



HAL
open science

Évaluation du ressenti des médecins généralistes sur l'automédication par anti-inflammatoires non stéroïdiens de leurs patients

Amélie Girardeau

► To cite this version:

Amélie Girardeau. Évaluation du ressenti des médecins généralistes sur l'automédication par anti-inflammatoires non stéroïdiens de leurs patients. Médecine humaine et pathologie. 2014. dumas-01160122

HAL Id: dumas-01160122

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01160122>

Submitted on 4 Jun 2015

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.

UNIVERSITE DE NICE SOPHIA ANTIPOLIS

Faculté de médecine de Nice

Thèse

Présentée pour le diplôme de

Docteur en Médecine

Diplôme d'Etat

Evaluation du ressenti des médecins généralistes sur l'automédication par Anti-Inflammatoires Non Stéroïdiens de leurs patients

Thèse présentée et soutenue publiquement le

Vendredi 13 Juin 2014 à Nice

Par Amélie GIRARDEAU

Née le 15 juillet 1986 à Annonay (Ardèche)

Composition du jury :

Président du Jury : Monsieur le Professeur Jean-Gabriel FUZIBET

Membres : Monsieur le Professeur Philippe HOFLIGER

Monsieur le Professeur Jacques LEVRAUT

Monsieur le Docteur Nicolas HOGU

Directeur de thèse : Madame le Docteur Bernadette BALDIN

UNIVERSITÉ DE NICE-SOPHIA ANTIPOLIS

FACULTÉ DE MÉDECINE

Liste des professeurs au **1er novembre 2013** à la Faculté de Médecine de Nice

Doyen	M. BAQUÉ Patrick
Assesseurs	M. BOILEAU Pascal M. HÉBUTERNE Xavier M. LEVRAUT Jacques
Conservateur de la bibliothèque	M. SCALABRE Grégory
Chef des services administratifs	Mme CALLEA Isabelle
Doyens Honoraires	M. AYRAUD Noël M. RAMPAL Patrick M. BENCHIMOL Daniel

Professeurs Honoraires

M. BALAS Daniel	M. LAMBERT Jean-Claude
M. BLAIVE Bruno	M. LAPALUS Philippe
M. BOQUET Patrice	M. LAZDUNSKI Michel
M. BOURGEON André	M. LEFEBVRE Jean-Claude
M. BOUTTÉ Patrick	M. LE BAS Pierre
M. BRUNETON Jean-Noël	M. LE FICHOUX Yves
Mme BUSSIERE Françoise	M. LOUBIERE Robert
M. CHATEL Marcel	M. MARIANI Roger
M. COUSSEMENT Alain	M. MASSEYEFF René
M. DAR COURT Guy	M. MATTEI Mathieu
M. DELMONT Jean	M. MOUIEL Jean
M. DEMARD François	Mme MYQUEL Martine
M. DOLISI Claude	M. OLLIER Amédée
M. FREYCHET Pierre	M. ORTONNE Jean-Paul
M. GÉRARD Jean-Pierre	M. SCHNEIDER Maurice
M. GILLET Jean-Yves	M. TOUBOL Jacques
M. GRELLIER Patrick	M. TRAN Dinh Khiem
M. HAR TER Michel	M. ZIEGLER Gérard
M. INGLES AKIS Jean-André	
M. LALANNE Claude-Michel	

M.C.A. Honoraire

Mlle ALLINE Madeleine

M.C.U. Honoraires

M. ARNOLD Jacques
 M. BASTERIS Bernard
 Mlle CHICHMANIAN Rose-Marie
 M. EMILIOZZI Roméo
 M. GASTAUD Marcel
 M. GIRARD-PIPAU Fernand
 M. GIUDICELLI Jean
 M. MAGNÉ Jacques
 Mme MEMRAN Nadine
 M. MENGUAL Raymond
 M. POIRÉE Jean-Claude
 Mme ROURE Marie-Claire

PROFESSEURS CLASSE EXCEPTIONNELLE

M. AMIEL Jean	Urologie (52.04)
M. BENCHIMOL Daniel	Chirurgie Générale (53.02)
M. CAMOUS Jean-Pierre	Thérapeutique (48.04)
M. DARCOURT Jacques	Biophysique et Médecine Nucléaire (43.01)
M. DELLAMONICA Pierre	Maladies Infectieuses ; Maladies Tropicales (45.03)
M. DESNUELLE Claude	Biologie Cellulaire (44.03)
Mme EULLER-ZIEGLER Liana	Rhumatologie (50.01)
M. FENICHEL Patrick	Biologie du Développement et de la Reproduction
(54.05)	
M. FRANCO Alain	Gériatrie et Biologie du vieillissement (53.01)
M. FUZIBET Jean-Gabriel	Médecine Interne (53.01)
M. GASTAUD Pierre	Ophtalmologie (55.02)
M. GILSON Éric	Biologie Cellulaire (44.03)
M. GRIMAUD Dominique	Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale (48.01)
M. HASSEN KHODJA Reda	Chirurgie Vasculaire (51.04)
M. HÉBUTERNE Xavier	Nutrition (44.04)
M. HOFMAN Paul	Anatomie et Cytologie Pathologiques (42.03)
M. LACOUR Jean-Philippe	Dermato-Vénérologie (50.03)
Mme LEBRETON Élisabeth	Chirurgie Plastique, Reconstructrice et Esthétique
(50.04)	
M. MICHIELS Jean-François	Anatomie et Cytologie Pathologiques (42.03)
M. PRINGUEY Dominique	Psychiatrie d'Adultes (49.03)
M. QUATREHOMME Gérald	Médecine Légale et Droit de la Santé (46.03)
M. SANTINI Joseph	O.R.L. (55.01)
M. THYSS Antoine	Cancérologie, Radiothérapie (47.02)
M. VAN OBBERGHEN Emmanuel	Biochimie et Biologie Moléculaire (44.01)

PROFESSEURS PREMIERE CLASSE

M.	BATT Michel	Chirurgie Vasculaire (51.04)
M.	BÉRARD Étienne	Pédiatrie (54.01)
M.	BERNARDIN Gilles	Réanimation Médicale (48.02)
M.	BOILEAU Pascal	Chirurgie Orthopédique et Traumatologique (50.02)
M.	BONGAIN André	Gynécologie-Obstétrique (54.03)
Mme	CRENESSE Dominique	Physiologie (44.02)
M.	DE PERETTI Fernand	Anatomie-Chirurgie Orthopédique (42.01)
M.	DRICI Milou-Daniel	Pharmacologie Clinique (48.03)
M.	ESNAULT Vincent	Néphrologie (52-03)
M.	FERRARI Émile	Cardiologie (51.02)
M.	GIBELIN Pierre	Cardiologie (51.02)
M.	GUGENHEIM Jean	Chirurgie Digestive (52.02)
Mme	ICHAÏ Carole	Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale (48.01)
M.	LONJON Michel	Neurochirurgie (49.02)
M.	MARQUETTE Charles-Hugo	Pneumologie (51.01)
M.	MARTY Pierre	Parasitologie et Mycologie (45.02)
M.	MOUNIER Nicolas	Cancérologie, Radiothérapie (47.02)
M.	MOUROUX Jérôme	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire (51.03)
M.	PADOVANI Bernard	Radiologie et Imagerie Médicale (43.02)
M.	PAQUIS Philippe	Neurochirurgie (49.02)
Mme	PAQUIS Véronique	Génétique (47.04)
M.	RAUCOULES-AIMÉ Marc	Anesthésie et Réanimation Chirurgicale (48.01)
Mme	RAYNAUD Dominique	Hématologie (47.01)
M.	ROBERT Philippe	Psychiatrie d'Adultes (49.03)
M.	ROSENTHAL Éric	Médecine Interne (53.01)
M.	SCHNEIDER Stéphane	Nutrition (44.04)
M.	TRAN Albert	Hépatogastro-entérologie (52.01)

PROFESSEURS DEUXIEME CLASSE

M.	ALBERTINI Marc	Pédiatrie (54.01)
Mme	ASKENAZY-GITTARD Florence	Pédopsychiatrie (49.04)
M.	BAHADORAN Philippe	Cytologie et Histologie (42.02)
M.	BAQUÉ Patrick	Anatomie - Chirurgie Générale (42.01)
M.	BARRANGER Emmanuel	Gynécologie Obstétrique (54.03)
M.	BENIZRI Emmanuel	Chirurgie Générale (53.02)
Mme	BLANC-PEDEUTOUR Florence	Cancérologie – Génétique (47.02)
M.	BREAUD Jean	Chirurgie Infantile (54-02)
Mlle	BREUIL Véronique	Rhumatologie (50.01)
M.	CANIVET Bertrand	Médecine Interne (53.01)
M.	CARLES Michel	Anesthésiologie Réanimation (48.01)
M.	CASSUTO Jill-Patrice	Hématologie et Transfusion (47.01)

M. CASTILLO Laurent	O.R.L. (55.01)
M. CHEVALLIER Patrick	Radiologie et Imagerie Médicale (43.02)
M. DUMONTIER Christian	Chirurgie plastique
M. FERRERO Jean-Marc	Cancérologie ; Radiothérapie (47.02)
M. FOURNIER Jean-Paul	Thérapeutique (48-04)
M. FREDENRICH Alexandre (54.04)	Endocrinologie, Diabète et Maladies métaboliques
Mlle GIORDANENGO Valérie	Bactériologie-Virologie (45.01)
M. GUÉRIN Olivier	Gériatrie (48.04)
M. HANNOUN-LEVI Jean-Michel	Cancérologie ; Radiothérapie (47.02)
M. IANNELLI Antonio	Chirurgie Digestive (52.02)
M. JOURDAN Jacques	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire (51.03)
M. LEVRAUT Jacques	Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale (48.01)
M. PASSERON Thierry	Dermato-Vénérologie (50-03)
M. PICHE Thierry	Gastro-entérologie (52.01)
M. PRADIER Christian (46.01)	Épidémiologie, Économie de la Santé et Prévention
M. ROGER Pierre-Marie	Maladies Infectieuses ; Maladies Tropicales (45.03)
M. ROHRLICH Pierre	Pédiatrie (54.01)
M. RUIMY Raymond	Bactériologie-virologie (45.01)
M. SADOUL Jean-Louis (54.04)	Endocrinologie, Diabète et Maladies Métaboliques
M. STACCINI Pascal	Biostatistiques et Informatique Médicale (46.04)
M. THOMAS Pierre	Neurologie (49.01)
M. TROJANI Christophe	Chirurgie Orthopédique et Traumatologique (50.02)
M. VENISSAC Nicolas	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire (51.03)

PROFESSEUR DES UNIVERSITÉS

M. SAUTRON Jean-Baptiste	Médecine Générale
--------------------------	-------------------

MAITRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

Mme ALUNNI-PERRET Véronique	Médecine Légale et Droit de la Santé (46.03)
M. AMBROSETTI Damien	Cytologie et Histologie (42.02)
Mme BANNWARTH Sylvie	Génétique (47.04)
M. BENOLIEL José	Biophysique et Médecine Nucléaire (43.01)
Mme BERNARD-POMIER Ghislaine	Immunologie (47.03)
Mme BUREL-VANDEBOS Fanny	Anatomie et Cytologie pathologiques (42.03)
M. DELOTTE Jérôme	Gynécologie-Obstétrique (54.03)
M. DOGLIO Alain	Bactériologie-Virologie (45.01)
Mme DONZEAU Michèle (54.05)	Biologie du Développement et de la Reproduction

M.	FOSSE Thierry	Bactériologie-Virologie-Hygiène (45.01)
M.	FRANKEN Philippe	Biophysique et Médecine Nucléaire (43.01)
M.	GARRAFFO Rodolphe	Pharmacologie Fondamentale (48.03)
Mme	HINAULT Charlotte	Biochimie et biologie moléculaire (44.01)
Mlle	LANDRAUD Luce	Bactériologie–Virologie (45.01)
Mme	LEGROS Laurence	Hématologie et Transfusion (47.01)
Mme	MAGNIÉ Marie-Noëlle	Physiologie (44.02)
Mme	MUSSO-LASSALLE Sandra	Anatomie et Cytologie pathologiques (42.03)
M.	NAÏMI Mourad	Biochimie et Biologie moléculaire (44.01)
M.	PHILIP Patrick	Cytologie et Histologie (42.02)
Mme	POMARES Christelle	Parasitologie et mycologie (45.02)
Mlle	PULCINI Céline	Maladies Infectieuses ; Maladies Tropicales (45.03)
M.	ROUX Christian	Rhumatologie (50.01)
M.	TESTA Jean	Épidémiologie Économie de la Santé et Prévention (46.01)
M.	TOULON Pierre	Hématologie et Transfusion (47.01)

PROFESSEURS ASSOCIÉS

M.	DIOMANDE Mohenou Isidore	Anatomie et Cytologie Pathologiques
M.	HOFLIGER Philippe	Médecine Générale
M.	MAKRIS Démosthènes	Pneumologie
M.	PITTET Jean-François	Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale
Mme	POURRAT Isabelle	Médecine Générale

MAITRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS

Mme	CHATTI Kaouthar	Biophysique et Médecine Nucléaire
M.	GARDON Gilles	Médecine Générale
Mme	MONNIER Brigitte	Médecine Générale
M.	PAPA Michel	Médecine Générale

PROFESSEURS CONVENTIONNÉS DE L'UNIVERSITÉ

- M. BERTRAND François Médecine Interne
- M. BROCKER Patrice Médecine Interne Option Gériatrie
- M. CHEVALLIER Daniel Urologie
- Mme FOURNIER-MEHOUAS Manuella Médecine Physique et Réadaptation
- M. QUARANTA Jean-François Santé Publique

REMERCIEMENTS

1- Les membres du jury

Monsieur le Professeur Fuzibet,

Je vous remercie de m'avoir fait l'honneur de présider ce jury de thèse

Monsieur le Professeur Hofliger,

Je vous remercie d'avoir accepté de juger cette thèse et de siéger dans ce jury. Votre implication dans la formation des internes de médecine générale est incontestable.

