort une demande de confidentialité concernant les soins. Certains font part de leur expérience professionnelle et médicale personnelle, et du recours à des collègues ou à d'autres professionnels de santé. D'autres pensent que ce sujet est du domaine privé et est invasif, et sont contre une évaluation et un encadrement de ces pratiques. Quelques-uns signalent que c'est du rôle du médecin d'être hautement responsable pour les autres et donc pour soi-même. 1 médecin signale l'intérêt d'un travail qualitatif dans ce domaine. Enfin quelques médecins ne comprennent pas l'intérêt du questionnaire.

DISCUSSION

1. Biais.

▪ Biais de sélection et d'échantillonnage :

Le questionnaire a été envoyé par les URPS en milieu ou en fin de semaine afin d'obtenir le maximum de réponses. Il interrogeait uniquement les médecins ayant accepté de répondre au questionnaire transmis par l'URPS, de manière non aléatoire. Le caractère multicentrique de l'étude tend à limiter ce biais de sélection, malgré un faible taux de réponse de certaines régions. L'envoi par courrier électronique ne prenait pas en compte les médecins non informatisés. Il y a eu 36 mails « erreurs » en Rhône-Alpes, et l'URPS Haute-Normandie a signalé 334 médecins qui n'ont « pas lu le mail » (soit un tiers des médecins de cette région).

En raison du caractère anonyme de l'étude, il n'était pas possible de relancer spécifiquement les médecins n'ayant pas (ou incomplètement) répondu au premier envoi. L'absence de contact direct, permise par l'envoi informatique anonyme, a pu participer à limiter le biais de recrutement. Cependant, il existe probablement un biais d'auto-sélection : il est difficile de savoir si les médecins ayant répondu au questionnaire sont ceux qui se sentent les moins ou les plus concernés par le sujet. Il existe dès lors une différence de pratique possible entre les médecins répondants et ceux de la population cible représentative de la population sociodémographique médicale en France. Enfin, chez les médecins sensibilisés au sujet, il est compliqué de se dévoiler sur un serveur internet, même après avoir stipulé la mention d'étude « confidentiel et anonyme ».

▪ Biais de mesure :

Le questionnaire a été envoyé par courriel. Ce format, moins personnalisé qu'un courrier, risque plus souvent d'être mis de côté, oublié, ou effacé. Le taux de réponse cumulé des 3 régions (hors PACA) est de 10,5%, et limite l'interprétation (validité interne) des résultats, ainsi que sa représentativité (validité externe). Ce taux est plus faible que dans les études sur l'autoprescription en général (23% en Rhône-Alpes (10), et 32,3% en Haute-Normandie (23)). Néanmoins, la méthodologie de ces études était différente (financement des URPS des 2 régions). De plus, certaines régions semblent plus sensibilisées aux travaux de thèse des internes (Rhône-Alpes loin devant dans notre étude). Il est possible que nos résultats soient ainsi sous évalués dans les 3 régions, et donc au total.

L'idéal aurait été de sonder des régions « naïves », c'est-à-dire jamais prospectées sur le sujet. Malheureusement nous n'avons eu aucune réponse favorable des URPS ou des conseils de l'ordre des médecins dans d'autres régions. Notre étude permet néanmoins de vérifier les résultats des 2 régions déjà partiellement prospectées sur le sujet (10, 23).

Le sujet délicat et personnel limite probablement le recueil des données, bien qu'il ait été réalisé sur un serveur anonyme et confidentiel. La nécessité d'un format d'auto-questionnaire implique son caractère déclaratif. Il est donc soumis à la compréhension des questions, au biais de mémorisation, et au biais de désirabilité sociale.

Juger de la conformité d'une prescription est difficile, car celle-ci dépend des référentiels choisis (AMM, recommandations, conviction ou expérience personnelle). Pour limiter l'impression de jugement, il a été choisi d'interroger la perception d'objectivité par le praticien lui-même. Nous avons également préféré ne pas juger d'un comportement à risque addictif selon les 3 classifications reconnues de dépendance (OMS, DSM IV, et CIM 10 : Annexe I), mais de laisser au maximum le médecin propre arbitre de son autoprescription.

▪ **Biais d'analyse :**

Pour des raisons d'analyse statistique, nous avons choisi d'exclure les résultats en région PACA. En effet, les résultats (n=3, taux de réponse = 0,2%) n'aurait eu aucune puissance statistique valable et aurait faussé les résultats finaux des 3 autres régions (indépendamment et en cumulé).

Au total, quinze questionnaires reçus n'ont pas été traités. Le taux d'exclusion est de 2,9%, ce qui paraît statistiquement acceptable. L'aide du service de biostatistiques du CHU de Grenoble a été nécessaire pour l'analyse statistique.

Il convient d'être prudent quant à l'interprétation des résultats des « analyses croisées », lié aux faibles effectifs de certaines analyses, d'échantillons peu représentatifs de la démographie médicale française, et donc de la faible puissance de ces résultats.

2. Discussion des résultats.

Tout d'abord, l'échantillon correspond assez bien à la répartition démographique médicale française de 2014 (27), qui indique 56% d'hommes en exercice, et un âge moyen de 53 ans pour les hommes et 49 ans pour les femmes. Par contre, notre échantillon exerce majoritairement en cabinet de groupe (68,9% au moins), alors qu'à l'échelle nationale seulement 33% (27) des médecins exercent en cabinet de groupe monodisciplinaire et très peu en cabinet de groupe pluridisciplinaire.

Notre étude retrouve 40,4% d'autoprescription d'antalgiques de palier II sans notion de « limitation de durée » (utilisation quelque soit l'année et les modalités de prises), ce qui est difficilement comparable aux études précédentes (10, 22) basées sur « l'année écoulée » (taux de 17,6% à 27,6%). Nous confirmons que les médecins « hommes » consomment plus d'antalgiques de palier II ($p = 0.000$), et leur utilisation dans les pathologies d'ordre musculotendineuses, les migraines ou céphalées, et l'odontalgie ou pathologies ORL. 33% signalent des effets secondaires, déjà particulièrement soulignés dans la littérature (10).

Les antécédents psychiatriques, la polymédication, ainsi que les douleurs chroniques sont plus importante chez les consommateurs. Par contre, nous ne retrouvons pas d'association significative par rapport à l'âge (C. Stepowski (23) retrouvait une exposition des médecins de moins de 50 ans), ni pour la consommation personnelle ou familiale d'alcool, de tabac ou de cannabis, la charge de travail ou le taux de stress, le statut marital, ou les difficultés financières.

De manière générale, les médecins les plus prudents et les plus sensibilisés sur le sujet sont les femmes, les médecins favorables à un encadrement, et les médecins pensant se prescrire différemment qu'au patient (groupes A et B). La déclaration d'un médecin traitant autre que soi-même semble également protectrice, bien que non significative ($p = 0.076$).

Les médecins signalant un « risque de dépendance » (9%) ou une « sensation de dépendance » (3%) consomment plus d'antalgiques de palier II, et soulignent particulièrement le retentissement sur la santé, la vie sociale ou professionnelle.

Ces taux estimés de « risque addictif » sont moins importants que ceux décrits dans la population générale (6.8% de risque de mésusage et 17.8% de risque addictif (18, 21) aux antalgiques de palier II), et que chez les médecins généralistes (36 à 49,5% « toutes prescriptions confondues ») (10, 23). Suite aux résultats du questionnaire, essentiellement déclaratif, il est difficile d'affirmer un pourcentage de « risque addictif ».

Cependant, il semble possible d'utiliser le terme de « mésusage » (17) (Annexe II) concernant certaines pratiques d'autoprescription dans notre étude. En effet, 3 médecins (1%) signalent leur utilisation pour un « bien-être », et 4 (2%) se surdosent. 41 (18%) les utilisent pour des migraines ou céphalées, particulièrement connues à risque de mésusage dans la population générale (18, 21). Près de 10% les utilisent très fréquemment (11% plus de 6 fois par an, 8% plus de 7 jours consécutifs) et sont ainsi plus exposés à des effets secondaires et à une accoutumance. Enfin, 9% signalent cette pratique « à risque de dépendance » et 3% déclarent une « sensation de dépendance ». Ces données justifient la réalité d'un risque de mésusage dans cette population.

Parmi les médecins s'autoprescrivant, 86% pensent leur autoprescription objective. Pourtant, seulement 73,2% « pensent se prescrire de la même manière qu'au patient ». Ces

résultats montrent bien la complexité de l'autoprescription. Par ailleurs, G. Labeille (10) ne retrouvait que 60,6% d'objectivité « toutes autoprescriptions confondues ».

Les aspects de l'autoprescription pouvant influencer l'hétéroprescription d'antalgiques de palier II aux patients restent difficiles à évaluer. Selon les chiffres (26,8% NON à Q22 groupe A, contre 32,5% NON à Q23 groupe B), l'autoprescription semble avoir un impact non négligeable sur la vision de l'hétéroprescription.

Pour autant, les principales raisons d'une différence entre auto et hétéroprescription ne diffèrent pas vraiment entre les 2 groupes. Les freins perçus sont le manque d'objectivité, la peur de la dépendance et la peur des effets secondaires, à opposer au risque d'autonégligence de la santé. Un travail qualitatif spécifique sur l'influence de l'autoprescription sur l'hétéroprescription au patient serait intéressant. Le risque du biais de recrutement est un frein majeur à ce genre d'étude (problème d'objectivité).

Enfin concernant les antalgiques de palier II, peu de médecins souhaitent un encadrement de cette autoprescription (22% groupes A+B, contre 33% « toute autoprescription » (23, 28)), et peu soulignent le risque induit de « retard diagnostique » (8% groupe A contre 49,5 à 68,3% « toute autoprescription » (10, 23, 29)). Cependant, seul le groupe A a été sondé concernant le risque de retard diagnostique, sous estimant probablement l'avis de l'échantillon complet (A+B).

Les attentes de soins des médecins décrites par A.L.Verjus en Rhône-Alpes (30), montrent l'intérêt d'une prise en charge globale de leur santé, tant sur le plan psychique, que physique, mais aussi d'une aide socioprofessionnelle. L'usage des antalgiques de palier II allant de « simple à nocif » (Annexe I), est un exemple type de situation où se mêlent à la fois douleur physique et psychique, surtout dans le cadre d'une chronicisation de douleurs mal contrôlées. Le CIM 10 (31) décrit bien le risque de mésusage médicamenteux chez les utilisateurs, qui pensent souvent maîtriser leur consommation par un "autocontrôle". Alors dans un contexte peu enclin à un encadrement de cette pratique, comment prévenir les risques d'accoutumance, de dépendance physique et psychique (Annexe I) chez le médecin généraliste ?

La création des structures de soins dédiées aux médecins libéraux est un premier pas et une suite logique aux attentes des médecins (68,9% à 80% (2, 30) favorables à leur création), bien que peu y ont adhéré une fois en place (30). Ces structures sont jeunes (maximum 5 ans) et les rapports d'activités encore récents (Imhotep, ASRA, MOTS...). Les structures à l'étranger (notamment au Québec depuis 1990) ont connus les mêmes difficultés initialement (32), alors qu'elles sont aujourd'hui en plein essor.

Des consultations préventive de médecine du travail destinées aux médecins, dans un souci d'anonymat et de confidentialité sans détermination d'aptitude, semblent adaptées à un

encadrement des risques liées aux antalgiques de palier II. Elles sont une porte d'entrée pour les médecins dans le besoin. L'assistance téléphonique d'urgence proposée par plusieurs structures est une aide supplémentaire, bien qu'elle soit plus adaptée aux situations extrêmes d'épuisement professionnel.

Néanmoins, la difficulté est d'atteindre les médecins les plus isolés et les plus négligents sur leur santé. Cela paraît parfois compliqué lorsque le médecin assume son automédication ou qu'il exprime une réticence à consulter. Les commentaires libres et reçus par emails montrent l'ampleur de cette difficulté. Ils font ressentir un léger sentiment de culpabilité et une crainte de jugement concernant la consommation d'antalgiques de palier II (ressenti massivement chez 85,2 % (30) des médecins s'auto-prescrivant un traitement concernant des troubles de la santé mentale).

Il paraît important de prévenir le risque de mésusage, en sensibilisant les médecins et les intervenants des structures sur la fréquence de l'autoprescription d'antalgiques de palier II chez le médecin généraliste. Mais aussi en informant les étudiants en médecine, et en développant les formations des médecins à la prise en charge de leurs confrères en difficultés ou en souffrance.

Quelques médecins soulignent l'intérêt d'un encadrement des prises chroniques d'antalgiques de palier II. Cela semble effectivement judicieux et plus adapté qu'un encadrement des prises ponctuelles ou peu fréquentes.

Quant à une législation de l'autoprescription, elle est massivement rejetée dans les « commentaires libres » conformément à la littérature (10, 23, 30). Elle serait perçue comme une remise en cause de la capacité de diagnostic et de traitement des médecins.

Par ailleurs, la prescription au médecin consultant dans les structures françaises n'est actuellement pas possible, bien qu'elle soit discutée (30). 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 ». Cela est dans la pratique peu respecté et difficilement applicable (33), et ne semble pas être une solution.

Enfin, l'avis sur la prescription à la famille et à l'entourage est un peu paradoxal. Seulement 18,6% pensent que la prescription à la famille ou à l'entourage est différente qu'au patient. Pourtant les propos recueillis par les médecins soulignent particulièrement le caractère rarissime et la réticence à cette utilisation. Les médecins parlent plus de subjectivité et d'affectivité pour la famille que pour eux même (« *comme à soi-même* »). La santé de la famille et de l'entourage est-elle alors « moins » ou « plus » exposée à des risques de négligence ? En effet le médecin choisit de s'autodiagnostiquer et de s'automédiquer, ce qui n'est pas forcément la volonté de la famille. Il serait intéressant de connaître l'avis de l'entourage familial des médecins sur leur santé et sur celle de leur parent médecin.

CONCLUSION

(*) THESE SOUTENUE PAR : ROMAIN LEGRIS

(*) TITRE :

L'autoprescription d'antalgiques de palier II chez le médecin généraliste

(*) CONCLUSION

Dans un contexte d'épuisement professionnel chez les médecins généralistes, l'automédication et l'autoprescription sont une règle courante dans cette population. Les antalgiques de palier II sont concernés, et restent une thérapeutique courante aux indications théoriquement limitées, et aux risques potentiellement addictogènes.

L'objectif principal de cette étude était de décrire la démarche pratique d'autoprescription d'antalgiques de palier II chez les médecins généralistes. L'objectif secondaire était de savoir si l'autoprescription d'antalgiques de palier II influençait l'hétéroprescription d'antalgiques de palier II aux patients.

Une enquête épidémiologique descriptive anonyme multicentrique par questionnaire en ligne sans relance a été menée auprès de 6255 médecins généralistes de Haute-Normandie, Rhône-Alpes, Languedoc-Roussillon, et PACA, entre le 14/03/2014 et le 23/04/2014. Le taux de réponse cumulé a été de 8,2%. Pour des raisons pratiques liées à un taux de réponse de 0,2%, les résultats en région PACA (3 réponses) ont été exclus de l'analyse. L'échantillon final interprétable était de 498 réponses, et a été soumis à une analyse quantitative par des tests de Chi2 et de Fischer.

Notre étude confirme le phénomène d'automédication ou d'autoprescription « sans limitation de durée » avec des antalgiques de palier II (201 médecins soit 40,4%) chez les médecins généralistes dans les 3 régions. La majorité d'entre eux les utilisent peu et de manière raisonnée, favorisant les prises sur de courtes durées, à sous dosage ou à dosage normal. Les raisons d'utilisation sont celles décrites dans la population générale : les troubles musculosquelettiques (46%), les migraines ou les céphalées (17%), et l'odontalgie ou les pathologies ORL (18%).

Néanmoins parmi les utilisateurs, 27% consomment des antalgiques de palier II plus de 2 à 6 fois par an et 11% plus de 6 fois par an, 8% sur plus de 7 jours consécutifs, et 33% signalent des effets secondaires. Les médecins signalant un « risque de dépendance » (n=18) ou une « sensation de dépendance » (n=7) consomment en effet plus d'antalgiques de palier II, et soulignent particulièrement le retentissement sur leur santé, leur vie sociale ou professionnelle.

Le sexe masculin ($p = 0.000$), l'absence de déclaration de médecin traitant autre que soi-même ($p = 0,076$), l'existence de douleurs chroniques ($p = 0.000$), de pathologies psychiatriques ($p = 0,040$), et la polymédication (AINS, antalgiques de palier I, psychotropes et antitussifs) sont les facteurs associés à l'autoprescription d'antalgiques de palier II.

86 % des médecins s'autoprescrivant des antalgiques de palier II pensent se prescrire de façon objective. Pourtant, seulement 73,2% pensent se prescrire de la même manière qu'au patient, et 18% seraient favorables à un encadrement de l'autoprescription des antalgiques de palier II chez les médecins.

L'absence de contact direct, permise par l'envoi informatique anonyme, a tenté de limiter le biais de recrutement. Cependant, il existe probablement un biais d'autosélection: il est difficile de savoir si les médecins ayant répondu au questionnaire sont ceux qui se sentent les moins ou les plus concernés par le sujet.

Il convient donc d'être prudent concernant le mésusage aux antalgiques de palier II chez le médecin généraliste, non dénué d'effets secondaires et d'accoutumance, comme dans la population générale. La difficulté est d'atteindre les médecins les plus isolés ou les plus négligents sur leur santé, et de leur proposer une aide et un soutien adéquats à cette pratique. Les structures et leur anonymat proposés à ce jour sont un premier pas vers une amélioration.

Il est par ailleurs difficile de conclure quant à l'influence de l'autoprescription sur l'hétéroprescription. Il serait intéressant de mener des travaux qualitatifs à ce sujet.

(*) VU ET PERMIS D'IMPRIMER

(*) Grenoble, le 27/08/2014

(*) LE DOYEN

J.P. ROMANET



(*) J.P. ROMANET

(*) LE PRESIDENT DE LA THESE

A handwritten signature in black ink.

(*) PROFESSEUR M. DEMATTEIS

B RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Leriche B, Biencourt M, Bouet P, Carton M, Cressard P, Faroudj JM et al. Le médecin malade. Rapport de la Commission nationale permanente du conseil national de l'Ordre des médecins. 2008 (consulté le 15/07/2014). Disponible à l'adresse : <http://www.conseil-national.medecin.fr/article/le-medecin-malade-746>.
2. Enquête sur la santé des médecins libéraux de Haute-Normandie : 2008 (consulté le 15/07/2014). Disponible sur www.cdom76.com/doc/enquete.pdf
3. Truchot D. Le Burn out des médecins libéraux de Bourgogne 2001, de Poitou-Charentes 2004, et de Champagne-Ardenne 2002. [Texte imprimé psychologie]. Paris ; 2004.
4. Desprès P et al. Santé physique et psychique des médecins généralistes. DRESS, Ministère. 2010 (consulté le 15/07/2014). Disponible sur <http://www.drees.sante.gouv.fr/IMG/pdf/er731.pdf>.
5. Enquête de l'URML-IDF. L'épuisement professionnel des médecins libéraux franciliens : témoignages, analyses et perspectives. 2007 (consulté le 15/07/2014). Disponible sur http://www.urml-idf.org/upload/etudes/etude_070723.pdf.
6. Hawton K, Clements A, Simkin S, Malmberg A. Doctors who kill themselves: a study of the methods used for suicide. QJM. 2000 ; 93(6) : 351-357.
7. Résumé de la Loi Kouchner du 4 Mars 2002 (consulté le 15/07/2014). Disponible sur <http://www.hopital-sancerre.fr/documentations/LOI%20du%204%20mars%202004.pdf>
8. Bets D, Recorbet G. Etat des lieux de la consommation des antalgiques en automédication: enquête transversale auprès de 202 adultes [Thèse d'exercice]. [Marseille, France] ; 2012.
9. Escher RON et M. Antalgiques en automédication : quels sont les risques ? Douleur. 2010 ; 255(25) : 1338-1341.
10. Labeille G. L'autoprescription des médecins généralistes de la région Rhône-Alpes en 2013 [Thèse d'exercice]. [Lyon, France] ; 2013.
11. Schneider M, Bouvier Gallacchi M, Goehring C, Künzi B, Bovier PA. Personal use of medical care and drugs among Swiss primary care physicians. [University Geneva, Switzerland]. Swiss medical weekly. 2007 ; 137 (7-8) : 121-126.
12. Hem, et al. Self-prescribing among young Norwegian doctors: a nine-year follow-up study of a nationwide sample. [University of Oslo, Norway]. Institute of Basic Medical Sciences. 2005 ; No-0317.
13. El Ezz, Ez-Elarab. Knowledge, attitude and practice of medical students towards self medication at Ain Shams University, Egypt. Journal of preventive medicine and hygiene. 2011 ; 52(4) : 196-200.
14. AFSSAPS. Rapport d'expertise. Septembre 2011 (consulté le 15/07/2014). Disponible sur http://ansm.sante.fr/var/ansm_site/storage/original/application/b4d448c76627d78f5385583a1fc2aa47.pdf