Monsieur le Professeur Levraut,

Merci de votre présence dans ce jury de thèse, vous me faites l'honneur de juger ce travail.

Monsieur le Docteur Hogu,

Merci de m'accompagner en ce jour si important. Vous m'avez conforté dans mon amour pour ce métier. Merci pour vos connaissances et pour m'avoir permis de me remettre sans cesse en questions, de m'interroger sur notre pratique, nos attitudes, nos connaissances. Exercer à vos côtés fut un réel plaisir.

2- A ma directrice de thèse,

Je vous remercie pour cette longue aventure qui a commencé il y a plus d'un an et demi.

En acceptant de réaliser cette thèse vous en avez eu deux pour le prix d'une!

Merci pour votre disponibilité, votre implication, votre gentillesse, votre humour.

3- Aux médecins qui m'ont accompagnée tout au long de mes études

Au service de médecine de la Palmosa à Menton, au Docteur Hayek, aux IDE et AS.

Au Professeur Brocker et à l'intégralité de son service, que de bons souvenirs.

Aux Professeurs Bertrand et Fournier, stage plus que difficile mais tellement formateur.

A mes 2 praticiens le Docteur Hogu et le Docteur Bessi, une médecine différente mais tout aussi intéressante.

Aux services du A3 de la clinique des Sources, à tous les pots de Nutella, les apéros, les fous rire et les chansons. Cela m'a permis de tenir tout au long de ces 6 mois.

4- A ceux qui ont participé à ce travail :

Je remercie tous les médecins généralistes ayant accepté de participer aux entretiens menés lors de cette thèse.

A Dada pour ton coup de crayon légendaire et ton côté artiste dont je suis dépourvue....

Pour ton anglais bon ok tu es à moitié américaine mais bon quand même !!

A Clarisse pour ton aide dans nos deux affiches.

5-A mon entourage

A mes parents sans qui je ne serais rien, qui ont toujours cru en moi et qui m'ont permis de réaliser tous mes rêves notamment celui d'être médecin.
Je vous aime.

A mon mari merci d'être toujours là pour moi, tu es un pilier dans ma vie, tu es ma vie.
Je te suivrai jusqu'au bout du monde.
Et bientôt une nouvelle grande aventure commencera et cette fois nous serons trois !

A mon frère, merci pour ton amour, ta présence, ton soutien tout au long de ces très longues études.
Nous serons toujours trois dans nos cœurs même si la vie en a décidé autrement.
Merci d'avoir fait entrer Kristel (attention avec un K car c'est un cas) et ce bout de chou de Maxens dans nos vies.

A mes grands-parents qui m'ont transmis l'amour d'apprendre, de découvrir. J'aurais tellement aimé que vous soyez présents en ce jour si important.

A mes oncles et tantes merci d'être vous et d'être toujours là. Merci de votre compréhension sur mes nombreuses absences tout au long de ces 10 dernières années, merci d'être venus me soutenir en ce jour.

A mes cousins, cousines, nombreuses pièces rapportées et à toutes vos progénitures merci d'être là. A ceux qui ont fait le déplacement je vous en suis très reconnaissante.
Aux cousinades Girardeau & co mémorables, un vrai bonheur quand on se retrouve. J'espère qu'il y en aura plein d'autres !

A la famille Dureuil, merci de votre confiance, vous m'avez fait l'immense bonheur de devenir marraine de votre petit prince. J'espère en être la digne représentante.

A ma famille urbaine, que dire à part que je vous aime, vous êtes une vraie famille pour moi. Il y aura toujours une place pour vous chez nous. A tous nos 14 juillet en espérant qu'il y en aura encore beaucoup d'autres
A Claudie et Bastien pour votre joie de vivre, pour notre amitié pour être toujours là !
A Anne-claire et J-max et a notre amitié sans faille ...Bon tu te décides J-max ?
A Caro, que dire? Pas grand-chose pas besoin de mots entre nous
A Gigi pour ton amitié sans faille mais aussi ta passion des verts ! (Soif d'Europe ?)

Aux copains ardéchois, stéphanois merci d'avoir été là.

Aux amis niçois, Nice n'a pas été facile pour moi au début, heureusement je vous ai trouvés et là tout a changé.
A Paupau et son Claude toujours là pour une bière (sans alcool en ce moment) et une bouffe.
A cette thèse partie d'une dégustation de bière belge...
A Inès et John pour votre générosité, votre gentillesse, votre accueil.

SOMMAIRE

<u>A– INTRODUCTION</u>	14
1. Automédication.....	15
1.1. Définitions.....	15
1.2. Chiffres de l’automédication.....	16
2. Anti-inflammatoires Non Stéroïdiens.....	18
2.1. Historique.....	18
2.2. Classification des AINS.....	18
2.3. Mécanismes d’action.....	19
2.4. Pharmacocinétique.....	21
2.5. Effets indésirables.....	21
<u>B-MATERIELS ET METHODES</u>	23
1. Objectif.....	23
2. Type d’étude.....	23
2.1. Etude qualitative.....	23
2.2. Justification du choix.....	23
3. Guide d’entretien.....	25
4. Critères d’inclusion	25
5. Recueil des données.....	25
6. Analyse des données.....	26
<u>C –RESULTATS</u>	27
1. Caractéristiques de l’échantillon.....	27
2. Automédication par AINS.....	30
2.1. Définition de l’automédication selon les médecins généralistes.....	30
2.2. Evocation du sujet de l’automédication en consultation.....	31
2.3. Rôle du médecin généraliste dans l’automédication.....	31

2.4. Bénéfices- risques de l'automédication.....	32
2.5. Population cible de l'automédication.....	34
3. Utilisation des AINS.....	35
3.1. Motif d'utilisation des AINS.....	35
3.2. Durée de consommation des AINS.....	36
3.3. Information délivrée lors d'une prescription d'AINS.....	37
4. Complications rencontrées au cabinet lors de l'utilisation d'AINS.....	38
4.1. Effets indésirables liés aux AINS.....	38
4.2. Retard de diagnostic.....	40
5. Outils d'information des patients sur les AINS en automédication.....	40
5.1. Intérêt.....	40
5.2. Forme.....	41
5.3. Population cible.....	41
<u>D- DISCUSSION</u>	43
1. Discussion de la méthode.....	43
2. Biais	43
2.1. Biais liés au recruteur.....	43
2.2. Biais liés à l'analyse.....	43
3. Discussion des résultats.....	44
3.1. Caractéristiques de l'échantillon.....	44
3.2. Automédication	44
3.3. Utilisation des AINS	47
3.4. Information des patients.....	49
4. Elaboration d'un outil d'information sur les AINS.....	51

<u>E- CONCLUSION</u>	53
<u>F- Bibliographie</u>	54
<u>Annexe 1- Abréviations</u> :	58
<u>Annexe 2 - Guide d'entretiens juin 2013</u>	59
<u>Annexe 3 - Guide d'entretiens juillet 2013</u>	60
<u>Annexe 4 - Fiche informative française sur l'ibuprofène</u>	61
<u>Annexe 5 - Fiche informative américaine sur les AINS</u>	63
<u>Annexe 6- Notre affiche</u>	64
<u>Serment d'Hippocrate</u>	66
ABSTRACT	67
RESUME	68

A- INTRODUCTION

De tout temps, les malades se sont automédiqués. Déjà Molière dans Le malade Imaginaire faisait dire à Béralde « faites vous médecin vous-mêmes ».

L'automédication est un phénomène qui échappe au médecin généraliste. Nous savons qu'environ 80 % de la population utilise des médicaments sans ordonnance (Enquête TNS SOFRES 2001 – AFIPA). Depuis 2008 un nouveau décret permet un accès direct aux médicaments par les consommateurs (1). L'automédication s'inscrit dans une démarche de prise en charge responsable de la santé par l'individu lui-même, appelée « self care ». Une automédication encadrée permet une diminution de coût pour la société ainsi qu'une diminution de la charge de travail pour les médecins.

Il est possible de s'automédiquer pour traiter des symptômes courants et bénins (fièvre, douleur, toux...) mais aussi dans certaines pathologies chroniques pour lesquelles un diagnostic initial a été réalisé par le médecin (rhinite allergique, arthrose modérée du genou, migraine...) et après élimination du risque de pathologie grave. En effet ces molécules disponibles en vente libre ne sont pas dénuées d'effets indésirables et possèdent une iatrogénie non négligeable notamment chez les personnes surmédiquées et fragiles. On atteint alors les facteurs limitants de l'automédication et les risques de cette pratique.

Bien que par définition l'automédication soit l'absence de prescription médicale pour la délivrance de médicaments, le médecin généraliste doit conserver un rôle essentiel dans l'information et l'orientation de son patient en tant que professionnel de santé, acteur de santé publique. Le rôle du médecin dans l'automédication pouvant paraître marginal est en réalité un des piliers du bon usage et de la sécurité de la consommation de ces médicaments. L'automédication doit bénéficier de la participation du médecin car elle contribue à une prise en charge globale du patient (« collaborative care ») (2). Le médecin a un rôle d'information et de conseil qui dépasse le cadre limité d'une prescription ou d'une pathologie spécifique. Pour garantir au maximum la sécurité du patient, il doit vérifier la consommation médicamenteuse, y compris en dehors de ses propres prescriptions, incluant les médicaments d'automédication et ceux contenus dans l'armoire à pharmacie.

Ces médicaments ne sont pas exempts d'effets indésirables notamment pour les Anti-Inflammatoires Non Stéroïdiens (AINS). Ces molécules font parties des trois classes médicamenteuses les plus vendues en France en terme de volume en vente libre en pharmacie (3). De nombreuses études ont mis en évidence la iatrogénie ainsi que leurs interactions médicamenteuses.

Partant de ces problématiques nous nous sommes intéressées à l'automédication par AINS compte tenu de l'augmentation de leur consommation et de l'importance des effets indésirables. Peu de publications ont été réalisées sur le sujet en médecine générale.

Notre étude évalue le ressenti des médecins généralistes sur l'automédication de leurs patients par AINS, leur rôle dans l'éducation du patient, l'intérêt d'un support d'information à utiliser par le médecin généraliste à destination des patients.

Nous avons ciblé des cabinets de médecine générale à exercice urbain compte tenu de l'importance de l'automédication dans ce milieu (4).

Cette étude a été réalisée en miroir avec une seconde thèse ayant pour objectif de démontrer le niveau de connaissance des patients sur les AINS. Cette thèse quantitative a été réalisée à l'aide de questionnaires distribués dans les cabinets de médecine générale.

Au terme de ces deux études nous avons mis nos résultats en commun afin de réaliser notre support d'information.

Nous espérons pallier au manque d'information des patients et renforcer le rôle des médecins généralistes dans la démarche pour une automédication responsable.

1. Automédication

1.1. Définitions :

Dans le dictionnaire Larousse 2014 sur Internet on retrouve la définition de l'automédication comme étant l' « utilisation thérapeutique par un malade de médicaments en dehors d'un avis médical ».