15. Raineri F, Arnould P, Malouli A, Hebbrecht G, Duhot, D. Analyse de la prescription des antalgiques de palier II en médecine générale : Observatoire de la médecine générale 2007 à 2009. Douleurs: Evaluation - Diagnostic – Traitement. 2011 ; 12(2) : 72-81.
16. Genest A, Martinez L. Automédication et mésusage des antalgiques [Thèse d'exercice]. [Paris, France] ; 2010.
17. Définition « mésusage ». Département de Pharmacologie de Bordeaux. 2004 - 2014 (consulté le 15/07/2014). Disponible sur www.pharmacologie.u-bordeaux2.fr/fr/pharmacovigilance/lexique.htm#16.
18. Roussin A, Bouyssi A, Pouché L, Pourcel L, Lapeyre-Mestre M. Misuse and dependence on non-prescription codeine analgesics or sedative H1 antihistamines by adults: a cross-sectional investigation in France. PloS One. 2013 ; 8(10) : e76499.
19. Medical College of Wisconsin, Milwaukee, WI, USA. Survey of select practice behaviors by primary care physicians on the use of opioids for chronic pain. Current medical research and opinion. 2006 ; 22(9) : 1859-1865.
20. Turk, Dennis C, Ph.D, Okifuji, Akiko Ph.D. What Factors Affect Physicians' Decisions to Prescribe Opioids for Chronic Noncancer Pain Patients. Clin J Pain. 1997 ; 13(4) : 330-6.
21. Sehgal N, Manchikanti L, Smith HS. Prescription opioid abuse in chronic pain: a review of opioid abuse predictors and strategies to curb opioid abuse. Pain physician. 2012 ; 15(3Suppl) : ES67-92.
22. Hughes PH, Brandenburg N, Baldwin DC Jr, Storr CL, Williams KM, Anthony JC, et al. Prevalence of substance use among US physicians. JAMA. 1992; 267(17) : 2333-2339.
23. Stepowski C. L'autoprescription médicamenteuse des médecins généralistes et ses déterminants en Haute Normandie [Thèse d'exercice]. [Rouen, France] ; 2011.
24. Torgler J. Consommation de substances, stress et santé des médecins des hôpitaux universitaires de Genève [Texte d'exercice]. [Genève, Suisse] no. Méd. 10260 ; 2002.
25. Wallot H, Lambert J. Drug addiction among Quebec physicians. Canadian Medical Association journal. 1982 ; 126(8) : 927-930.
26. Bruna Brands, PhD, Angela Paglia-Boak, MA, Edward M. Adlaf, et Al. Nonmedical use of opioid analgesics among Ontario students. College of Family Physicians of Canada. Can Fam Physician. 2010 ; 56(3) : 256–262.
27. Atlas démographique médical 2014 (consulté le 15/07/2014). Disponible sur www.conseil-national.medecin.fr/node/1472
28. Volpi N. L'autoprescription médicamenteuse chez les médecins généralistes en Franche-Comté [Thèse d'exercice]. [Franche-Comté, France] ; 2012.
29. Queneau P. L'automédication, source d'accidents : réflexions et recommandations pour des mesures préventives. Médecine. 2008 ; 4(5) : 203-6.
30. Verjus A-L. Médecins libéraux des Savoie et Isère : étude épidémiologique des besoins d'un système de soins dédié à leur propre santé [Thèse d'exercice]. [Grenoble, France]: Université Joseph Fourier; 2012.
31. CIM 10. International Classification of Disease (ICD-10), World Health Organization, Geneva 1991 (consulté le 15/07/2014). Disponible sur <http://www.has->

sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-01/corrige_annexe_criteres_cim-10_abus_dependance.pdf.

32. Programme d'Aide aux Médecins du Québec. Interventions 2009-2012 – Rapport statistique du PAMQ. Montréal [Internet]. 2012 (consulté le 15/07/2014). Disponible à l'adresse : http://www.pamq.org/Rapport_statistique_PAMQ_2011Final.pdf.
33. Richer S. Le médecin de famille devrait-il se traiter lui-même ou non? *Can Fam Physician*. 2009; 55(8) : 784-5.

C ANNEXES

Annexe I : définitions

Adjectif « objectif » : « qui ne fait pas intervenir d'éléments affectifs, de facteurs personnels dans ses jugements ».

L'« autoprescription » chez les médecins est définie de la manière suivante: « toute prise de médicaments quelle qu'en soit l'origine, hormis la prescription par un confrère ».

Le CIM 10 (32) : définit des comportements de consommation :

- L'usage simple: c'est une consommation qui n'entraîne pas de complications pour la santé, ni de troubles de comportements ayant des conséquences nocives pour soi ou pour autrui.
- L'usage à risque: l'usage même simple comporte des risques lors de la conduite de véhicule, lors de la grossesse et lors de l'association avec des prises médicamenteuses.
- L'usage nocif: c'est une consommation qui induit des dommages soit sur le plan de la santé, soit sur le plan psychoaffectif, soit sur le plan légal (ex contrôle d'alcool au volant), des difficultés à remplir ses obligations (école, travail).

Dépendance physique : un état d'adaptation qui se manifeste par un syndrome de retrait si l'on cesse brusquement la prise de la substance, si l'on réduit les doses rapidement, si les taux sériques baissent rapidement ou (et) si l'on administre un antagoniste. La Tolérance est un état d'adaptation dans lequel l'exposition à une substance induit des changements qui mènent à une diminution d'un ou de plusieurs des effets de cette substance avec le temps.

Dépendance psychologique (addiction) : un désordre neurobiologique primaire chronique dont l'apparition et les manifestations sont influencés par des facteurs génétiques, psychosociaux et environnementaux. Elle se caractérise par l'un ou par plusieurs des comportements suivants :

- perte de contrôle quant à l'utilisation de la substance
- utilisation compulsive
- utilisation continue, malgré des conséquences néfastes
- craving (désir irrépressible d'utiliser la substance)

Mésusage : (17) un usage inapproprié par rapport aux données de référence pertinentes, survenant au cours de la chaîne des soins, exposant un patient donné à un risque avéré ou potentiel, sans bénéfice corrélatif.

Exemples de Données de références pertinentes : résumé des caractéristiques du produit, recommandations de Bonnes Pratiques, conférences de consensus, fiches de service médical

rendu (SMR) et d'amélioration du service médical rendu (ASMR), fiches de transparence, Références Médicales Opposables, avis d'experts, littérature.

Chaîne de soins : ensemble du circuit du médicament - prescription, dispensation, préparation, administration, surveillance - concernant tous les acteurs de santé, le patient et leurs environnements.

Annexe II : spécialités pharmaceutiques

- Retirés du marché : Dextropropoxyphène-paracétamol (Diantalvic), Propofan.
- Vendus sans prescription médicale : Néo-Codion, Codoliprane Adulte, Claradol codéine, Klipal codéine, Algicalm.
- Vendus sur prescription médicale : paracétamol / codéine, Efferalgan codéiné, Dafalgan codéiné, Algisedal, Codoliprane Enfant, paracétamol / codéine

Annexe III : mail envoyé aux médecins et questionnaire

Dans le but d'améliorer la prise en charge de la santé des médecins généralistes, j'effectue ma thèse sur l'autoprescription d'antalgiques de palier II (CODEINE, DIHYDROCODEINE, TRAMADOL, POUDRE D'OPIUM, NEFOPAM) chez le médecin généraliste.

Ce questionnaire a pour objectif de décrire la pratique d'autoprescription d'antalgiques de palier II chez le médecin généraliste dans les régions Rhône-Alpes, PACA, Languedoc, et Haute-Normandie.

Le temps de remplissage vérifié est de 2 à 5 minutes. Il comporte 26 questions.

Ces données resteront strictement confidentielles et anonymes.

Je vous remercie par avance de votre participation dont dépend ce travail.

Questionnaire :

« **Quel est votre :**

1. **SEXE** : Homme / Femme
2. **AGE** : années

3. **EXERCICE** : Urbain (plus de 2000 habitants) / Semi-rural et Semi-rural (entre 2000 et 10000) / Rural (moins de 2000 habitants)

4. **REGION** : Rhône-Alpes/ Haute-Normandie/ Languedoc/ PACA.

5. **EXERCICE** : Libéral en cabinet de groupe / individuel / Salarié / Remplaçant

6. **Quel est votre temps de travail hebdomadaire ?** (en heure) ... heures

7. **SITUATION**

- Célibataire : OUI/NON
- Satisfait de votre travail : OUI/NON
- Difficultés financières / litige en cours : OUI/NON
- Déclarez-vous un médecin traitant autre que vous-même: OUI/NON

8. **COMORBIDITES** :

- Douleurs chroniques : OUI/NON
- Autres Pathologies Organiques chroniques: OUI/NON
- Pathologie psychiatrique (dépression / anxiété / autres ...) : OUI/NON

Si OUI à une ou plusieurs des questions liées à quelle(s) pathologie(s) : ...

9. **CONSOMMATION** :

- Alcool (plus de 3/verres/j/homme, plus de 2 verres/j/femme) : OUI/NON
- Tabac (actif ou ancien) OUI/NON
- Antécédents familiaux de consommation d'alcool, de drogues : OUI/NON
- Autres drogues (précisez) : ...

10. **AUTOMEDICATION**

- AINS, Antalgiques palier I : Souvent/Parfois/jamais
- Antidépresseur, Anxiolytique, Hypnotique, Psychotrope : Souvent/Parfois/jamais
- Antitussif : Souvent/Parfois/jamais
- Autres (Précisez) : ...

L'autoprescription chez les médecins est définie de la manière suivante: "toute prise de médicaments quelle qu'en soit l'origine, hormis la prescription par un confrère".

11. **Vous êtes-vous déjà autoprescrit / automédiqué au moins une fois des antalgiques de palier II ?** (CODEINE, DIHYDROCODEINE, TRAMADOL, POUDRE D'OPIUM, NEFOPAM) OUI/NON

Si NON, allez directement aux questions No 23 à 26.

Si OUI continuez (hormis 23).

12. **Pour quelle(s) pathologie(s) et/ou quelles raison(s) vous êtes-vous autoprescrit des antalgiques de palier II ?**

Précisez : ...