Le Conseil National de l'Ordre des Médecins français définit l'automédication par « l'utilisation hors prescription médicale par des personnes pour elles-mêmes ou pour leurs proches et de leur propre initiative, de médicaments considérés comme tels et ayant reçu l'AMM, avec la possibilité d'assistance et de conseil de la part des pharmaciens. » (5)

L'Académie Nationale de Médecine définit l'automédication comme « l'acte de se soigner sans consultation médicale avec des médicaments délivrés sans ordonnance » (6).

Dans un rapport demandé par M. le Ministre de la santé X. Bertrand en 2006, les groupes de travail se sont accordés pour définir l'automédication comme un comportement et non comme une catégorie de produits. Ainsi est défini comme automédication, le fait pour un patient d'avoir recours à un ou plusieurs médicaments de prescription médicale facultative (PMF) dispensé (s) dans une pharmacie et non effectivement prescrit(s) par un médecin (2).

L'Organisation Mondiale de la Santé introduit la notion *d'automédication responsable* et la définit comme le fait pour les patients de soigner certaines maladies grâce à des médicaments autorisés, accessibles sans ordonnance, sûrs et efficaces, dans les conditions d'utilisation indiquées (7).

1.2. Les chiffres de l'automédication

Le marché de l'automédication en France se distingue de celui des pays voisins par sa faible importance, en valeur comme en volume, et par sa faible dynamique. La France se place à la 17^{ème} place des pays Européens en terme de dépense par habitant de produits de l'automédication. Les médicaments à prescription médicale facultative (PMF) non remboursables délivrés sans ordonnance représentent 8% du marché pharmaceutique en valeur (8).

En 2012, en France les médicaments sans ordonnance les plus vendus dans les officines étaient le DOLIPRANE®, l'EFFERALGAN® et le NUROFEN®. Avec ces trois spécialités pharmaceutiques les médicaments à visée antalgique représentent le deuxième marché de l'automédication après les médicaments pour le système respiratoire. En terme de volume de

vente le NUROFEN[®] représente le premier médicament vendu en 2012. On estime à 2,189 milliards d'euros le chiffre d'affaire de vente de médicaments toutes molécules confondues en automédication en France (3).

Les AINS font donc partie des trois molécules les plus utilisées en automédication. Un médicament disponible en vente libre en pharmacie est un médicament n'étant pas inscrit sur les listes I ou II.

Ces dernières comprennent :

- les substances dangereuses, qui présentent pour la santé des risques directs ou indirects.
- les médicaments susceptibles de présenter directement ou indirectement un danger pour la santé.
- les médicaments à usage humain contenant des substances dont l'activité ou les effets indésirables nécessitent une surveillance médicale.
- les produits insecticides ou acaricides destinés à être appliqués sur l'homme et susceptibles de présenter directement ou indirectement un danger pour la santé.
- tout autre produit ou substance présentant pour la santé des risques directs ou indirects (pharmacie automédication) (9) (10).

Les médicaments vendus en libre service ont une Autorisation de Mise sur le Marché (AMM). Elle est délivrée, après évaluation par une commission d'experts, par le Directeur Général de l'Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des produits de santé (ANSM).

Aux doses thérapeutiques recommandées, tous ces médicaments ne présentent pas de dangers directs ou indirects liés à la substance active qu'ils contiennent, même s'ils sont utilisés sans surveillance médicale.

Pour être adapté à l'automédication, un médicament doit présenter les caractéristiques suivantes :

- contenir une substance active adaptée à l'automédication avec un rapport efficacité/sécurité satisfaisant
- être utilisé dans le cadre d'une indication relevant d'une prise en charge par le patient seul (affections bénignes ou banales, affections chroniques avec un diagnostic médical initial et qui ne nécessitent pas de suivi médical...)
- avoir un conditionnement adapté à la posologie et à la durée prévue du traitement

- fournir dans sa notice une information au patient lui permettant de juger de l'opportunité du traitement, de comprendre facilement son mode d'utilisation et de connaître les signes qui doivent inciter à demander l'avis du médecin (11).

En France les médicaments disponibles sans ordonnance peuvent faire l'objet de remboursement lors d'une prescription médicale. Cette pratique distingue la France de ses pays voisins.

2. Anti-inflammatoires Non Stéroïdiens :

2.1. Historique :

La salicine est dérivée de l'écorce de saule et est utilisée pour la première fois par Mac Lagan en 1874 pour traiter le rhumatisme articulaire aigu. Un dérivé synthétique plus efficace et mieux toléré est ensuite inventé par Félix Hoffman appelé aspirine.

La recherche de médicaments mieux tolérés a conduit au groupe des anti-inflammatoires non stéroïdiens. L'indométacine est introduite sur le marché pour traiter la polyarthrite rhumatoïde en 1963 (12).

2.2. Classification des AINS

Inhibiteurs non sélectifs			Inhibiteurs sélectifs	Autres
arylcarboxyliques		oxicam	coxibs	nimésulide
Dérivé de l'acide acétique : -diclofénac -kétorolac -etodolac -indométacine	Dérivé de l'acide anthranilique : -acide méfénamique -acide nifluminique	Dérivé de l'acide propionique : -ibuprofène -ketoprofène -flurbiprofène -naproxène	-piroxicam -tenoxicam -meloxicam	-celecoxib -etoricoxib

Tableau 1. Classification des AINS (13)

2.3. Mécanismes d'action :

Effets anti-inflammatoires :

L'effet anti-inflammatoire des AINS est obtenu par l'inhibition de la prostaglandine G / H synthétase ou cyclooxygénase qui est l'enzyme qui catalyse la transformation de l'acide arachidonique en prostaglandine et thromboxane (14).

Contrairement à l'aspirine, les AINS inhibent de manière réversible la cyclooxygénase. Ces substances ne conviennent donc pas comme inhibiteur de l'agrégation plaquettaire.

Cette enzyme présente deux formes la COX-1 et la COX-2. On distingue deux groupes d'AINS selon leur sélectivité vis-à-vis de la cyclooxygénase :

- les inhibiteurs non sélectifs : arylcarboxyliques et les oxicam
- les inhibiteurs sélectifs des COX-2.

L'inhibition sélective de la COX-2 entraîne la diminution des effets indésirables notamment gastro-intestinaux par rapport aux inhibiteurs non sélectifs de COX (15).

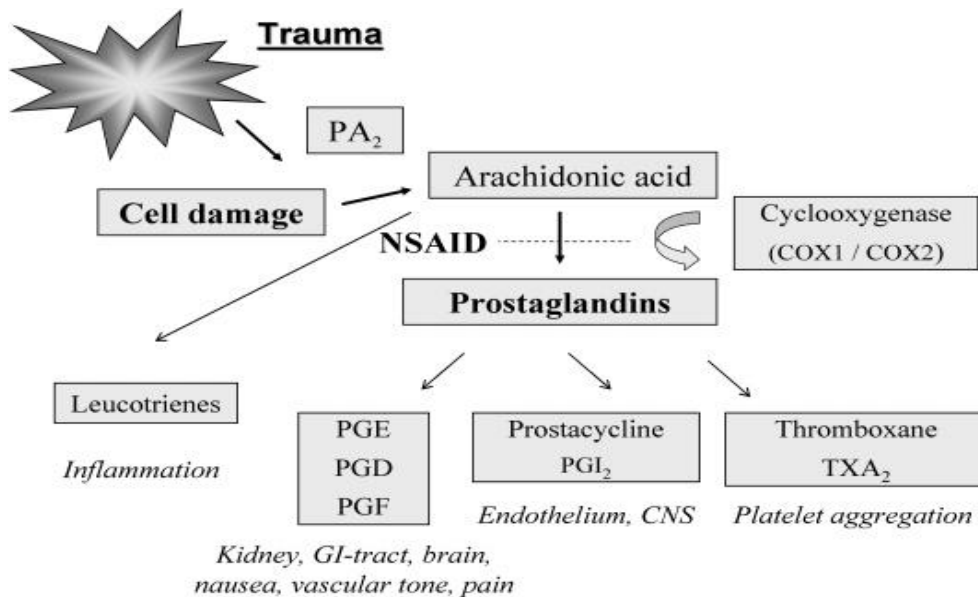


Figure 1. Tissue injury activates the arachidonic acid cascade through membrane bound phospholipase A₂ (PA₂). Through the action of cyclooxygenase various prostaglandins (PG) are formed according to tissue specific pathways. Nonsteroidal anti-inflammatory drugs (NSAIDs) inhibit the COX enzyme (16).

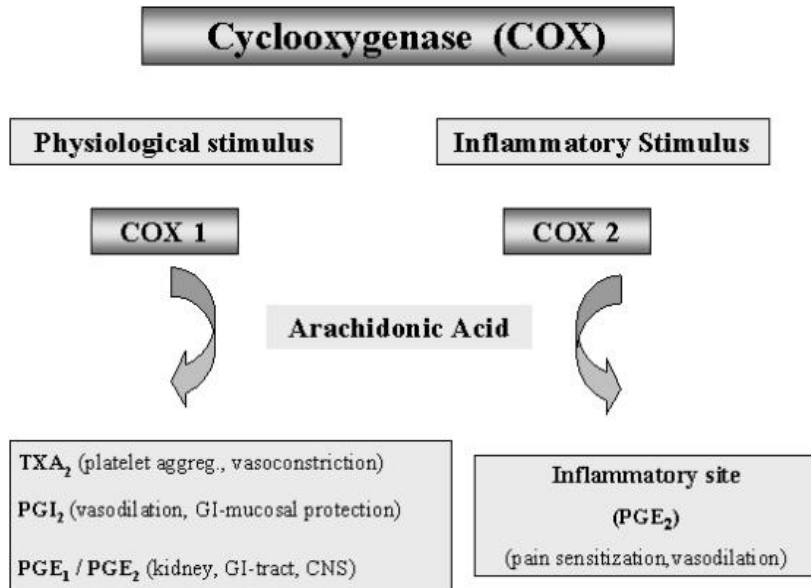


Figure 2. Cyclo-oxygenase (COX) exists in at least two forms (COX-1 / COX-2). In a simplified model, various normal physiological stimuli induce COX-1 activity and inflammation induces COX-2 activity. By the enzymatic action of COX, arachidonic acid is converted into prostaglandins (TXA₂=thromboxane; PGI₂=prostacyclin; PGE=prostaglandin E) (16).

Effet anti-pyrétique :

Cet effet est obtenu par l'inhibition de la prostaglandine E₂ qui est responsable du déclenchement de l'augmentation de la température corporelle par l'hypothalamus pendant l'inflammation.

Effet antalgique :

Cette action des AINS est le fait d'annuler l'hyperalgésie provoquée par une réaction inflammatoire, ce qui contraste avec les anti-inflammatoires stéroïdiens qui agissent indirectement et moins rapidement, en diminuant l'œdème inflammatoire local. Différents travaux ont permis de schématiser l'action antalgique des AINS de la manière suivante :

- a) diminution, et non disparition, de l'hyperalgésie consécutive aux processus nociceptifs
- b) action sur divers modèles nociceptifs : viscéral, vasculaire et surtout inflammatoire
- c) pas d'action spécifique sur des récepteurs mais par l'intermédiaire de processus enzymatiques (17).

Cependant le mécanisme d'action antalgique reste encore mal défini.

2.4. Pharmacocinétique :

Après administration orale, les AINS ont une bonne biodisponibilité (de l'ordre de 70 à 80 %). Ils vont diffuser dans la plupart des tissus et fluides de l'organisme. Par ailleurs, la diffusion de ces substances est facilitée dans les tissus inflammatoires.

Les AINS sont transportés essentiellement (de 60 à 100 %) sous forme liée aux protéines plasmatiques.

Ces médicaments subissent un métabolisme hépatique avant d'être éliminés pour 1/3 dans les selles et pour 2/3 dans les urines sous forme inactive (13).

2.5. Les effets indésirables :

Toxicité gastro-intestinale : douleurs abdominales, dyspepsie et ulcères gastro-duodénaux sont les effets indésirables les plus fréquents. Ils sont liés à une diminution de la synthèse des prostaglandines qui protège la muqueuse gastrique.

Les inhibiteurs de la COX-2 sont associés à une plus faible incidence de symptômes gastro-intestinaux et d'ulcères symptomatiques comparativement aux AINS non sélectifs (18).

Les interactions médicamenteuses les plus à risque hémorragique se font lors d'une utilisation des AINS associée aux anticoagulants et/ou aux antiagrégants plaquettaires.

Toxicité rénale : insuffisance rénale aigüe par diminution de la perfusion rénale liée à une inhibition de la synthèse de prostaglandines. Les prostaglandines jouent un rôle dans le contrôle de la circulation rénale comme antagonistes fonctionnels de l'angiotensine 2 et de la noradrénaline.

Notons que la toxicité rénale est commune aux deux familles d'AINS.

Cette toxicité est potentialisée lors de l'utilisation concomitante d'anti-hypertenseurs et d'autres molécules néphrotoxiques en particulier chez les patients diabétiques, âgés et ceux utilisant de multiples traitements.

Toxicité cardio-vasculaire : il existe un risque d'augmentation de la pression artérielle ainsi qu'une augmentation des infarctus du myocarde (14,15).

Les COX-2 n'inhibent pas le thromboxane A2 plaquettaire qui est dérivé de COX-1. La suppression de la prostacycline via COX-2 induit des réponses d'agonistes thrombogéniques

qui augmentent la pression artérielle et l'athérosclérose. En conséquence, les inhibiteurs sélectifs COX-2 comparés aux non sélectifs altèrent l'équilibre des voies anti-thrombotiques et thrombotiques dans un sens qui entraîne une thrombogénèse.

Toxicité broncho-pulmonaire : il existe une augmentation de crises d'asthme induites par l'utilisation des AINS.

Cette dernière est expliquée par une diminution de prostaglandine broncho-dilatatrice et d'une production accrue de leucotriènes.

B– MATERIELS et METHODES

1. Objectif

L'objectif principal de cette étude était d'évaluer le ressenti des médecins généralistes sur l'automédication de leurs patients par AINS.

Les objectifs secondaires étaient d'analyser le rôle des médecins généralistes sur leur implication dans l'automédication de leurs patients ainsi que la création d'un support à utiliser par le médecin généraliste lors de chaque prescription d'AINS en cabinet.

2. Type d'étude

2.1. Etude qualitative

Il s'agit d'une étude de type qualitative, descriptive, prospective, par entretiens semi dirigés (19).

Chaque entretien a été réalisé à l'aide d'un guide d'entretien.

La démarche était basée sur une théorie ancrée, c'est-à-dire la collecte de données sans *a priori* conduisant à la formulation d'hypothèses à partir de l'analyse de celles-ci.

2.2. Justification du choix

La recherche qualitative est parfois définie en référence ou en opposition à la recherche quantitative. La recherche qualitative ne cherche pas à quantifier ou à mesurer, elle consiste le plus souvent à recueillir des données verbales permettant une démarche interprétative. En réalité, il n'y a pas opposition mais complémentarité entre les deux, car elles n'explorent pas les mêmes champs de la connaissance (20,21).

Nous avons cherché à connaître le ressenti global des médecins généralistes et non chiffrer ou analyser des prises en charges. L'étude qualitative permet une telle observation.

Ce modèle d'étude est le plus adapté pour analyser des domaines peu connus et permet d'explorer les représentations et attentes des sujets rencontrés. Cette méthode permet aussi d'explorer les émotions, les sentiments des praticiens, ainsi que leurs comportements et leurs expériences personnelles. Elle peut contribuer à une meilleure compréhension du fonctionnement des sujets et des interactions entre eux. À ce titre, la recherche qualitative est particulièrement adaptée à la recherche en médecine générale, car elle permet un abord plus élargi de la compréhension de la santé et des déterminants des soins (21). Ce type de recherche nécessite des dispositions humanistes, de la curiosité, mais aussi un sens de la logique, la capacité à reconnaître la diversité ou la régularité d'un phénomène.

Recherche quantitative	Recherche qualitative
Questions plutôt biomédicales	Plutôt adaptée à l'étude de phénomènes sociaux
Mesure, quantifie des variables	Explore l'existence et la signification de ces phénomènes
Relations causales entre des variables mesurables	Compréhension du contexte Étude des sujets dans leur environnement
Teste des hypothèses	Crée des hypothèses
Déductive	Inductive

Figure 3. Différences entre recherche quantitative et qualitative d'après Paul Van Royen (22)

Les entretiens semi dirigés ont permis de recueillir des vécus, des ressentis ainsi que des expériences des professionnels de santé dans leur environnement, laissant la liberté à l'interviewé dans ses réponses et rendant plus naturel le dialogue. Un échange constructif pouvait ainsi s'établir entre les interlocuteurs. Le dialogue entre l'investigateur et l'interviewé favorise l'expression des points de vues personnels et l'émergence d'informations auxquelles l'enquêteur n'aurait pas pensé lors de l'élaboration d'un questionnaire dans une étude quantitative (22).

3. Guide d'entretien

Les entretiens semi dirigés ont été réalisés à l'aide d'un guide d'entretien.

Ce dernier a été construit sur la base d'idées générales formulées à partir de nos objectifs principaux et secondaires.

Nous avons réalisé un entretien dit « test » afin d'évaluer notre guide d'entretien et d'effectuer des ajustements. Celui-ci a été modifié au fur et à mesure des entretiens afin de le faire évoluer en fonction des thèmes mis en relief par l'analyse contemporaine des données, permettant d'explorer de manière plus approfondie les sujets relevés lors des entretiens ultérieurs.

Les thèmes ont été abordés grâce à des questions semi-ouvertes, l'ordre des questions n'étant pas défini et pouvant varier en fonction du déroulement de l'entretien.

Pour approfondir nos questions ou orienter l'interrogé, des sous thèmes ont été introduits dans le guide d'entretien.

Les différents guides d'entretien se trouvent en annexe (22).

4. Méthode d'inclusion

Les médecins généralistes ont été pris au hasard dans les Pages Jaunes des Alpes-Maritimes.

Nous avons réalisé un pas de 10 à partir de la première réponse positive. Nous appelions chaque médecin par téléphone afin de fixer les rendez-vous.

A chaque appel nous spécifions que nous nous déplaçons dans leur cabinet en fonction de leur disponibilité, ce qui a permis une grande facilité d'obtention des rendez-vous.

La prise de rendez-vous s'est effectuée le mercredi.

5. Recueil des données

Le recueil des entretiens a été effectué de juillet 2013 à septembre 2013.

A chaque prise de rendez-vous nous indiquions au médecin que les entretiens seraient anonymes et en intégralité enregistrés par smart phone.

Les déclinaisons sont en quasi-totalité dues à des problèmes d'emploi du temps.

Chaque entretien a été entièrement enregistré par dictaphone intégré aux smart phones et réalisé en double après acceptation par le médecin.

Les enregistrements ont été retranscrits informatiquement par notre entourage sous la forme verbatim en s'assurant de mettre toutes les hésitations et les intonations des médecins généralistes.

Une relecture a été effectuée par les investigateurs pour chaque entretien avec écoute de l'enregistrement et comparaison des retranscriptions afin de s'assurer de la précision du verbatim.

La saturation des données a été obtenue au bout de douze entretiens correspondant à une redondance des idées. Mais trois entretiens supplémentaires ont été effectués afin de s'assurer de l'absence d'émergence de nouvelles idées. Le recueil des données a donc pu être arrêté à ce stade.

6. Analyse des données

Le verbatim a été analysé par une approche herméneutique (23).

Le codage a été réalisé de manière inductive et analytique selon une approche phénoménologique, idée par idée, ligne par ligne selon une méthode d'analyse ouverte qui a permis de regrouper les idées en thèmes et catégories (23,24).

C – RESULTATS

Lors de l'analyse descriptive des entretiens, nous avons recueilli pour certaines questions une ou plusieurs réponses voire même aucune réponse de la part des médecins généralistes. On doit rappeler qu'avec cette méthode d'analyse qualitative une donnée a même valeur qu'elle soit exprimée une seule fois ou plusieurs fois au cours des différents entretiens.

1. Caractéristiques de l'échantillon

Nous avons réalisé au total 15 entretiens de juillet à septembre 2013. L'intégralité des entretiens a été réalisée dans les cabinets de médecine générale des Alpes-Maritimes. La durée moyenne des entretiens a été de 12 minutes et 34 secondes. La durée minimale était de 6 minutes et 7 secondes et la durée maximale de 22 minutes et 54 secondes.

Age

La majorité des médecins interrogés avait entre 50 et 60 ans, aucun d'entre eux n'avait moins de 30 ans, un seul médecin se trouvait dans la tranche 30 – 41 ans, et deux dans la tranche 40 – 50 ans.

Quatre médecins avaient plus de 60 ans.

La moyenne d'âge était de 54,4 ans.

Sexe

Le sexe ratio est largement en faveur des hommes avec seulement 2 femmes sur les 15 médecins. Il y a donc 87% d'hommes dans l'échantillon.

Année d'installation

Ensuite nous nous sommes intéressées à l'année d'installation de chacun des médecins. Quatre médecins ont près de 40 ans d'exercice à leur actif. Six médecins ont quant à eux 30 années d'expérience médicale. Un médecin s'est installé dans les années 1990. Enfin les 4 derniers autres médecins se sont installés dans les années 2000, dont le plus récent en 2012.

La moyenne de durée de pratique dans leur cabinet était de 22,87 ans.

Lieu d'exercice

Quatorze médecins décrivaient leur exercice dans un cadre de type citadin. Un médecin se trouvait en zone semi rurale. Il n'existait aucun médecin exerçant dans un milieu rural.

Patientèle

Nous leur avons ensuite demandé une description de leur patientèle. Dix répondent qu'ils ont une population mixte, cinq pensent avoir une population à orientation gériatrique. Nous retrouvons 2 médecins ayant une orientation pédiatrique dans leurs patients. Deux médecins répondent également avoir une patientèle orientée sur les actifs.

Caractéristiques	Nombre de médecins
Age	
30-40 ans	1
41 – 50 ans	2
51 – 60 ans	8
60 ans et plus	4
Sexe	
HOMMES	13
FEMMES	2
Année d'installation	
1970-1980	4
1981-1990	6
1991-2000	1
après 2000	4
Lieu d'exercice	
CITADIN	14
SEMI RURAL	1
RURAL	0
Patientèle	
PEDIATRIE	2
ACTIFS	2
GERIATRIE	5
MIXTE	10

Tableau 2. Caractéristiques des médecins interrogés

2. Automédication par Anti-Inflammatoires Non Stéroïdiens :

2.1. Définition de l'automédication selon les médecins généralistes

Sept définitions se sont dégagées de ces différents entretiens. Nous avons choisi de classer par ordre de fréquence les réponses retrouvées :

- utilisation des AINS en l'absence d'avis médical (occurrences : 7)

E7 « ma définition c'est la prise de médicament par le patient sans passer par un... sachant que ce soit un pharmacien ou un médecin, voilà »

- réutilisation d'anciennes prescriptions d'AINS par les patients (occurrences : 4)

E5 « utilisation d'un médicament qu'il avait habituellement sous prescription médicale et qui est utilisé directement sans avis médical par le, par un patient »

- utilisation des AINS après avis par l'entourage (occurrences : 3)

E12 « quelqu'un qui va prendre le médicament que la copine ou le copain lui donne : « tiens essaie ça c'est bien » »

- un autodiagnostic du patient sur ses symptômes (occurrences : 3)

E 10 « l'automédication c'est quand un patient se diagnostique une maladie et décide par lui-même de prendre un traitement »

- utilisation de la pharmacie familiale (occurrences : 2)

E2 « l'automédication c'est des boîtes de médicaments qui restent dans la pharmacie euh de l'appartement et puis ils sont réutilisés car ils ont été efficaces fut un temps »

- recours au pharmacien (occurrence 1)

- nouvelles technologies (internet /réseaux sociaux) (occurrence 1)

2.2. Evocation du sujet de l'automédication en consultation

Le sujet de l'automédication n'est pas abordé systématiquement en consultation de médecine générale (occurrences : 10) mais lors de situations particulières :

- Le patient a demandé de l'information (occurrences : 2)
- Découverte par le médecin de l'utilisation de médicaments en automédication (occurrences 4)

Il n'est quasiment jamais abordé systématiquement (Occurrence : 1).

E5 « bien, disons que je l'aborde si je suis face à un cas où j'apprends que le patient s'est automédiqué avec des médicaments euh euh potentiellement dangereux...pas en systématique »

E12 « en consultation on va dire : « est- ce que vous prenez des médicaments, quelles sortes de médicaments ? » et là on va parler effectivement d'automédication »

E7 « pas spécialement, non. C'est plutôt quand quelqu'un me demande de lui prescrire un médicament et que je connais mal l'origine de cette demande »

E9 « j'ai beaucoup de choses à aborder en consultation. Non mais effectivement quand ils me disent qu'ils prennent des choses lorsqu'ils viennent pour une douleur qu'ils ont déjà pris ça, voilà c'est à ce moment-là qu'il faut leur expliquer »

2.3. Rôle du médecin généraliste dans l'automédication

Nous retrouvons un rôle d'éducation (occurrences 6), d'information (occurrences 2), de prévention (occurrences : 2) ainsi qu'un rôle de conseil mais aussi une absence de rôle. L'autonomisation du patient vis-à-vis de sa santé a été évoquée.