13. **MODALITÉS** : Moins d'1 fois par an / 1 à 2 fois par an / 2 à 6 fois par an / Plus de 6 fois par an

14. MODALITÉS : Prise(s) sur une seule journée / Moins de 7 jours consécutifs / 7 jours consécutifs ou plus

15. POSOLOGIE : Sous dosage / Normal / Surdosage

16. Efficacité sur la douleur : OUI/NON

17. Effets secondaires : OUI/NON
Si OUI précisez : ...

18. Quelle(s) molécule(s) utilisez-vous?
Précisez : ...

19. Pensez-vous que cette autoprescription :

- **Soit à risque d'induire une dépendance ?** OUI/NON
- **Soit à risque d'induire un retard diagnostic ?** OUI/NON
- **Puisse retentir sur votre santé ?** OUI/NON
- **Puisse retentir sur votre vie sociale ?** OUI/NON
- **Puisse retentir sur votre vie professionnelle ?** OUI/NON
- **Vous rende moins vigilant au volant de votre véhicule ?** OUI/NON

20. Vous êtes-vous déjà senti dépendant à la molécule ? OUI/NON

Définition de l'adjectif objectif : qui ne fait pas intervenir d'éléments affectifs, de facteurs personnels dans ses jugements.

21. Pensez-vous vous autoprescrire des antalgiques de palier II de façon objective ?
OUI/NON

22. Vous prescrivez-vous des antalgiques de palier II de la même manière qu'au patient ?
OUI/NON

Si NON pourquoi : ...

23. Prescririez-vous des antalgiques de palier II de la même manière au patient qu'à vous –même ?

Si NON pourquoi : ...

24. Seriez-vous favorable à un encadrement (avis médecin tierce) de l'autoprescription des médecins concernant les antalgiques de palier II?
OUI/NON

25. Pensez-vous prescrire des antalgiques de palier II de la même manière à votre entourage et à votre famille qu'au patient ?
OUI/NON

Si NON pourquoi :

26. Commentaire Libre : ...

Merci de votre participation. »

Annexe IV : méthode de bibliographie

La recherche bibliographique a été effectuée par voie informatique, via différents moteurs de recherche : PUBMED, SUDDOC, SCIENCE DIRECT. Plusieurs sites internet ont également été utilisés : AFFSAPS, HAS, CISMEF, MEDLINE PLUS.

Les mots clés suivants ont été recherchés dans les bibliothèques informatiques, et sur les différents moteurs de recherche francophone et anglophone :

« sa santé », « automédication », « autoprescription », « antalgiques de palier II », « antalgique opiacé faible », « opioïdes », « médecin généraliste », « risque professionnel », « addiction », « mésusage », « self medication », « self prescription », « general practionners », « physicians », « personal health », « self-care », « heal », « opioid related disorders », « addiction », « misuse » indépendamment puis en association, selon la terminologie MESH.

Annexe V : déclaration CNIL

CNIL
8 rue de Vivienne - 75003 PARIS cedex 02
T. 01 53 73 22 22 - F. 01 53 73 22 00
www.cnil.fr

RÉCÉPISSÉ

Monsieur LEGRIS Romain
16 RUE LAVOISIER,
38100 GRENOBLE

DÉCLARATION NORMALE

Numéro de déclaration
1732718 v 1
du 03-03-2014

A LIRE IMPERATIVEMENT
La délivrance de ce récépissé atteste que vous avez effectué une déclaration de votre traitement à la CNIL et que votre dossier est formellement complet. Vous pouvez mettre en œuvre votre traitement. Cependant, la CNIL peut à tout moment vérifier, par courrier ou par la voie d'un contrôle sur place, que ce traitement respecte l'ensemble des dispositions de la loi du 6 janvier 1978 modifiée en 2004. En tout état de cause, vous êtes tenu de respecter les obligations prévues par la loi et notamment :

- 1) La définition et le respect de la finalité du traitement.
- 2) La pertinence des données traitées.
- 3) La conservation pendant une durée limitée des données.
- 4) La sécurité et la confidentialité des données.
- 5) Le respect des droits des intéressés : information sur leur droit d'accès, de rectification et d'opposition.

Organisme déclarant

Nom : Monsieur LEGRIS Romain	N° SIREN ou SIRET :
Service :	Code NAF ou APE :
Adresse : 16 RUE LAVOISIER,	Tél. : 0638730366
Code postal : 38100	Fax. :
Ville : GRENOBLE	

Traitement déclaré

Finalité : ETUDE DE L'AUTOPRESCRIPTION D'ANTALGIQUES DE PALIER II CHEZ LE MEDECIN GENERALISTE.

Fait à Paris, le 3 mars 2014
Par délégation de la commission


Isabelle FALQUE PIERROTIN
Présidente

Annexe VI : taux de réponse et suivi du questionnaire

Précisions :

Le nombre total de réponses était de 513 réponses, dont 511 réponses sur le serveur Survey Monkey (1 de PACA), et 2 hors Survey Monkey sur le support informatique personnel de la région PACA.

Au total 15 résultats ont été exclus de l'analyse : 3 questionnaires de PACA (dont 2 ininterprétables), 1 pour résultat ininterprétable, et 11 pour questionnaire incomplet (3 arrêt dès Q8, 2 arrêt à Q12 pour ceux ayant répondu OUI à Q11, et 6 arrêt à Q23 pour ceux ayant répondu NON à Q11).

Il y a eu 8 questionnaires à réponse incomplète sur une seule question (6 à Q10, 2 à Q17), qui ont été gardés dans l'analyse, ainsi que 5 arrêts complets du questionnaire dans le groupe A (3 à Q19 et 2 à Q24) également gardés dans l'analyse.

Annexe VII : Tableau II (résultats Q22, Q23, Q24 et Q25)

Questions	Total N (%)	Groupe A	Groupe B	<i>P</i>
Q22 : OUI NON		147 (73,2) 51 (26,8)		
Q23 : OUI NON			200 (67,3) 97 (32,7)	
Q24 : OUI NON	108 (3,6) 385 (96,4)	37 (18,4) 159 (81,6)	71 (23,9) 226 (76,1)	0.187
Q25 : OUI NON	401 (81,3) 92 (18,7)	164 (81,6) 32 (18,4)	237 (80) 60 (20)	0.280

Annexe VIII : Q22 si NON pourquoi ?

- Plutôt moins qu'au patient :

Autoévaluation plus facile/précoce/permanente/durée contrôlée.
Sous-dosage, le soir afin d'éviter les effets secondaires.
Peur de dépendance.
Manque d'objectivité, consulte confrère si nécessaire. .
Dernier recours, que si nécessaire (pathologie aigue exceptionnelle...).
Car pathologie contre-indiquée.
Car effets secondaires (constipation, surdosage).

- Plutôt plus qu'au patient :

Plus rapidement
Surdosage
But psychotrope

Commentaires détaillés :

« Je pense en utiliser moins pour moi car je ressens ma douleur et sais donc exactement de quel niveau d'antalgie j'ai besoin alors que pour mes patients, j'ai plutôt tendance à voir plus large »

« Ras »

« plus modérément et a plus petites doses. (Genre: 1 l'exprim le soir 2 soirs par semaine) »

« seulement si vraiment nécessaire »

« Le dantalvic est retiré du marché »

« prise unique non continue »

« Syndrome du cordonnier »

« J'attends souvent de voir si ça ne passe pas tout seul »

« Je m'en prescris moins car j'ai une insuffisance rénale »

« Je n'envisage pas de prescription autre qu'au coup par coup, ayant une évaluation permanente »

« Je prescris plus facilement au patient qui va pouvoir bénéficier d'un arrêt de travail si nécessaire »

« Je ne suis pas très observant »

« Cette prescription est exceptionnelle. Ma dernière auto-prescription de palier II remonte à plus de 5 ans et la constipation occasionnée (pourtant modérée) me gêne tellement que lors de mes dernières sciatiques je n'ai pris que de l'ibuprofène. »

« Il m'est arrivé d'avoir besoin de palier 2, très exceptionnellement, de manière ponctuelle lors d'épisodes de douleur aiguë résistante aux pallier 1. Dans ma pratique je les prescris plus souvent pour des douleurs chroniques. »

« Dosage plus élevé pour le patient. J'ai utilisé le klippal 300 »

« Je ne sais pas difficile d'être objectif »

« dosage inadéquat, soit trop soit trop peu. associations parfois inutiles »

« Moins souvent »

« plutôt moins qu'aux patients »

« Je contrôle plus facilement la durée, de façon que je limite au strict nécessaire »

« respect des consignes de l'HAS »

« Plus rapidement »

« Je retarde pour moi-même le recours aux antalgiques de palier 2 »

« Dépassement de posologie »

« une seule prise le soir pour éviter la somnolence diurne »

« prises moins fréquentes du fait de la peur de la dépendance »

« une prise nocturne exclusive, selon besoin, pas de durée »

« plutôt moins, recours d'abord au pallier 1, et passage au pallier deux après 24-48 heures »

« Pas de problème de santé récurrent nécessitant la prise d'antalgiques de palier 2 »

« Cette question pertinente me paraît pourtant inutile. Le caractère d'auto-prescription rend la comparaison avec la prescription pour un tiers difficile et inopérante : malgré toute l'empathie du soignant, l'accès à la subjectivité du soigné quand il est autre ne peut être comparé à l'accès que j'ai de ma propre subjectivité. De plus la démarche clinique et thérapeutique que je vais mettre en place pour m'apporter "des soins" me semble bien éloignée (malgré tout le professionnalisme, et toute l'objectivité qu'il me serait possible de mettre en place) de la même démarche dévolue à un soigné (autre que moi-même). Cette réponse vous paraît sans doute un peu confuse et alambiquée. Il serait à mon avis très intéressant de réfléchir aux mécanismes ontologiques faisant obstacle à la possibilité de rendre superposable une auto-prescription et la prescription pour une tierce personne. »

« Je privilégie la codéine chez mes patients, selon les recommandations de Prescrire. »

« j en prend moins »
 « prescription uniquement en fonction du "stock" disponible dans mon placard (1 boîte de doliprane 1 boîte d'aspirine 1 boîte de paracétamol codéiné) »
 « J'en prends nettement moins ! De toute façon je suis plutôt en bonne santé jusqu'à présent, je me traite que ponctuellement pour des maux bénins, quand le paracétamol ou l'ibuprofène seuls ne sont pas suffisants, et pour une durée courte (1 jour ou deux grand maximum). »
 « suite à ce surdosage je fais plus attention ... »
 « prescription juste sur une journée, si la prescription dure +, je consulte un confrère car je considère manquer de recul »
 « Je n'en prends pas »
 « effets secondaires »
 « Je m'en prescris moins +++ et préfère utiliser AINS »
 « Prise très ponctuelle et en une fois »
 « Co morbidités fonction rénale »
 « + a la demande que systématique »
 « Sous dosage et prise régulière parce que je suis un très mauvais médecin pour moi-même »
 « Je prends ponctuellement 1 cp et je ne ferais pas confiance au patient pour agir de même »
 « moins fréquemment j'ai plutôt tendance à ne rien prendre »
 « je n'en ai quasiment jamais besoin »
 « dose minimale efficace recherchée »
 « je me "sous dose" toujours par peur de la dépendance...étant donné que la prescription est un acte facile pour nous, pouvant devenir banal en autoprescription, donc je me force à consulter si besoin. Mes autoprescriptions sont des prescriptions d'urgences"/dépannage, quand je suis tellement fébrile que je n'arrive pas à sortir du lit ou que je ne peux pas me déplacer chez mon généraliste. »
 « But psychotrope »
 « parce que je suis médecin »

Annexe IX : Q23 si NON Pourquoi ?

- Plutôt moins qu'au patient :

Réticence ++
Seuil personnel de douleur élevé
Dernier recours : « plus patient que mes patients »
Autoévaluation plus facile
Peur effets secondaires sur moi-même
Avis médecin tierce (biais appréciation personnel)
Approche socioculturelle différente (choix personnel différent de celui des patients)
Plus attentif au patient, à sa douleur et à son vécu.

- Plutôt plus aux patients :

« Preuve » que la souffrance a été entendue
Demande pressante des patients ++
Plus attentif au patient, à sa douleur et à son vécu.

▪ Différent car :

Approche socioculturelle différente (choix personnel différent de celui des patients)
Selon les aspects socioculturels des patients
Moins peur d'effets secondaires sur soi-même
Pas eu l'usage

Commentaires détaillés :

- « je supporte ma douleur jusque là »
- « je n'en ai pas eu l'usage, et, je suis allergique aux AINS »
- « je n'aime pas les médicaments!!! »
- « Réticence à la consommation d'antalgiques forts par crainte de somnolence et impossibilité à rester "fonctionnelle" au travail, je prescris plus facilement à mes patients qu'à moi-même, selon les symptômes décrits et inefficacité du palier I »
- « Je ne prends pas d'antalgiques de palier 2 et je prescris des antalgiques de palier 2, en 2^e intention, à mes patients »
- « non dans la mesure où je ne m'en prescris pas »
- « je prescrirais beaucoup plus facilement un antalgique de palier II à un patient qu'à moi-même »
- « je ne me prescris pas de palier 2... en revanche je ne supporte pas le tramadol et est tendance à le prescrire peu et en restant méfiante »
- « parce que je n'en ai jamais eu besoin ! Pourvu que ça dure ! »
- « j'évalue mieux ma douleur car je la ressens et je peux adapter au jour le jour ce qui n'est pas le cas avec le patient »
- « niveau personnel : essai de gestion de la douleur par tout autre moyen que médicamenteux si possible : phytothérapie, méditation, relaxation, traitement étiologique : homéopathie, phytothérapie. réponse adaptée au besoin des patients et à leur démarche thérapeutique »
- « plus facilement, je n'en prends jamais, par expérience post op inefficace sur moi »
- « Le tramadol est souvent mal supporté »
- « En France, la prescription de médicaments par le médecin est considérée comme une preuve que la souffrance à été entendue. »
- « parce qu'eux en ont besoin ! »
- « Crainte des effets secondaires »
- « je demanderai avis extérieur »
- « Je pense avoir une prescription plus facile chez le patient »
- « Je n'ai pas l'indication »
- « je ne me prescris pas de palier 2. »
- « crainte des effets secondaires »
- « Etant donné que je ne m'en prescris pas ... »
- « encadrement de la prescription des paliers 2 (plus ou moins respectée par les patients qui en ont déjà dans leur pharmacie...) »
- « car si j'ai besoin d'un palier 2 cela nécessite une consultation médicale (examen etc.) avec mon médecin traitant »
- « biais d'appréciation de l'indication, de la juste dose ... »
- « je ne prends jamais d'antalgique de niveau 2 par contre indication médicale personnelle et parce que j'ai la chance de ne pas en ressentir la nécessité, en revanche j'en prescris à mes patients en deuxième intention »
- « Je prescris peut être plus facilement au patient qu'à moi même en fonction de leur relation à la douleur et à l'expression d'une demande de médicament, bien que je pense être très parcimonieuse dans l'ordonnance de ses traitements. »
- « pas nécessaire »

« en essayant de s'assurer du réel besoin du palier II et en commençant par un palier I »

« Je ne m'en suis jamais prescrit »

« plutôt moins : je préfère assumer ma douleur, mais ce que je n'imposerais pas aux patients

« peur des effets indésirables digestifs, consciente de la nécessité d'un avis médical autre que le mien »

« je n'ai pas de douleur »

« Je prendrais un avis pour moi »

« Pas de nécessité »

« je ne me prescris pas de palier II alors que j'en prescris souvent à mes patients »

« plus de réticences pour moi, je préfère endurer la douleur, attendre "que ça passe", méfiante à l'égard des effets indésirables »

« j'attendrai la dernière limite »

« N'en ai pas le besoin, prends très peu de médicaments, surtout en automédication »

« Mes patients ont des douleurs qui nécessitent parfois un palier II, ce qui n'est pas mon cas
Je n'en prends jamais ! les patients ne seraient pas contents qu'avec du doliprane »

« effet antalgique souhaité »

« Je ne m'auto-prescris pas ces médicaments »

« je n'en ai pas besoin »

« Si un palier 2 est nécessaire cela implique une pathologie suffisamment importante pour justifier le recours à un tiers »

« Je prescris plus facilement aux patients qu'à moi-même »

« Je ne me prescris pas d'antalgique »

« peu de douleurs »

« Je ne m'en suis jamais prescrit »

« Je ne le fais pas pour moi mais le fait très couramment pour mes patients »

« Peur effet indésirable personnel! »

« Je prescris plus facilement au patient qu'à moi! »

« suis beaucoup plus patient que mes patients »

« Pas apte à juger lorsqu'il s'agit de soi »

« je ne consomme aucun traitement sauf effergal si besoin »

« pas de douleur = pas d'antalgique pour moi-même »

« Je ne les supporte pas très bien ! suis complètement shootée avec ces traitements et du coup, peux pas travailler ou faire quoi que soit d'autres. donc je n'en a fait l'expérience qu'en étant en arrêt maladie (fausses couches) donc j'en prescris aux autres mais pas à moi ! »

« je n'ai jamais eu l'occasion de me prescrire des antalgiques paliers 2 »

« Je ne pense pas mais je n'ai jamais eu l'occasion de le faire. »

« J'attends beaucoup plus longtemps pour me traiter que je ne le fais pour les patients »

« Je ne me suis jamais prescrit antalgiques 2 »

« Je ne me suis jamais prescrit d'antalgique de palier II »

« Pas la même perception si c'est pour moi. »

« parce que je ne m'en prescris pas à moi... question difficile à répondre »

« tolérance médiocre »

« Dangerosité »

« pas de nécessité »

« A la différence près, que je n'ai pas jamais eue de douleurs nécessitant un palier 2 »

« je prescris + facilement pour les patients »

« Pas d'auto prescription »

« Je n'en ai, heureusement, pas eu besoin à ce jour pour moi-même »

« j'en prescris plus facilement pour mes patients »

« Je n'ai jamais eu besoin de antalgiques de palier 2 »

« j'en prescris aux patients et pas à moi !!! »

« Je préfère l'homéopathie »
 « pas de besoin »
 « Car je connais bien les effets secondaires »
 « moins peur des effets secondaires sur moi-même »
 « Je n'ai pas été en situation d'avoir besoin d'antalgiques de palier 2 »
 « ça passera avec AINS ou paracétamol, et si ça passe pas faudra que je consulte pour l'instant c'est ce que je me dis n'ayant pas vécu de douleur nécessitant un antalgique de palier II »
 « Je pense faire plus attention à la douleur de mon patient et à son vécu »
 « Je suis très peu prescripteur pour moi même. Les patients ont une demande et une souffrance et nous consulte pour cela. Moi je me gère »
 « Car je n'ai pas de douleur et ne consomme pas d'antalgique de niveau 2 »
 « Je ne les supporte pas bien »
 « demande forte des patients pour une prise en charge rapidement efficace »
 « plus facilement à un patient ... »
 « aucune auto prescription dans ce domaine »
 « J'ai l'impression de me prescrire moins de médicaments qu'à mes patients. Probablement parce que j'ai plus peur de leur effets secondaires pour moi que pour mes patients (je les vis). »
 « Ils sont demandeurs et ne supportent aucune douleur »
 « les patients réclament souvent des antalgiques de paliers 2 pour des douleurs pour lesquelles je prendrais personnellement 1 palier 1 »
 « Je ne me prescris pas d'antalgiques de palier II »
 « Je me les prescrirais moins facilement pour moi-même, je pense (je n'en ai jamais eu besoin) »
 « heureusement pas eu besoin de recourir a des antalgiques paliers 2 pour moi »
 « Je suis très méfiante sur le risque de sédation et de dépendance, ce d'autant que je pourrai en obtenir facilement sans ordonnance. »
 « prescription plus facile pour le patient réticence à l'auto médication. »
 « je suis plus réticent pour moi-même »
 « Pas anodin »

Annexe X : Q25 si NON Pourquoi ?

- Plutôt moins qu'au patient :

Rare / exceptionnel.
Réticence à soigner sa famille ++
Pas de soins familiaux (manque objectivité, trop affectif, trop subjectif)
Favoriser palier I et autres thérapeutiques/soins.
Méfiance des effets secondaires/accoutumance.
Surveillance plus facile, donc moins de prescription.
Comme à soi-même (autoévaluation/autogestion...).