Une réponse intègre le fait qu'il n'y a pas de réel rôle du médecin généraliste dans l'automédication. Une autre réponse évoque un rôle de seconde intention dans cette pratique de consommation médicamenteuse.

Enfin dans 2 entretiens nous n'avons obtenu aucune réponse à cette question.

E6 « moi je pense qu'on a un rôle [...] moi mes patients je les cadre je leur fait comprendre »

E4 « C'est l'information, c'est notre job à nous »

E7 « je pense qu'on a un rôle en tout cas dans l'automédication qui est de rappeler que les médicaments c'est pas des bonbons qu'il y a des règles [...] donc l'information à donner autour du médicament pour éventuellement que cette information puisse être récupérée par le patient, pour une prise en charge autonome d'un problème mineur de santé »

E14 « oh ben écoutez on est devant le fait accompli on n'a aucun rôle, les gens ils vont à la pharmacie ils achètent [...] c'est un problème de pharmacien c'est pas un problème de médecin »

E15 « la fonction principale c'est la prévention et ça c'est la médecine moderne on va dire [...] Dans les pays anglophones, dans les pays nordiques [...] en tant que généralistes on a un créneau d'horaires qu'on définit au début : voilà entre 8 et 9 h c'est le téléphone en consultation [...] on va donner les informations, on peut même faxer une ordonnance à la pharmacie »

2.4. Avantages et risques de l'automédication

Bénéfice à l'utilisation d'AINS en automédication (occurrences : 9), notamment pour les pathologies dites bénignes ne nécessitant a priori pas d'avis médical (occurrences : 3)

E7 « les avantages d'une telle pratique euh oui prendre en charge des pathologies imaginées bénignes avec l'expérience personnelle du patient »

Deux réponses intègrent le fait qu'il n'y a aucun risque d'utiliser ces molécules. Deux réponses impliquent un avantage financier à favoriser l'automédication. La rapidité d'obtention du médicament est avancée une fois ainsi qu'une bonne efficacité.

E11 « les bénéfiques c'est que ça va plus vite que d'aller chez le médecin »

E10 « les bénéfiques c'est qu'heureusement souvent ça marche [...] si on a mal à la tête prendre un comprimé de paracétamol ça peut être une bonne chose plutôt que d'aller consulter le médecin, coûter de l'argent à la sécurité sociale »

La quasi-totalité des médecins évoque les risques quant à l'utilisation des AINS en automédication.

Les risques retrouvés sont :

- interactions médicamenteuses (occurrences : 5)
- effets indésirables (occurrences 6)
- les mésusages (posologie, date de péremption, durée de traitement) (occurrences : 6)
- mauvais diagnostic (occurrences : 2)
- escalade thérapeutique (occurrence : 1)

E13 « parce que l'automédication c'est toujours un risque de dosage, de molécule, de pathologies associées »

E10 « le risque c'est, c'est l'erreur, je pense qu'elle est assez fréquente. C'est-à-dire prendre un médicament qui soit contre-indiqué pour la personne elle-même, c'est le risque de prendre un traitement qui ne soit pas indiqué dans la pathologie qu'a le patient, c'est le risque d'associer des médicaments qui ne pouvaient pas s'associer et qui parfois ont l'effet contraire d'ailleurs. »

Un seul médecin n'a donné aucune réponse.

Huit médecins nuancent leurs réponses en précisant que malgré ses avantages, l'automédication présente un certain nombre de risques.

E6 « les bénéfiques ils sont financiers pour la sécurité sociale, voilà et les risques ben c'est d'abord de prendre un produit pour une pathologie enfin de croire soigner quelque chose qui n'existe pas alors qu'on a autre chose donc on passe à côté d'une pathologie qui peut évoluer, des effets secondaires qui sont des fois pas anodins et pour les populations déjà médicalisées enfin déjà médicamentées ben c'est les interactions entre les médicaments »

2.5. Caractéristiques de la population concernée par l'automédication

Les patients qui s'automédiquent, sont pour les médecins généralistes :

- les patients atteints de pathologie chronique (occurrences : 4)
- les jeunes actifs (occurrences : 4)
- les patients démedicalisés (3 occurrences)
- la mère (automédication de ses enfants) (1 occurrence)

E15 « c'est les personnes actives ils ont la tête, ils croient, ils connaissent tout puis la génération internet »

E6 « c'est soit les patients qui sont démedicalisés c'est-à-dire qu'ils ne voient pas le médecin parce qu'ils n'ont rien »

E 14 « parce que les mamans aiment bien si vous voulez avoir toujours de l'ADVIL® en soluté pour la fièvre »

Trois médecins n'identifient pas de population type et un n'a pas donné de réponse.

E4 « toute la population toutes les classes sociales s'automédiquent mais plus ou moins intelligemment »

3. Utilisation des AINS

Dans cette troisième partie, nous nous intéressons aux idées qu'ont les médecins généralistes sur les habitudes de consommation des AINS par leurs patients.

3.1. Motifs d'utilisation des AINS

Le premier item discuté au cours des entretiens a été sur les types de pathologies pour lesquelles les médecins retrouvent le plus de consommation de ces molécules sans avis médical.

On retrouve :

1- Pathologies douloureuses (12 occurrences) :

- pathologies articulaires (occurrences : 9)
- céphalées (occurrences : 5)
- douleurs dentaires (occurrence : 1)
- douleurs menstruelles (occurrence : 1)

2- Pathologies ORL : (occurrences : 6)

3- Traitements pour la fièvre (occurrences : 2)

4- Douleurs résistantes au traitement par paracétamol (occurrence : 1)

Un médecin ne peut identifier les symptômes entraînant une consommation d'AINS en automédication.

E9 « les douleurs principalement pour le rachis et les céphalées »

E10 « les migraines sans aucun doute [...] après tout ce qui est pathologies articulaires arthrosiques rachidiennes »

E12 « beaucoup pour les rhinopharyngites mais aussi les dysménorrhées [...] les maux de tête, les migraineux qu'est ce que j'oublie ? Les douleurs dentaires »

E1 « heu c'est dans les pathologies aiguës hivernales ils en ont bouffés tout l'hiver ils ont pris des anti-inflammatoires ils avaient mal à la gorge mal à l'oreille »

E9 « en antipyrétique mais beaucoup même plus que le paracétamol »

3.2. Habitudes de consommation des AINS

Les patients consomment par cures de plusieurs jours (occurrences : 9) ou par prise ponctuelle (occurrences : 6) voire même une consommation régulière et sur un long terme (occurrences : 2).

E1 « ah non non ils prennent bien 2-3 jours avant de venir vous voir »

E5 « mon sentiment je pense qu'ils vont faire des utilisations courtes et peut-être après demander l'avis du médecin »

E6 « en général ceux qui s'automédiquent dans ce genre avec ce type de produits ils le font de manière régulière »

Une réponse évoque une probable escalade thérapeutique avec notamment l'oubli du paracétamol en première intention à visée antalgique et donc un passage direct aux AINS.

E15 « le risque de cette automédication des anti-inflammatoires généralement c'est les patients qui prennent ça au début ça soulage et puis ils oublient le palier I des antalgiques classiques à savoir le paracétamol et donc du coup même à la prochaine automédication ce sera de l'ibuprofène »

Un médecin n'a pas su répondre sur les habitudes de consommation.

3.3. Information délivrée lors d'une prescription médicale d'AINS

Treize médecins sur 15 donnent une information lors de la prescription des AINS alors que 2 médecins ne délivrent pas d'information.

E3 « c'est par voie orale je ne mets pas un laïus de 5 lignes »

E6 « oui euh oh la la je leurs dis attention, tout ça pas plus de tant par jour. Si y'a un problème de téléphoner »

E7 « Globalement non je pense pas, je vérifie l'absence d'allergie, je pose la question sur la tolérance »

Sept disent délivrer une explication plus importante sur une population ciblée notamment chez les personnes sous anti-coagulants ou antiagrégants plaquettaires ou chez les insuffisants rénaux connus.

E5 « ben j'ai en tête ben qu'il y a cette population à risque donc moi-même je limite fortement mes patients d'anti-inflammatoires à ces gens là, je réfléchis ou bon si il m'arrive d'en donner c'est vraiment en fonction du rein, respecter une bonne hydratation et puis ben voilà période courte si vraiment y'en a besoin après est-ce que ces gens là je les mets en garde ? Oui »

Cinq médecins ne ciblent pas une population à risque et informent chacun de leurs patients.

E15 « Non et je ne demande pas est-ce que vous avez une gastrite , est-ce que vous avez ceci , est-ce que vous avez cela , je donne l'information parce que tôt ou tard ce patient peut-être vous allez le perdre , il va déménager , il va aller voir un autre médecin »

Deux médecins ne précisent pas s'ils ciblent une population particulière lors des consultations.

Cette information est dans la majorité des cas formulée par voie orale. Cependant nous retrouvons un seul médecin délivrant une information donnée par voie écrite systématiquement lors de chaque prescription d'AINS.

E13 « Tout d'abord c'est écrit sur mon ordonnance et après je complète oralement »

4. Situations rencontrées au cabinet lors de l'utilisation d'AINS

Dans une quatrième partie nous cherchions à connaître les différentes situations rencontrées par les professionnels de santé. La totalité des médecins a retrouvé des cas d'effets indésirables dans leur patientèle.

4.1. Effets indésirables liés aux AINS

Les effets indésirables cités par les médecins sont :

1-Troubles digestifs (occurrences : 13):

- les gastralgies (10 occurrences)
- hémorragies digestives (5 occurrences)
- nausées, vomissements (1 occurrence)
- surinfection diverticulaire (1 occurrence)
- rupture de varices œsophagiennes (1 occurrence)
- cytolyse hépatique (1 occurrence)
- saignements hémorroïdaires (1 occurrence)

2-Les troubles rénaux (5 occurrences) :

- insuffisances rénales aiguës

3-Les interactions médicamenteuses avec les anticoagulants et/ou les antiagrégants plaquettaires (3 occurrences) exemples donnés :

- hémorragies digestives
- anémie occulte

4-Allergies (occurrences : 3)

5-Effets indésirables cardiovasculaires (1 occurrence) :

- décompensation cardiaque

6- Mésusages (occurrences : 2) :

- double consommation d'AINS lors de l'arrivée sur le marché des génériques.

E1 « j'ai eu des hémorragies digestives ou des ruptures de varices oesophagiennes des choses comme ça [...] et puis des gastralgies »

E10 « oui oui sans aucun doute, sans aucun doute, des altérations de fonction rénale, des accidents digestifs, gastriques ou coliques euh euh mais essentiellement. Du coup ils arrivent en disant « j'ai pris ça pour telle pathologie. Je régurgite du sang » ou on le sait après quand ils sortent de l'hôpital ».

E11 « c'est les effets secondaires habituels des anti-inflammatoires, les douleurs épigastriques, les saignements sous anti-coagulants, les réactions allergiques. »

E5 « oui heu oui mais j'ai vu quelqu'un qui a pris des anti-inflammatoires et qui a fait une décompensation cardiaque [...] vraisemblablement j'en ai pas la preuve formelle mais visiblement ça correspondait »

E1 « Y'a des personnes âgées qui ont pris à la fois le princeps et le générique »

4.2. Influence de la prise d'AINS sur le diagnostic

Les médecins évoquent un possible retard de diagnostic lors de l'utilisation des AINS en automédication (6 occurrences), d'autres pensent qu'il n'y en a aucun (8 occurrences).

E7 « Non j'en ai pas, j'en ai pas qui me viennent à l'esprit non »

E3 « Je ne pense pas spécialement non »

E9 « Pas spécialement je pense pas qu'ils en prennent jamais très longtemps à mon avis. C'est ponctuel et si vraiment ça s'arrange pas je pense quand même qu'ils consultent derrière »

E6 « Je veux dire d'un mésusage font qu'on retarde un diagnostic »

E12 « Aggraver, euh oui ça c'est sûr et certain car j'ai déjà vu des patients qui s'automédiquent pour des douleurs épigastriques avec des AINS donc aggraver c'est sûr et donc du coup un retard de diagnostic probablement »

Un médecin ne se sent pas concerné par cette question.

Une perte de chance est évoquée par quelques médecins (3 occurrences).

5. Outils d'information des patients sur les AINS en automédication

5.1. Intérêt

Quatorze médecins ont donné une réponse favorable à un outil d'information. Un seul médecin ne sait pas s'il existe un intérêt d'un tel outil.