Commentaires détaillés :

« pas de douleur insupportable jusque là »
 « je ne prescris jamais un quelconque médicament (sauf paracétamol et encore) à ma famille par ailleurs j'ai un rhumatologue de référence qui a participé et confirmé le diagnostic de PPR (après 3 avis rhumatologiques qui m'ont pris pour un hypochondriaque). Mais patient observant et peu

pénible, je n'appelle pas mon rhumatologue pour une prescription de tramadol »

« je ne prescris pas à ma famille (sauf urgence éventuelle, mais la situation de prescription de palier 2 ne s'est jamais produite) »

« je n'ai pas eu l'occasion »

« je ne prescris pas pour ma famille »

« parce que je ne soigne pas ma famille »

« autre démarche que médicamenteuse strict »

« je suis plus méfiant pour les miens »

« Bien mieux encadrer les prises médicamenteuses »

« j'ai plus de temps pour les évaluer tout au long de la journée, et gérer les pics douloureux »

« Pour la raison invoquée précédemment. »

« crainte des effets secondaires, et accoutumance »

« pour les mêmes raisons que la question précédente je n'en ai pris qu'une seule fois dans ma vie »

« Importance de la subjectivité et de l'affectif. J'évite de m'occuper des miens »

« le cas ne s'est jamais présenté, mais l'émotion autour de la douleur d'un proche peut rendre la main plus lourde ou trop la retenir lors de la prescription »

« trop de subjectivité »

« je ne prescris pas à ma famille »

« je ne prescris pas à mon entourage »

« surveillance plus facile milieu familial, donc moins de prescription »

« questionnaire biaisé de la question 2 à 24. Les questions sont créées de toute évidence pour que les réponses cadrent avec vos conclusions. Décevant, de fait mes réponses sont elles aléatoires. »

« prescription de palier 2 uniquement si nécessaire, au patient, comme à sa famille ou à soi-même »

« je peux surveiller la douleur »

« L'objectivité et la relation médecin-malade ne sont pas les mêmes. Je "refuse" de soigner ma famille »

« encore moins qu'aux patients! »

« je n'en prescris pas à la famille »

« Je n'ai jamais prescrit à la famille »

« ma prescription est alors très cadrée selon les recommandations »

« Moins souvent »

« pas assez de recul nécessaire envers mon entourage j'évite de leur prescrire quoi que ce soit par peur d'être responsable d'une surconsommation de leur part »

« pas d'objectivité sur famille ou entourage, d'une manière générale, éviter de soigner son entourage »

« Sauf exception, je ne prescris jamais pour mon entourage et ma famille »

« «je ne prescris jamais pour ma famille ou mon entourage »

« parce que je ne leur en prescris pas : soit ils n'en ont pas besoin, soit ils ont leur propre médecin traitant qui gère ! »

« Je ne suis pas le médecin traitant de mon entourage »

« je ne soigne pas la famille »

« je n'ai encore jamais été amené à le faire, en dehors de mes enfants (et pour des pathologies bénignes) je ne traite pas mes proches »

« Je ne prescris pas d'antalgiques à ma famille »

« il n'est pas souhaitable de soigner sa famille »

« Je ne prescris pas ces traitements à mon entourage (ils passent par leur médecin) »

« je pense être plus restrictive avec ma famille... »

« je prescris plus facilement à mes patients qu'à mon entourage à qui je recommande très peu de chose »

« Je prescris plus tardivement à mes proches »

« Subjectivité »

« + facile de faire attendre et de prescrire en "urgence" si besoin »

« je ne prescris pas à mon entourage... »

« Je peux surveiller de plus près »

« le moins possible a mon entourage »

« je ne soigne pas ma famille »

« plus réticente »

« je n'ai jamais eu l'occasion de la faire »

« Plus de réticence à prescrire des paliers II à sa famille »

« je refuse de suivre ma propre famille... manque de recul et d'objectivité ils ont du mal à comprendre mais tant pis ! »

« Pour des raisons probablement un peu différentes mais superposables à la réflexion se rapportant à la différence entre l'auto-prescription et la prescription à une tierce personne. Même s'il ne s'agit pas de mon "être propre", ma famille ou mon entourage font partis en quelque sorte de "moi-même"... »

« je ne suis pas prescripteur pour ma famille »

« Je prescris exceptionnellement à la famille et à l'entourage. »

« On ne prescrit pas de la même façon pour soit ou pour ses proches de la même façon que pour les patients, ce pourquoi je refuse de suivre des proches (l'évaluation de la douleur et du traitement n'est pas faite correctement je pense) »

« Je les convaincs que les paliers 1 sont bien suffisants dans les pathologies courantes »

« Je ne prescris pas à ma famille, par principe »

« Dangersité »

« je ne prescris jamais pour ma famille ou ami(e)s »

« je leur en prescris moins, la demande n'est pas la même »

« aucune prescription de quoi que soit à mon entourage. »

« plutôt moins à ma famille »

« je ne prescris pas à mon entourage ! »

« je ne l'encourage pas »

« je ne soigne pas ma famille sauf urgence »

« Pas de prescription pour la famille »

« Je ne prescris pas pour mon entourage. Seulement pour mon mari et mes enfants, pour bobologie... »

« je préfère que ma famille soit suivie par un autre médecin et lui laisser le soin de prescrire des paliers II »

« je refuse de soigner ma famille... »

« je ne le fais pas sauf urgence ou WE »

« Aucune prescription familiale »

« pas vraiment besoin d'en prescrire »

« je ne prescris pas à mon entourage »

« je prends plus le temps avec les patients, je pousse plus loin l'interrogatoire. J'essaie de ne pas soigner ma famille »

« je n'en prescris pas à ma famille, ou alors considérés comme des patients »

« Car cela est bien connu, et véridique, qu'il est difficile de soigner sa famille, et que la prescription n'est pas faite de manière aussi spontanée »

« pas la même pression, pas le même niveau de compréhension parfois »

« J'évite de prescrire à ma famille et mon entourage surtout ce type de médicaments qui nécessitent un avis médical extérieur (objectif) à mon avis »

« avec beaucoup plus de circonspection »

« Ils comprennent mieux les indications »

« Sans objet, pas de prescription familiale »

« Je ne soigne ni ma famille, ni mon entourage »

« je ne soigne pas mon entourage »

« je ne prescris pas à ma famille des paliers 2, si je pense qu'il y a une indication je demande l'avis d'un confrère »

« Manque d'objectivité »

« ma famille proche n'a pas besoin d'antalgiques palier II, les autres se débrouillent avec leur médecin. »

« pas de problème de santé actuel dans l'entourage familial..... »

« peut être un peu plus méfiant pour mon entourage »

« Crainte des effets secondaires »

« je refuse de prescrire à mes proches, je ne veux pas devenir leur soignant de référence. Comme pour moi, j'accepterais, en "urgence" (d'après mes critères CAD pas possibilité d'accès à un confrère et douleur résistante au palier 1) de dépanner d'un antalgique de palier 2 (1boite) en attendant l'avis du confrère. Mais la situation ne s'est jamais produite jusqu'ici. »

Annexe XI : Tableaux III (analyses croisées).

Seuls les résultats significatifs décrits dans l'étude sont notés dans les tableaux.

Caractéristiques sociodémographiques	OUI Q22 N, %	NON Q22 N, %	<i>P</i>
Total	147 (74,2)	51 (25,8)	
Consommation de Tabac			0.094
OUI	33 (22,5)	18 (35,3)	
NON	114 (77,5)	33 (64,7)	
Q20 :			0.074
OUI	3 (2)	4 (7,8)	
NON	144 (88)	47 (92,2)	
Q21 :			0.026
OUI	131 (89,1)	39 (76,5)	
NON	16 (10,9)	12 (23,5)	
Q25 :			0.000
OUI	133 (91,1)	31 (62)	
NON	13 (8,9)	19 (38)	

Caractéristiques sociodémographiques	OUI Q23 N, %	NON Q23 N, %	<i>P</i>
Total	201 (67,5)	97 (32,5)	
<u>Sexe</u> :			0.008
Homme	107 (53,5)	36 (37)	
Femme	93 (46,5)	61 (63)	
<u>Situation</u> : Célibataire			0.003
OUI	14 (7)	18 (18,5)	
NON	186 (93)	79 (91,5)	
Atcds familiaux drogues.			0.067
OUI	16 (8)	15 (15,5)	
NON	184 (92)	82 (84,5)	
Q24 :			0.002
OUI	37 (18,5)	34 (35)	
NON	163 (81,5)	63 (65)	
Q25 :			0.000
OUI	183 (91,5)	54 (55,7)	
NON	17 (8,5)	43 (44,3)	

Caractéristiques sociodémographiques	OUI Q24 Encadrement N, %	NON Q24 Encadrement N, %	<i>P</i>
Total	108 (21,9)	385 (78,1)	
<u>Sexe :</u> Homme Femme	35 (35,7) 73 (64,3)	233 (60,5) 152 (39,5)	0.000
<u>Exercice :</u> Libéral cabinet de groupe Libéral cabinet individuel Salarié Remplaçant	84 (77,8) 22 (20,4) 0 (0) 2 (1,9)	257 (66,8) 120 (31,2) 5 (1,2) 3 (0,8)	0.064
Q22 + Q23 OUI NON	64 (58) 44 (42)	282 (73) 103 (27)	0.005
Q24 : OUI NON	77 (71) 31 (29)	324 (84) 61 (16)	0.002

Caractéristiques sociodémographiques	OUI Douleurs chroniques N, %	NON Douleurs chroniques N, %	<i>P</i>
Total	118 (23,7)	380 (76,3)	
<u>Age :</u> Moins de 45 ans 45 à 55 ans Plus de 55 ans	28 (23,7) 33 (28) 57 (48,3)	157 (41,3) 105 (27,6) 118 (31)	0.001
<u>Situation :</u> Difficultés financières OUI NON	18 (15,2) 100 (84,8)	27 (7,1) 353 (92,9)	0.007
<u>Comorbidité :</u> Autres pathologies organiques chroniques OUI NON Patho. psychiatriques OUI NON	38 (32,2) 80 (67,8) 17 (14,4) 101 (85,6)	63 (16,6) 317 (83,4) 31 (8,2) 349 (91,8)	0.000 0.045
<u>Consommation :</u> Alcool : OUI NON Tabac : OUI NON	8 (6,8) 110 (93,2) 42 (35,6) 76 (64,4)	12 (3,2) 368 (96,8) 72 (18,9) 308 (81)	0.080 0.000
<u>AINS, Antal. palier I:</u> Souvent Parfois Jamais	57 (48,3) 58 (49,2) 3 (2,5)	48 (12,3) 293 (77,1) 39 (10,3)	0.000
<u>Antidépresseur... :</u> Souvent	8 (6,8)	13 (3,4)	0.002

Parfois	29 (24,8)	50 (13,2)	
Jamais	80 (68,4)	316 (83,4)	
<u>Antitussif :</u>			
Souvent	3 (2,6)	1 (0,3)	0.048
Parfois	30 (25,9)	94 (24,8)	
Jamais	83 (71,5)	283 (74,9)	