E7 « Il y a toujours un intérêt à faire de l'éducation, heu du patient pour qu'il puisse se réapproprier effectivement du savoir qui lui est utile »

E12 « ouai moi je pense que c'est une super bonne idée. Je pense qu'on n'insiste pas assez sur la gravité de l'automédication »

5.2. Forme

Nous leur avons ensuite demandé la forme qui leur paraissait la plus appropriée pour cette information :

- affiche en salle d'attente de cabinets de médecins généralistes (6 occurrences)
- campagne à grande échelle (4 occurrences) : spot publicitaire, internet (population jeune), télévision, presse écrite (population âgée)
- campagne dans les pharmacies (2 occurrences)
- plaquettes à distribuer de manière systématique en cabinet lors d'une prescription médicamenteuse de cette molécule (2 occurrences)
- information par voie orale lors de la prescription (2 occurrences)

E4 « Je crois que c'est plutôt une affiche en salle d'attente »

E11 « Distribuer des papiers dans la salle d'attente »

E15 « Moi je trouve que les meilleurs campagnes qui passent le mieux dans les tranches d'âges jusqu'à 30-40 ans c'est internet, c'est le web et puis chez les personnes âgées c'est plus les médias on va dire la télévision ou bien les médias écrits »

5.3. Population cible

Pour la plupart des médecins, il faut sensibiliser la population générale (7 occurrences). Les jeunes, les personnes âgées, les actifs et les mamans, seraient à cibler plus particulièrement pour les autres médecins généralistes.

Trois médecins ne donnent pas de réponse.

E2 « je pense que ça doit être plus les personnes âgées parce que c'est les gros consommateurs de médicaments »

E14 « surtout chez les jeunes enfants quoi heu enfin les mamans qui donnent des anti-inflammatoires »

D-DISCUSSION

1. Discussion de la méthode

La recherche qualitative permet l'étude de phénomènes sociaux, les explore et cherche une signification. *A contrario*, une recherche quantitative analyse les problèmes biomédicaux, les mesure et les quantifie (25). Nous avons choisi d'étudier les médecins généralistes dans leur environnement sur le comportement de leurs patients au sujet de l'automédication par AINS.

Lors de l'élaboration de cette étude nous ne sommes pas parties d'une hypothèse prédéfinie mais d'interrogations sur une réalité connue et acceptée du médecin tant elle s'impose aujourd'hui, l'automédication (25,26).

Les entretiens semi dirigés ont permis d'éviter les biais liés aux focus groups, notamment le risque de domination de certains participants au sein du groupe, la réticence à exprimer des idées personnelles. Il peut se dégager des normes de groupe, sources de blocage (27,28). Notre méthode laissait une part plus grande à la liberté d'expression des interviewés.

2. Biais

2.1. Biais liés au recruteur

Les compétences de l'investigateur, sous-entendues la formation et l'expérience, dans le domaine des études qualitatives sont les conditions requises pour la réalisation et l'analyse optimale d'une étude qualitative (23). Ici il s'agit d'une première étude pour une investigatrice novice, pouvant engendrer un biais certain.

2.2. Biais liés à l'analyse

L'analyse a été réalisée selon une approche phénoménologique incluant une part de subjectivité inhérente.

3. Discussion des résultats

3.1. Caractéristiques de l'échantillon

Le recrutement de l'échantillon s'est effectué au cours de l'été 2013. L'absence de réponse lors des appels téléphoniques de certains cabinets de médecine générale a pu être liée aux congés estivaux. Les appels ont été passés le mercredi, jour de fermeture des cabinets pour certains médecins généralistes, principalement des femmes, constituant un biais de recrutement et expliquant la faible proportion de femmes dans les médecins interrogés, 13% dans notre étude, contre 31% dans les statistiques de démographie médicale nationale (29). Dans le département des Alpes-Maritimes la répartition hommes-femmes en 2013 est de 68% d'hommes pour 32% de femmes (29).

L'âge moyen des praticiens en France est de 52 ans, en région Provence-Alpes-Côte d'Azur (PACA) de 54 ans. Nous retrouvons dans notre échantillon une moyenne d'âge de 52,4 ans (30). Notre pyramide des âges est cohérente avec la démographie en région PACA. Nous avons rencontré 26,7% de médecins âgés de plus de 60 ans et 6,7% âgés de moins de 40 ans vs 29% et 9,3 % respectivement au niveau régional (30).

Parmi les 15 entretiens, un entretien a été difficile d'interprétation. En effet l'échange s'est réalisé de manière unilatérale avec une mauvaise compréhension des questions malgré les différentes tentatives de reformulation et de recentrage du dialogue entraînant donc des réponses plus qu'aléatoires.

3.2. Automédication

Les définitions officielles reprennent l'ensemble des termes abordés par les médecins généralistes dans leurs réponses concernant leur définition de l'automédication.

C'est un sujet connu de tous mais auquel ils ne consacrent pas ou peu de temps. Pour la plupart, leur attitude est expectative, le sujet n'est pas abordé à leur initiative mais lors d'une demande d'information de la part du patient ou après constat de cette pratique par le

médecin. Or, le médecin a un rôle d'éducation et d'information pertinent auprès de son patient.

Article 35 du Code de Déontologie Médicale :

« Le médecin doit à la personne qu'il examine, qu'il soigne ou qu'il conseille une information loyale, claire et appropriée. »

La loi du 4 mars 2002 relative aux droits du malade indique que « le professionnel de santé est tenu d'expliquer dans tous les cas au patient et à l'utilisateur les raisons du test diagnostique ou des soins qu'il propose, et lui indique la solution qu'il envisage. » (31)

Le recours à l'automédication peut être mis sur le compte de l'absence de dialogue de la part du médecin qui n'a pas averti son patient des risques de cette pratique, par oubli ou omission. Les pharmaciens ont eux aussi un rôle déterminant dans l'automédication, or il existe une difficulté de collaboration médecin-pharmacien, déterminant retrouvé lors d'une thèse de médecine générale en 2011 (32).

Une limite de temps est évoquée par le médecin. La relation médecin-malade a changé, on assiste à une perte de confiance du patient avec une certaine nostalgie pour le médecin de famille, ayant comme plainte récurrente « on ne m'écoute pas, mon médecin n'a pas pris le temps ». La distance qui s'est installée entre le médecin et son patient ne peut qu'inciter à la multiplicité des contacts et à l'automédication (33).

Un omnipraticien suggère comme solution de s'inspirer des pays scandinaves pratiquant une permanence téléphonique par le médecin généraliste rémunéré par le système de santé appelé « out-of-hour calls » (34). Une étude analysant cette pratique met en évidence que les patients recourant à ce service étaient en majorité les propres patients du médecin (59 %), des femmes, des personnes mariées et ayant des enfants. La durée moyenne des appels était de moins de 3 minutes. La plupart des appels concernait l'obtention de résultats d'examens complémentaires. L'appel le plus fréquent concernait une plainte chronique s'intégrant dans une maladie connue et bénéficiant d'un traitement déjà mis en place auparavant. Sept pour cent seulement des appels aboutissaient à une consultation médicale (35).

Au Danemark une réforme de la médecine générale a été réalisée en 1992 sur la mise en place d'une permanence téléphonique en dehors des ouvertures des cabinets. Les résultats de cette réforme ont été analysés 5 ans après. En 1998 le pourcentage de consultations téléphoniques avait doublé, les consultations à domicile ont été réduites de 18 %. Ils ont

observé une diminution de charge de travail pour le médecin. La satisfaction des patients était de 72 % (36).

Dans nos entretiens, les médecins évoquant des risques lors de l'utilisation de médicaments en automédication et soulignent en majorité le risque d'effets indésirables, de mésusage, d'interactions médicamenteuses, le risque de mauvais diagnostic et l'escalade thérapeutique. Dans la littérature, 4 risques majeurs ont été décrits : les risques sans mésusage du médicament liés aux propriétés intrinsèques de la molécule (AINS et hémorragie digestive), les risques avec mésusage incluant les indications inappropriées, le non respect des contre-indications, erreurs de posologie, durée d'utilisation, les risques par interaction médicamenteuse fréquents chez les malades « polymédiqués » et/ou à risque dont les personnes âgées et les enfants, enfin le risque de retard de diagnostic de la maladie en cause (37).

Pour le patient, la mise sur le marché des médicaments génériques a entraîné une multiplication des spécialités contenant le même principe actif mais des noms commerciaux différents, sources de confusion pour le patient. Ce facteur est évoqué dans le rapport commandé par X. Bertrand Ministre de la santé en 2007. L'utilisation de la Dénomination Commune Internationale (DCI) systématiquement et en première intention serait un élément de réponse pour diminuer ce risque (2).

Dans notre étude, les médecins estiment en majorité que l'automédication comporte certains avantages dans la prise en charge des pathologies bénignes au quotidien, supposant que les spécialités autorisées en vente libre en pharmacie ont été sélectionnées par l'Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des produits de santé (ANSM) pour être dépourvues de risques. Cela n'inclue pas la pharmacie familiale et l'utilisation d'anciennes prescriptions.

En incitant une politique de déremboursement, l'automédication s'intègre dans la diminution du coût de la santé. Nous rappelons que les prix des médicaments en PMF sont libres et que les marges pour les pharmaciens sont plus élevées que les médicaments remboursés.

La rapidité d'une prise en charge symptomatique notamment dans le cadre de la douleur, est choisie par le patient qui est devenu mieux informé voire surinformé. Il paraît plus responsable mais est devenu impatient. Cette pratique sous-entend un autodiagnostic du patient, qui est également une limite car il ne possède pas les connaissances et l'expérience

médicales permettant de différencier la pathologie bénigne de celle plus dangereuse, de distinguer les sources d'erreurs aboutissant aux risques de l'automédication.

Dans notre étude, lors de la définition d'une population type, les médecins pensent que les patients ayant une pathologie chronique ainsi que les jeunes actifs représentent les patients ciblés par l'automédication. Ils évoquent ensuite les patients démedicalisés et les parents de jeunes enfants. Ces données sont en accord avec celles d'autres études sauf pour la population démedicalisée que nous n'avons pas retrouvée lors de notre bibliographie.

Les femmes et les milieux favorisés (cadres supérieurs et moyens) ainsi que les personnes diplômées ou à comportement dit préventif, les citoyens ne sont pas identifiés dans nos entretiens (38).

3.3. Utilisation des AINS

Dans nos entretiens, la consommation d'AINS en automédication concernait principalement des pathologies douloureuses, des pathologies ORL et la fièvre en accord avec une enquête de la DGS/CSA-TMO santé en octobre 2002 qui répertoriait l'ensemble des symptômes faisant recourir aux médicaments en PMF (2).

Si l'on regroupe les différentes catégories ci-dessus, nous observons une bonne corrélation avec les réponses obtenues lors de nos entretiens.

Les AINS seraient consommés par cures de plusieurs jours selon les médecins traitants interrogés. Peu de données sont disponibles sur la consommation des AINS en automédication. Une étude américaine récente s'est intéressée aux habitudes de consommation des AINS dans la population générale et dans celle à risque d'événements indésirables sévères : la consommation était prolongée de plus de 7 jours chez plus de 20 % de patients dans la population générale vs 30% dans la population à risque. Les doses maximales recommandées étaient dépassées dans plus de 9% des cas dans la population générale et de 3% dans la population à risque (39).

Les médecins interrogés délivrent une information lors de la prescription d'AINS conformément à l'article 34 (R.4127-34) du Code de Santé Publique : « le médecin doit formuler ses prescriptions avec toute la clarté indispensable, veiller à leur compréhension par le patient et son entourage et s'efforcer d'en obtenir la bonne exécution ».

Une étude demandée par la Société Française de Médecine Générale sur la qualité de prescription des médecins généralistes en France retrouve un score élevé de qualité réglementaire des prescriptions (40).

Le médecin doit s'efforcer de recueillir tous les antécédents pouvant potentiellement être à l'origine de contre-indications des AINS et d'établir une liste exhaustive des traitements pris par le patient, soit par sa prescription, soit par celle d'autres médecins ou encore de sa propre initiative. Ceci vise à faciliter la prescription du médecin en délivrant une information intelligible par le patient et complète, évitant ainsi les risques suscités (41).

De nombreux effets indésirables sont décrits par la totalité des médecins généralistes. Les troubles gastro-intestinaux sont le plus fréquemment évoqués avec en premier les gastralgies suivies des hémorragies digestives. Ceci est confirmé par les publications dans lesquelles le risque de survenue de complications gastro-intestinales est estimé à 1,38 pour la prise d'ibuprofène (42) ou montrant des chiffres de 19,6% de patients concernés par les effets indésirables gastro-intestinaux lors de l'utilisation d'AINS en automédication (43).

La toxicité rénale induite par les AINS constitue le deuxième risque le plus souvent évoqué par les médecins traitants. Dans un article de Huerta C. et al. publié dans American Journal of Kidney Diseases en 2005, le risque relatif de développer une insuffisance rénale était de 3,2 quelle que soit la durée de traitement, multiplié par 5 en cas d'utilisation concomitante de médicaments à visée cardiovasculaire, et de 11,6 avec des diurétiques (44).

Les effets indésirables d'origine cardiovasculaire ne sont décrits que par un seul médecin. Or, depuis 2006 de nombreuses études rapportent une augmentation de ce risque avec pour conséquence le retrait du marché de certaines molécules (Vioxx®) en France. L'ibuprofène possède un risque relatif de 1.18 de majoration du risque cardiovasculaire, avec un risque plus faible que d'autres molécules telles que le diclofénac et le celecoxib (45).

Les interactions médicamenteuses potentielles sont nombreuses avec notamment les anticoagulants oraux et les antiagrégants plaquettaires comme le font remarquer trois médecins.

Des études tendent à rechercher l'imputabilité des médicaments consommés en automédication dans les hospitalisations pour événements indésirables. Une récente étude danoise a montré un taux d'automédication dans les 24 heures précédant l'admission de patients en urgences pour événements médicamenteux indésirables de 26 %. Soixante-quatorze pour cent des molécules utilisées étaient des analgésiques pris à visée antalgique avec un diagnostic ad hoc dans 88 % des cas. Le dosage était adapté dans 51 % des cas (46).

Une étude allemande montre un chiffre plus faible d'admissions à l'hôpital pour événements indésirables avec 3.9 %. Parmi eux 53,8 % sont liés à une prise en OTC (over-the-counter) le reste étant la réutilisation d'anciennes prescriptions. Les symptômes gastro-intestinaux représentent la majorité des motifs de consultations consécutives à la prise d'AINS (47).

Les hospitalisations directement imputables à la consommation de médicaments antalgiques en automédication seraient de 10%(37).

3.4. Information des patients

Tous les médecins pensent que la mise en place d'un outil d'information sur l'automédication par AINS est nécessaire.

Certains évoquent l'intérêt d'une affiche en salle d'attente. A contrario d'autres médecins soulignent la multiplication de ce type de support ainsi que le peu d'impact de cet outil.

L'élaboration d'un outil d'éducation est régie par plusieurs règles définies par la Haute Autorité de Santé (HAS). Il est nécessaire de rechercher et sélectionner les informations pertinentes et attendues des patients et des usagers. Puis il faut les présenter sous une forme attractive et accessible au plus grand nombre, enfin il faut envisager précocement la manière de les mettre à disposition du public et des professionnels de santé. Le conseil de l'Europe reconnaît « le droit des patients et des citoyens à recevoir et à avoir facilement accès à une information pertinente au sujet de leur santé et des soins de santé les concernant sous une forme et dans une langue compréhensible par eux ». Cette information doit se fonder sur des

données scientifiques pertinentes issues de lignes directrices et être diffusée et disponible sous des formes adaptées à des publics multiples (professionnels de santé, patients et décideurs).

Les documents écrits ont pour objectif de satisfaire une demande d'information et de conseil des patients et des usagers. Ils sont destinés à compléter ou renforcer les connaissances du patient ou de l'utilisateur afin qu'il puisse mieux participer à la prise de décision le concernant. Le document papier est le support le plus utilisé pour informer le patient et l'utilisateur. Il a l'avantage de pouvoir être mis à disposition du plus grand nombre de personnes (48).

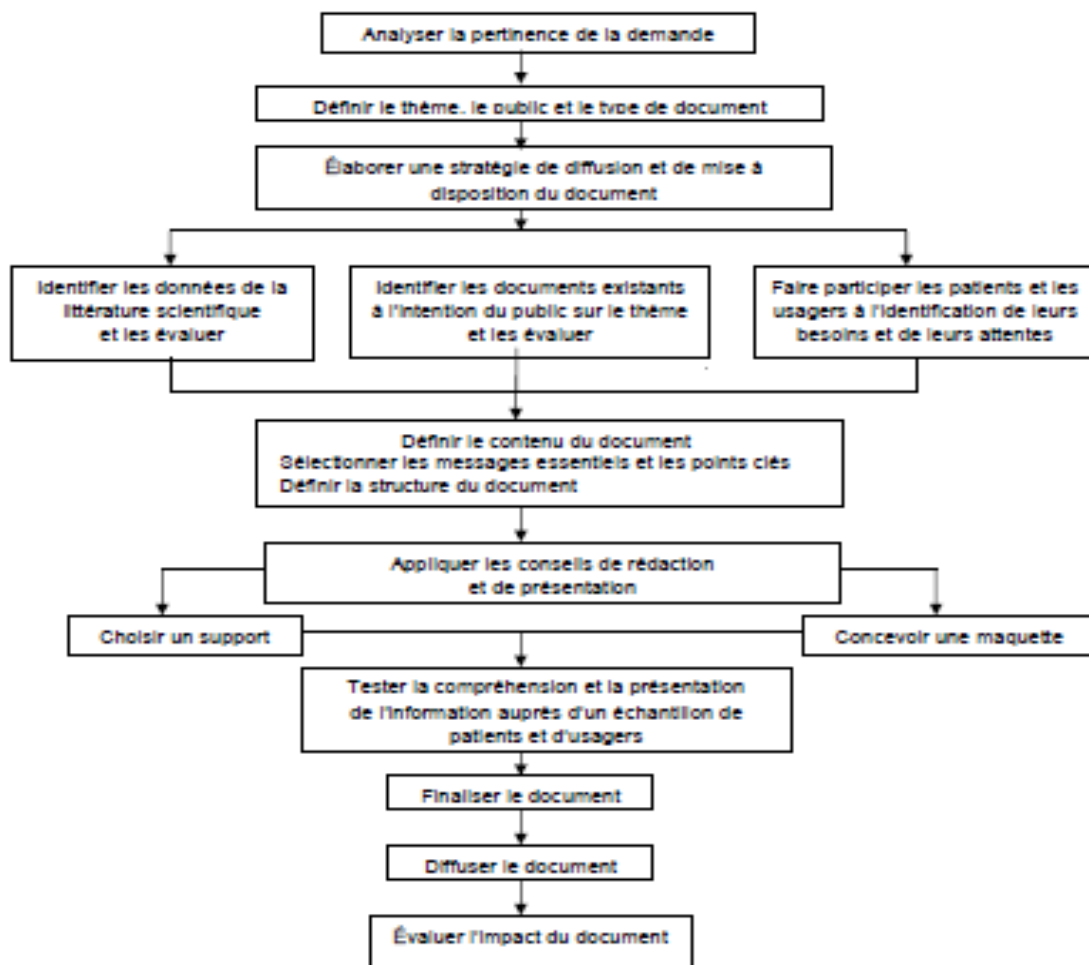


Figure 3. Principales étapes d'élaboration d'un document écrit d'information (48).

Thèmes	Buts des documents écrits d'information
Dépistage <ul style="list-style-type: none"> ▶ de masse ▶ d'incidence 	Comprendre les implications (intérêt collectif et individuel) du dépistage pour le demander, l'accepter ou le refuser
Prévention <ul style="list-style-type: none"> ▶ primaire 	Prendre conscience d'un éventuel facteur de risque et d'un comportement à risque pour la santé et de l'intérêt de modifier une habitude de vie ou d'éviter le problème à l'avenir
<ul style="list-style-type: none"> ▶ secondaire 	Comprendre l'intérêt d'un soin pour arrêter la progression de la maladie ou d'un problème de santé
<ul style="list-style-type: none"> ▶ tertiaire 	Comprendre la manière de prévenir les rechutes, récidives, complications et de mieux vivre sa situation
Stratégies <ul style="list-style-type: none"> ▶ diagnostiques ▶ thérapeutiques ▶ de soins ▶ d'organisation des soins 	Participer au choix, être aidé dans la révélation de ses préférences concernant une stratégie par la mise en balance des avantages, des inconvénients et des risques fréquents ou graves normalement prévisibles
Éducation thérapeutique	Comprendre l'intérêt et les bénéfices du développement de compétences pour gérer et mieux vivre avec une maladie chronique ou une situation qui nécessite un apprentissage
Description détaillée des soins autoprodigés (autosoins, autosurveillance)	Mieux participer à un traitement et aux soins, se rappeler les conseils donnés
Résultats de revue systématique de la littérature	Accéder sous forme de résumé aux résultats de la recherche dans les domaines du dépistage, de la prévention, du diagnostic, des thérapeutiques, des soins et de leur organisation

Figure 4. Exemples de thèmes sur lesquels peuvent porter les documents écrits d'information (46).

4. Elaboration d'un outil d'information sur les AINS

Au vu de nos résultats, les médecins généralistes semblent avoir pleinement conscience de leur rôle dans l'automédication par AINS. Nous pourrions pallier aux contraintes de temps évoquées par les médecins en s'appuyant sur un outil d'aide à l'information pour les patients sur les AINS en automédication.

Cette thèse a été élaborée en miroir avec une seconde thèse réalisée par P. SIVRY portant sur les connaissances des patients de médecine générale sur les AINS.

Nous sommes partis d'un constat global sur les risques de l'automédication par AINS et nous avons cherché à connaître les avis et les connaissances des patients et des médecins sur cette

classe médicamenteuse. Cette seconde thèse est une thèse quantitative : elle évalue par un auto questionnaire le niveau de connaissance de 334 patients des Alpes-Maritimes au sujet des AINS consommés en automédication. Le niveau de connaissance global sur les AINS de l'échantillon était insuffisant.

Le but étant de mettre nos résultats en commun afin de réaliser un outil d'aide à l'éducation médicale utilisable par les médecins généralistes pour informer la population générale. Nous avons choisi de réaliser une affiche à mettre dans les salles d'attentes en se basant sur le manque de connaissance des patients au sujet des AINS. Cette affiche peut s'utiliser sous forme de fiche individuelle afin d'être distribuée par les médecins généralistes lors de leurs prescriptions d'AINS ou à visée informative. Cette fiche doit être accompagnée de quelques mots du médecin, et permet au patient de garder une trace de l'information qui lui a été délivrée.

Un travail complémentaire pourrait évaluer l'impact de cette fiche sur le niveau de connaissance des patients sur les AINS ainsi que l'aide réelle apportée par cet outil aux médecins généralistes.

En annexe 4 et 5, sont exposés deux exemples d'affiches réalisées sur les AINS. La première a été réalisée par l'Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé (AFSSAPS) en 2008 pour les patients consommant de l'ibuprofène en automédication. Il existe également une fiche d'aide à la dispensation de l'ibuprofène pour les médecins. La seconde est une affiche américaine réalisée par l'American Heart Association. Notre projet est présenté en annexe 6.

E-CONCLUSION

L'automédication s'intègre dans une habitude de consommation récente. La santé est une préoccupation importante de la population. Elle est favorisée à l'heure actuelle par les autorités mais aussi par la multiplication des sources d'informations médicales utilisables par tous. Vouloir l'interdire serait préjudiciable mais l'encadrer afin d'obtenir une automédication responsable est la solution.

D'après nos résultats les médecins généralistes sont conscients de la réalité de l'automédication et sont confrontés à ses dangers. Ils ne sous-estiment pas son importance mais ils n'ont pas le temps ni les outils nécessaires pour l'information des patients.

Le médecin généraliste est le pivot de la prise en charge de la santé et il ne doit pas s'éloigner de son rôle éducatif ainsi qu'informatif sur cette notion très vaste de l'automédication. Il est le garant des règles de prescriptions et de consommation médicamenteuse mais il ne doit pas être seul en collaboration avec le pharmacien mais aussi avec le patient.

En France les AINS sont accessibles en vente libre mais aussi après une prescription donnant droit à un remboursement à la différence des autres pays européens. En effet, les médicaments en automédication ne sont pas disponibles sur prescription. Il s'agit probablement d'un élément de réponse expliquant la faiblesse de notre marché de l'automédication par rapport à nos voisins.

Cependant cette classe de médicaments est à utiliser avec une grande prudence et nécessite une information appuyée auprès de l'ensemble de la population afin de limiter leurs effets indésirables.

Le médecin généraliste ne doit pas ignorer ce mode de consommation médicamenteuse mais doit remplir son rôle de conseil auprès de ses patients.