Caractéristiques sociodémographiques	OUI Q17 Effets secondaires N, %	NON Q17 Effets secondaires N, %	<i>P</i>
Total	65 (32,7)	134 (67,3)	
<u>Exercice :</u>			
Urbain	25 (38,5)	67 (50)	0.048
Semi-rural/semi-urbain	33 (50,8)	44 (32,8)	
Rural	7 (10,8)	23 (17,2)	
<u>AINS, Antal. palier I:</u>			
Souvent	26 (40)	38 (28,4)	0.057
Parfois	39 (60)	89 (66,4)	
Jamais	0 (0)	7 (5,2)	
Q12 : Traumatologique	12 (18,5)	12 (8,9)	0.065
Tramadol : OUI	34 (52,3)	52 (38,8)	0.093
NON	31 (47,7)	82 (61,2)	
<u>Q19 : Retentissement sur :</u>			
La santé OUI	19 (30,6)	12 (8,9)	0.000
NON	43 (69,4)	122 (91)	
La vie sociale OUI	9 (14,5)	3 (2,2)	0.002
NON	53 (85,5)	131 (97,8)	
La vie professionnelle : OUI	14 (22,6)	8 (6)	0.001
NON	48 (77,4)	126 (94)	
Perte de vigilance au volant OUI	36 (5,8)	42 (31,3)	0.001
NON	26 (94,2)	92 (68,7)	

Caractéristiques sociodémographiques	OUI Q20 Sensation de dépendance N, %	NON Q20 Sensation de dépendance N, %	<i>P</i>
Total	7 (3,5)	191 (96,5)	
<u>Comorbidité :</u>			
Douleurs chroniques OUI	6 (85,7)	68 (35,6)	0.012
NON	1 (14,3)	123 (64,4)	
Patho. psychiatriques OUI	4 (57,1)	21 (11)	0.005
NON	3 (43,9)	170 (89)	
<u>Consommation :</u>			
Tabac OUI	4 (57,1)	47 (24,6)	0.074
NON	3 (42,9)	144 (75,4)	

<u>Antidépresseur...</u> :			
Souvent	2 (28,6)	10 (5,2)	0.011
Parfois	3 (42,8)	39 (20,4)	
Jamais	2 (28,6)	142 (74,4)	
<u>Modalités :</u>			
Prise sur une seule journée	2 (28,5)	96 (50,3)	0.001
Moins de 7 j consécutifs	1 (14,3)	83 (43,5)	
7 jours consécutifs ou plus	4 (5,7)	12 (6,2)	
Q19 : Risque dépendance			
OUI	5 (71,4)	13 (6,8)	0.000
NON	2 (28,6)	178 (93,2)	
<u>Q19 : Retentissement sur :</u>			
La santé OUI	4 (57,1)	28 (14,7)	0.014
NON	3 (42,9)	163 (83,3)	
La vie sociale			
OUI	3 (42,9)	9 (47,1)	0.005
NON	4 (57,1)	182 (52,9)	
La vie professionnelle			
OUI	3 (42,9)	19 (9,9)	0.031
NON	4 (57,1)	172 (90,1)	

Caractéristiques sociodémographiques	OUI Risque d'induire une dépendance N, %	NON Risque d'induire une dépendance N, %	<i>P</i>
Total	18 (9,1)	180 (90,9)	
<u>Sexe :</u>			
Homme	16 (89)	110 (61)	0.020
Femme	2 (11)	70 (39)	
<u>Comorbidité :</u>			
Pathologies psychiatriques			
OUI	5 (28)	20 (11)	0.058
NON	13 (72)	160 (89)	
<u>Modalités :</u>			
Moins d'1 fois par an	5 (27,8)	100 (55,5)	0.002
1 à 2 fois par an	2 (11,1)	37 (20,5)	
2 à 6 fois par an	4 (22,2)	28 (15,5)	
Plus de 6 fois par an	7 (38,9)	15 (8,5)	
<u>Modalités :</u>			
Prise sur une seule journée	5 (27,8)	93 (52)	0.000
Moins de 7 j consécutifs	5 (27,8)	78 (43,5)	
7 jours consécutifs ou plus	8 (44,4)	8 (4,5)	
Q19 : <u>Retentissement sur :</u>			
La santé OUI	9 (50)	23 (12,8)	0.000
NON	9 (50)	157 (87,2)	
La vie sociale			
OUI	6 (33,3)	6 (3,3)	0.000
NON	12 (66,7)	174 (96,7)	
La vie professionnelle			
OUI	7 (38,9)	15 (8,3)	0.001
NON	11 (61,1)	165 (91,7)	

Annexe XII : commentaires libres Q26.

« respect des règles de prescriptions valable pour tous »

« Aucun »

« Dommage de ne pas avoir fait du qualitatif »

« j'ai essayé une seule fois, je n'ai plus recommencé ! »

« Je suis surpris par le sujet de votre thèse. Les médecins consomment-ils des antalgiques de niveau II en quantité? Je vous demande de me communiquer les résultats de cette enquête par mail. Bon courage. »

« Aucun »

« Les cordonniers sont toujours mal chaussés !!!! Le prestidigitateur croit-il à la magie ??? Si d'aventure, votre travail débouchait sur d'autres conclusions que celles suggérées ci dessus je serais intéressé d'en avoir connaissance En effet je prends du temps, depuis des lustres, pour répondre aux questionnaires de mes futurs confrères mais n'en ai jamais eu le moindre retour (une conclusion de thèse par email à tous les "répondeurs " ne demanderait pas un gros travail mais peut être ... favoriserait elle le sérieux et le nombre de répondeurs ? Bon courage bonne thèse bonne vie professionnelle et addictive »

« Essai 1 fois du tramadol jamais renouvelé »

« Tout dépend de l'importance de la douleur et de sa résistance aux prescriptions de 1° intention utilisation exceptionnelle pour douleur exceptionnelle »

« J'utilise toujours les antalgiques de palier 2 après échec d'un antalgique de palier 1 »

« j'ai dit que cela modifiait ma vie sociale et ma vie professionnelle, parce que la douleur quotidienne est intolérable. Je suis malheureux quant à domicile, je dois lâcher mon stylo à la quatrième ligne de mon ordonnance. Vous proposez un médecin tiers pour la prescription d'antalgique de palier II, il faudrait commencer par proposer un accompagnement par un pair et un éducateur pour l'achat de chaque paquet de cigarette et de chaque bouteille d'alcool. C'est mon avis, mais j'exagère un peu bien sur. »

« Tout le monde surveille tout le monde ? Les médecins doivent rester des sujets hautement responsables, ils ont été formés pour cela. »

« je suis assez peu "médicaments" mais il y a 30 ans que je souffre... »

« dans tous les cas, c'est d'être en capacité de pouvoir évaluer la prise de risque d'une telle attitude Intérêt pour connaître l'importance de cette auto prescription et d'autres chez le soignant. Merci de transmettre vos résultats. »

« Je ne suis pas sur de saisir l'intérêt de votre thèse. »

« j'évite le + possible la prise médicamenteuse, car faire du vélo d'appartement calme mes douleurs aussi bien que les antalgiques, mais faut-il avoir le temps d'en faire!!!! en travaillant 9 h en moyenne par jour, cela me laisse le samedi et le dimanche. »

« Pour mon entourage et moi-même, c'est le moins de médicaments possible »

« je ferais plutôt parti des médecins qui se négligent que de ceux qui se sur-médiquent »

« très bon sujet de thèse. Je pense honnêtement que ce n'est pas sain d'être son propre médecin traitant (mais c'est plus commode !) et j'essaie le faisant, être le plus objective possible »

« encore une thèse bidon vite bâclée à partir d'un questionnaire par internet, sur un sujet tout petit et de très faible intérêt c'est facile, on fait travailler les autres... où est le travail intellectuel? où est le rôle formateur de la thèse où est le travail personnel dont on sera fier toute sa vie? Le titre de "Docteur " devient un chiffon de papier. Ne pas s'étonner si après cela les demandes de revalorisation de l'acte médical ne rencontrent aucun écho favorable de nos tutelles »

« je n'ai jamais de douleurs c'est une chance mais je suis très favorable aux soins de ce symptôme Mes autoprescriptions (y compris la morphine) ont été largement validées et encouragées par les rhumatologues. Par ailleurs, même si c'est une tarte à la crème, quel meilleur médecin que celui qui est réellement malade et qui a testé tous les traitements. Je précise que j'ai fait il y a un an une grosse poussée inflammatoire de spondylarthrite avec une CRP à 400 une VS à 200 une anémie

inflammatoire à 8 grs d'Hb et que à cette occasion, moi qui pouvais me targuer de n'avoir jamais eu plus qu'un simple rhume et une santé de fer, j'ai testé le parcours du malade, des batteries d'examens de laboratoire et d'imagerie. Aujourd'hui, franchement je comprends quand un type me dit que ça le gonfle de faire tel ou tel examen. »

« Une seule expérience de sirop antitussif à l'époque où j'étais étudiant > Somnolence insupportable. Je n'en ai plus jamais repris depuis 40 ans. Je n'en prescris quasiment jamais; »

« je n'en prescris jamais (exercice en acupuncture exclusive) »

« mon expérience personnelle a amélioré ma prescription aux patients en la rendant plus prudente quand j'ai un problème qui demande une compétence autre que la mienne je consulte le spécialiste de mon réseau comme je le recommande pour un patient d'ailleurs je me méfie des médicaments aussi bien pour mes patients que pour les miens et moi-même »

« je pense que les médecins devraient être suivis par un autre médecin qu'eux-mêmes mais dans une autre ville pour plus de discrétion! je ne vois pas l'intérêt de la prescription par un autre médecin si la prescription est exceptionnelle; par contre, pour toute prescription en chronique les médecins devraient être "entourés" par d'autres médecins on devrait proposer aux médecins un suivi; les médecins ont je pense une vraie pathologie du soin pour eux-mêmes parce qu'ils ne consultent pas ou peu. par contre, je ne crois pas à la confidentialité dans une même ville, pour avoir été témoin du non-respect du secret médical concernant d'autres confrères à plusieurs reprises, c'est un comble! mais c'est la triste réalité des petites villes. personnellement, j'ai consulté pour ma hanche; je veux dire que je m'en suis occupée en me confiant à d'autres confrères »

« utile de s'adresser à des collègues de 80 ans & + ? »

« Pour limiter les risques que vous définissez, j'avais avant toute autoprescription (pallier 2 ou autres) défini "des limites" (justement en terme de fréquence et dosages); de la même manière pour les antidépresseurs, les antibiotiques... Le risque n'est pas nul mais en partie réduit. J'ai d'autre part un confrère comme médecin traitant »

« Arrêtez de vouloir tout contrôler et de vouloir faire le bonheur des gens contre leur gré !

questionnaire biaisé de la question 2 à 24. Les questions sont créées de toute évidence pour que les réponses cadrent avec vos conclusions. Décevant. »

« Pourquoi pas encadrer les médecins mais lors d'une prise chronique de pallier 2. Si c'est ponctuel je ne vois pas l'intérêt. »

« la question 23 est une ineptie soit il y a abus addictif et c'est un autre problème soit je ne vois pas pourquoi je ne pourrais pas me prescrire ce genre de traitement. »

« Je ne pense pas que le "relationnel" interfère dans ma prescription médicamenteuse! »

« On ne voit pas très bien où ce questionnaire veut en venir. Si l'idée est celle des addictions, les questions autres type thc, conduites à risque ont été survolées »

« rien à dire. »

« c'est pratique après une extraction dentaire, les chirurgiens ou les dentistes ont tendance à minimiser la douleur des patients. L'expérience de la douleur a été profitable et je prescris plus facilement à mes patients douloureux des antalgiques de pallier II à prendre si besoin (si non calmés par palier I) »

« bon courage pour exploiter les données »

« j'ai trouvé le tramadol très efficace sur une prise mais je n'ai jamais pu en reprendre en raison des effets secondaires »

« Bonne chance Préparez bien votre retraite »

« je prends très rarement un traitement, et toujours le plus court possible »

« je ne prescris des paliers 2 qu'en deuxième intention, après avoir utilisé des paliers 1 et juger du réel intérêt d'un palier 2. Les précautions sont les mêmes, pour les patients, mon entourage ou moi-même »

« une prescription par un médecin tiers peut être utile dans certains cas (prescriptions répétées, dépendance), mais à mon avis qui concernent les médecins qui ne vont pas consulter un confrère...

Je préférerais néanmoins laisser la prescription de pallier II au médecin traitant des personnes de ma

famille de peur de manquer d'objectivité »

« s il faut passer au niveau 2 après échec du 1 cela semble logique pour soi ses proches et bien sur ses patients, voila !!! »

« autoprescription de palier 2 dans le cadre d'une pathologie suivie par un confrère »

« 1 seule expérience pour cette cruralgie qui date de janvier 2010 et RAS depuis 4 ans. »

« j'ai la chance de ne pas être concernée, je n'ai pas de douleurs chroniques »

« Je ne suis pas ma famille. Mon autoprescription d antalgiques niveau 2 est exceptionnelle. »

« je prescris rarement des paliers 2 à ma famille et 1 seule fois pdt qqs jours à moi-même »

« encadrement nécessaire en cas de prise chronique pour évaluer correctement l'étiologie, l'indication, le risque de dépendance, encadrement non nécessaire en cas de prise aiguë et très occasionnelle »

« je suis favorable à l'instauration d'un encadrement (en réponse à la question 13) à condition d'avoir le choix du médecin bien entendu! »

« En fait aucune expérience de prescription de palier 2 à mon entourage »

« je raisonne pour mes patients comme si c'était le médecin de mes parents qui leur prescrirait, en sachant que je ne soigne pas ma famille, ni les vrais amis (5 au maxi en fait) »

« prise de 4 comprimés de tramadol en 11 ans de carrière... »

« Néant »

« L'épisode en question s'est produit il y a 7 ou 8 ans, a duré deux ans et a été accompagné d'autres traitements par des confrères spécialistes. Guérison totale. Pas d'autre pathologie en cours. »

« Sensation de bien être pendant 5mn (assez bizarre mais très agréable) d'où un risque de dépendance peut être! »

« La codéine et le tramadol me font vomir. J'ai eu des comprimés de morphine per os prescrite par l'urologue 8 jours jusqu'à l'évacuation du calcul. »

« Dose minimale efficace et nécessaire. Soins annexes (Kiné, balnéo, yoga, sophro). Avis spécialisés réguliers »

« je reste favorable aux libertés, et les contraintes nouvelles, même imaginées dans un but de modification de comportements supposés addictifs, me paraissent de mauvais aloi »

« questionnaire mal conçu »

« en effet, nous avons possibilité de nous autoprescrire assez facilement des P2 ... quand on a mal ... Par ailleurs ils sont en vente libre en pharmacie, nous sommes guère plus à risque que la population générale ... Intéressé de voir le résultat de vos travaux »

« Je me prescrivais parfois du Diantalvic pour mes migraines car ce médicament ne me rendait ni somnolente ni nauséuse...Heureusement je n'ai plus de migraine »

« je pense que les paliers 2 ne sont pas le problème, si le médecin en consomme beaucoup c'est qu'il va mal. Il faudrait connaître la proportion de médecins qui consulte un confrère quand il va mal.

à noter une dépendance passée de quelques mois au stilnox pendant mon internat, en automédication. Actuellement, à part pour les migraines et l'eczéma, je ne consomme pratiquement jamais de médicaments. »

« Q23 je ne pensais pas que ce "problème" puisse entrainer des mesures aussi radicales ! »

« ancien fumeur = arrêt depuis 19 ans ... »

« mais à quoi ça rime ? »

« Mon mari a un médecin traitant autre que moi et mes enfants (3ans et 20mois) sont suivis par un autre médecin. Bon courage pour la suite. »

« plus favorable a un suivi général et ciblé/ confrère ou équivalent médecin du travail. »

« auto prescription souvent pourpouvoir venir travailler »

« L'encadrement me paraît une mauvaise idée. Ca suffit de brider les médecins de plus en plus. Je reste persuadé que les abus médicamenteux sont une minorité chez les confrères, et que chez ceux là, ce n'est pas ce genre de limitation qui résoudra le problème. En plus je ne me vois pas aller consulter un confrère et bloquer une demi-journée de travail pour une banale lombalgie, sans compter le coût pour la SS. »

« Je vais bien ! »

« pour moi cela doit rester exceptionnel, on ne peut se soigner soi même car on n'a pas d'objectivité ni de capacité de recul que ce soit pour soi ou pour un membre de la famille »

« Que deviennent les investigués comme moi qui ne prennent jamais de palier 2 dans votre questionnaire? Pour avancer dans la réponse j'ai été obligée de renseigner les questions 17 et ultérieures »

« Très petit consommateur de médicaments. Quelle chance! »

« Il 'agit d'un cas isolé, j'en suis venue à prendre du paracetamol codéiné car les douleurs (céphalées et dorsalgie), que je prenais pour des courbatures et céphalées dans le cadre d'une grippe, étaient devenues insupportables j'ai donc pris 2 cp de codoliprane .avant de prendre un avis médical aux urgences devant l'aggravation de mon état. Je reste très précautionneuse et réticente avant d'envisager la prise de molécule entraînant une dépendance et qui ont beaucoup d'effets secondaires. j'ai tenté sur prescription du dentiste après extraction dentaire, une prise d'Ixprim qui s'est soldée par une inefficacité totale sur les douleurs et des effets secondaires prédominants! Je ne suis donc pas convaincue par les antalgiques de palier 2; en ce qui me concerne en tout cas...

Suivi récent et aide auprès d'un confrère. Le regard d'un médecin l'a clairement aidé (il était sous dosé). »

« Question sur la satisfaction au travail serait à développer, même si ce n'est pas votre propos: ce n'est pas le travail "humain" qui est difficile pour moi, c'est le fait de devoir gérer une part administrative de plus en plus lourde, alors que je ne peux me permettre d'employer une secrétaire pour m'y aider (étant seul à exercer au sein de mon cabinet). »

« je ne perçois pas la pertinence et la finalité de ce questionnaire ... N'est on pas en train de tirer dans les coins, voir de convoiter les "diptères en vol " ??? »

« Antalgiques pris de façon très irrégulière mais avis de mon médecin traitant conforme »

« dans les choix manque la case " rarement " qui correspondrait à mes parfois ! et pourquoi ne pas encadrer les paliers 1 type AINS ! »

« je ne me sers de la codéine que pour m'aider à dormir; l'effet sur le sommeil est d'ailleurs instable; sinon, je suis très réticente à essayer une autre molécule »

« Rester Raisonnable en tout ... »

« je ne prescris que rarement des antalgiques de palier II aux membres de ma famille et ce uniquement si les paliers I ont été peu ou pas efficaces »

« petit NB: ai découvert un ES inattendu de la codéine: la desinhibition sportive (perte d'appréhension, peur...) utile en fin de match de tennis ou prise de risque a ski.... Même pas sur la liste des dopants!! Du coup, je culpabilise si j'en ai réellement besoin, je m'abstiens...et perds mes matchs!!! Bon courage pour la thèse »

« ma première prise d'antalgiques de palier 2 était sur ordonnance d'un confrère »

« Crainte dans la prescription d antalgiques paliers 2 car beaucoup trop souvent d'effets secondaires sévère : somnolence ++, nausées, vertiges, pas satisfaite du tout des antalgiques de palier 2 »

« les dentistes semblent sous-estimer l'intensité des douleurs dentaires, se cantonnent à prescrire du paracétamol. J'en ai fait le constat pour ma personne tout comme chez les patients qui viennent régulièrement me voir pour renforcer l'antalgie alors qu'une prescription à cette fin émanant d'un dentiste leur a déjà été remise. »

« prescription très occasionnelle et prise du traitement de façon "raisonnable" c'est à dire le plus souvent au coucher à cause des effets secondaire, et après échec des autres traitements »

« Votre sujet de thèse est intéressant, mais vous ne changerez rien au fait qu'un médecin n'est pas un patient comme un autre. Jusqu'à un certain point, le médecin se soigne tout seul et il reste médecin, puis dans les circonstances graves il fait appel à ses confrères, et il chute de son piédestal, c'est dur pour lui... »

D SUMMARY

Self prescription of grade II analgesics by general practioners

Introduction. Self prescription is a current practice in general practioners. Grade II analgesics are implied, and are at risk of addiction. The main objective was to describe the way general practioners were self prescribing grade II analgesics. The secondary objective was to determine whether their self prescription was influencing their grade II analgesic's prescription to patients.

Methods. An epidemiologic and descriptive study was led through an on-line questionnaire which was sent to 6255 general practioners from Haute-Normandie, Rhône-Alpes, Languedoc-Roussillon and PACA between March and April 2014. PACA's results (n=3) were excluded from the analyses.

Results. Among the 498 responses, 40,4% of the doctors had already prescribed themselves grade II analgesics. Most of them have a poor use. However, 27% of them were taking a pill 2 to 6 times a year, 8% more than 7 consecutive days, and 33% were notifying side effects. Factors associated with self prescription are: being a male ($p = 0.000$), not having a physician other than oneself ($p=0.076$), chronic pains ($p=0.000$), psychiatric diseases ($p=0.040$), and polymedication. 86% think that their self prescription is objective, nevertheless only 73,2% think that their prescription to patients is similar to their own self prescription. .

Discussion. Grade II analgesic's self prescriptions are often reasonable, however the risk of misuse invite us to be cautious. It was difficult to conclude whether self prescription was influencing grade II analgesic's prescription to patients.

Key-words:

“Self prescription”, “general practitioners”, “grade II analgesics”, “addiction”

E SERMENT D'HIPPOCRATE

Au moment d'être admis 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 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 et méprisé si j'y manque.