F- Bibliographie

1. France. Décret N°2008-641 30 juin 2008 relatif aux médicaments disponibles en accès direct dans les officines de pharmacie. Disponible sur : <http://www.Legifrance.gouv.fr>
2. Coulomb A., Baumelou A. Situation de l'automédication en France et perspective d'évolution du marché, comportement, position des acteurs. Rapport demandé par M. le Ministre de la santé X. Bertrand en 2007. Disponible sur : <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/074000030/0000.pdf>
3. AFIPA. 11^{ème} baromètre AFIPA 2012 de l'automédication, source AFIPA. Disponible sur : http://www.afipa.org/fichiers/20140203174847_Marche_francais_de_lautomedication_2012.pdf
4. Laure P. Enquête sur les usagers de l'automédication : de la maladie à la performance. *Thérapie* 1998, 53 : 127-35
5. Définition de l'automédication. Disponible sur : www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/automedication.pdf
6. Bulletin de l'Académie Nationale de médecine ; de l'autodiagnostic à l'automédication. *Bull.Acad.Natlle méd.*, 2007, 191 : 1487-88
7. Définition de l'automédication. Disponible sur : www.sante.gouv.fr/automedication.html
8. AFIPA. Observatoire Européen sur l'automédication. Disponible sur : http://www.afipa.org/fichiers/20130625180138_Afipa_Observatoire_europeen_sur_lautomedication_Juin_2013.pdf
9. Mascret C. L'automédication, un comportement ou une classe de médicaments ? *Actualités pharmaceutiques*, 2009, 48 : 56-8
10. France. Décret article L5111-1, article L5132-6 du Code de la Santé Publique Disponible sur : <http://www.Legifrance.gouv.fr>
11. Qu'est ce qu'un médicament d'automédication Disponible sur : <http://www.afipa.org/1-afipa-automedication/119-l-automedication-responsable/304-qu-est-ce-que-l-automedication.aspx>
12. Dugowson CE, Gnanashanmugam P. Nonsteroidal Anti-Inflammatory Drugs. *Phys Med Rehabil Clin N Am* 2006, 17: 347-54

13. Goodman & Gilman's The pharmacological Basis of Therapeutic 12^{ème} edition. USA : Mc Graw Hill medical , 2011 , 2084 p.
14. Lüllmann H., Mohr K. Atlas de poche de Pharmacologie. 3^e édition. Médecine-Sciences. Paris : Flammarion, 2006. 381 p.
15. Oates J. Non steroidal Anti-Inflammatory Drugs – Differences and similarities. N Engl J Med , 1991 ,324 : 1716-25
16. Naesh O. Back to the future: postoperative pain management beyond COX-2 inhibitors. N Z Med J , 2006 : 119-2
17. Viel E, Ben Ammar M-S., Eledjam J-J. Évaluation et traitement de la douleur : 2006. Paris: Elsevier Masson : 603-16
18. Wong VW, Chan FK. Review : misoprostol or COX-2 specific or selective NSAIDs reduce gastrointestinal complications and symptomatic ulcers. ACP J Club ,2005 ,142, 3: 75
19. Pope C, Mays N. Qualitative research in health care. Third edition. Oxford : Blackwell Publishing 2006 :1-150.
20. Couvreur A., Lehuède F. Essai de comparaison de méthodes quantitatives et qualitatives. A partir d'un exemple : le passage à l'euro vécu par les consommateurs. CREDO, 2002 : 7-23.
21. Aubin-Auger I., Mercier A., Baumann L. Introduction à la recherche qualitative. Revue Exercer, 2008, 84 : 14-25.
22. Blanchet A, Gotman A. L'entretien. Paris : Armand Colin 2012. 128 p.
23. Andreani JC, Cochon F. Méthodes d'analyse et d'interprétation des études qualitatives : état de l'art en marketing. Revue française du marketing. 2005,201 : 5-21.
24. Lindseth A, Norberg A. A phenomenological hermeneutical method for researching lived experience. Scand J Caring Sci, 2004 , 18 :145-53.
25. Pouillard J. L'AUTOMEDICATION. Rapport adopté lors de la session du Conseil national de l'Ordre des médecins. Février 2001. Disponible sur : www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/automedication.pdf
26. Mays N, Pope C. Qualitative research : rigor and qualitative research. BMJ 1995 , 311 : 109-12
27. Thibeault E. A propos de la méthodologie des entretiens de groupes focalisés. Adjectif analyses, 2010.

Disponible sur : <http://www.adjectif.net/spip/spip.php?article58>

28. Kitzinger J. Qualitative research : Introducing focus groups. *BMJ*, 1995, 311 : 299-302
29. Démographie médicale en 2010. Statistiques cotisants. Informations de la CARMF n°58 - décembre 2010. Disponible sur : www.carmf.fr/doc/publications/infocarmf/58-2010/infocarmf
30. Le Breton-Lerouillois G. Atlas de la démographie médicale en France. Situation au 1^{er} janvier 2013. CNOM , 2013
31. France. Loi N° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. JO du 5 mars 2002 p. 4118.
32. Giroud JP, Bauweens, Rouvex B. Intérêt et limites de l'automédication. Un comportement à risque. In : Queneau P et al., editors. Automédication, auto prescription, autoconsommation. Paris : John Libbey eurotext ,1999. 137 p.
33. Licausi V. Les déterminants de l'opinion des médecins généralistes et des pharmaciens concernant l'automédication en France. Thèse de Médecine Générale. Université de Nice-Sophia-Antipolis, 2011, 113 p.
34. Hallam L. Patient access to general practioners by telephone: the doctors view, *Br J Gen Pract* , 1992 , 42 : 186-89
35. Nagle, JP. Evaluation of the use and usefulness of telephone consultation in one general practice. *Br J Gen Pract*, 1992, 42 : 190-3
36. Christensen MB , Out of hours service in Danemark : evaluation five years after reform . *BMJ*, 1998 , 16 , 316 : 1502-5
37. Queneau P. L'automédication, source d'accidents ? Réflexion et recommandations pour des mesures préventives. *Médecine*, 2008, 4, 5 :203-6
Disponible sur : <http://www.jle.com/e-docs/00/04/3D/87/article.phtml>
38. Raynaud D. Les déterminants du recours à l'automédication. *Revue française des affaires sociales*, 2008, 1 : 80-94
39. Koffeman AR. High-risk use of over-the-counter non-steroidal anti-inflammatory drugs: a population-based cross-sectional study. *Br J Gen Pract* , 2014 ,64 :191-8
40. Raineri F, Martinez L. Qualité de la prescription médicamenteuse. Société Française de Médecine Générale Documents de Recherche en Médecine Générale.2008. Disponible sur :
http://www.sfm.org/data/generateur/generateur_fiche/274/fichier_dr65_g2pme5f72.pdf

41. Depont F. Données médicales et modalités de consommation des AINS : concordance entre le déclaratif patient, le déclaratif médecin et la base de données de la CNAMTS dans l'étude CADEUS. *Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique*, 2007,55, 1S : 3
42. Biskupiak JE, Brixner DI, Howard K. Gastrointestinal complications of over-the-counter nonsteroidal antiinflammatory drugs. *J Pain Palliat Care Pharmacother* 2006, 20 : 7-14
43. Thomas J, Straus WL, Bloom BS. Over-the-counter nonsteroidal anti-inflammatory drugs and risk of gastrointestinal symptoms. *Am J Gastroenterol* ,2002; 97:2215-9
44. Huerta C, Castellsague J, Varas-Lorenzo C, García Rodríguez LA. Nonsteroidal anti-inflammatory drugs and risk of ARF in the general population. *Am J Kidney Dis* , 2005, 45:531-9
45. McGettigan P, Henry D. Cardiovascular risk with non-steroidal anti-inflammatory drugs: systematic review of population-based controlled observational studies. *PLoS Med* ,2011 ;8
46. Pedersen M., Brabrand M. One fourth of acutely admitted patients use over-the-counter-drugs 24 hours prior to hospitalisation. *Dan Med J* , 2014 , 61 : 4789
47. Schmiedl S. Self-Medication with Over-the-Counter and Prescribed Drugs Causing Adverse-Drug-Reaction-Related Hospital Admissions: Results of a Prospective, Long-Term Multi-Centre Study. *Drug Saf* , 2014 , 37 : 225-35
48. France. Elaboration d'un document écrit d'information à l'intention des patients et des usagers du système de santé. HAS, 2008

Annexe 1- Abréviations :

AFIPA : Association Française de l'Industrie Pharmaceutique pour une Automédication responsable

AFFSAPS : Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé

AINS : Anti-Inflammatoire Non Stéroïdien

AMM : Autorisation de Mise sur le Marché

ANSM : Agence National de Sécurité du Médicament et des Produits de Santé

DCI : Dénomination Commune Internationale

HAS : Haute Autorité de Santé

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

ORL: Oto-Rhino-laryngologie

OTC : Over-the-Counter

PACA : Provence-Alpes-Côte d'Azur

PMF : Prescription Médicale Facultative

SFMG : Société Française de Médecine Générale

Annexe 2-Guide d'entretiens Juin 2013

I : Caractéristiques :

- Age
- Sexe
- Lieu d'exercice
- Année d'installation
- Type d'activité

II : Automédication par Anti-Inflammatoire Non Stéroïdien :

- Définition de l'automédication
- Rôle du médecin généraliste
- Risques de l'automédication
- Type de population pratiquant l'automédication

III : Utilisation des Anti-Inflammatoires Non Stéroïdiens

- Type de pathologie
- Caractéristiques de prescription
- Mise en garde sur les précautions d'emploi

IV : Type d'information donnée à vos patients :

- Comment abordez-vous ce sujet
- Pour qui
- Dans quelle situation
- Type d'information (efficacité / risque)
- Population à risque ciblée

V : Situations rencontrées en cabinet

- Effets indésirables
- Retard de diagnostic
- Perte de chance

VI : Amélioration de l'utilisation des AINS en automédication

- Intérêt d'information
- Forme
- Population à cibler

Annexe 3- Guide d'entretiens Juillet 2013

I : Caractéristiques :

- Age
- Sexe
- Lieu d'exercice
- Année d'installation
- Patientèle

II : Automédication par Anti-Inflammatoires Non Stéroïdiens :

- Définition de l'automédication
- Sujet abordé en consultation
- Rôle du médecin généraliste
- Risques et avantages de l'automédication
- Type de population pratiquant l'automédication

III : Utilisation des Anti-Inflammatoires Non Stéroïdiens

- Type de pathologie
- Consommation
- Information donnée

IV : Situations rencontrées en cabinet

- Effets indésirables / mésusage / iatrogénie
- Retard de diagnostic
- Perte de chance

V : Amélioration de l'utilisation des AINS en automédication

- Intérêt d'information
- Forme
- Population à cibler

Annexe 4 - Fiche informative française sur l'ibuprofène

ATTENTION!

- Lisez toujours la notice et conservez-la avec le médicament, à l'intérieur de la boîte d'origine. En cas de doute, demandez conseil à votre médecin ou à votre pharmacien.
- Ne laissez pas ce médicament à la portée ni à la vue des enfants.
- En cas d'événement(s) indésirable(s), parlez-en à votre médecin ou à votre pharmacien.



MÉDICAMENT :

CACHET DU PHARMACIEN

Pour plus d'informations www.afssaps.sante.fr



Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé

Ibuprofène en bref

Vous venez de vous procurer un médicament contenant de l'ibuprofène et disponible en accès direct dans votre pharmacie.

L'IBUPROFÈNE EST UN ANTI-INFLAMMATOIRE : IL SOULAGE LA DOULEUR ET PERMET DE FAIRE BAISSER LA FIÈVRE.

Les conseils de votre pharmacien sur ce médicament contenant de l'ibuprofène



Ne dépassez pas les doses indiquées dans la notice.

L'utilisation de la dose la plus faible possible pendant la durée la plus courte nécessaire au soulagement des symptômes permet de minimiser la survenue d'effets indésirables.

En cas de persistance de la douleur plus de 5 jours ou de la fièvre plus de 3 jours ou en cas d'aggravation, ne continuez pas le traitement sans l'avis de votre médecin.



Attention particulièrement :

- ◆ Chez les femmes enceintes, l'ibuprofène est formellement contre-indiqué à partir du début du 6^{ème} mois de la grossesse.
- ◆ Ne prenez pas d'ibuprofène si vous avez des antécédents d'ulcère de l'estomac ou du duodénum, d'hémorragies digestives, d'allergie et/ou d'asthme liés à la prise d'ibuprofène ou d'autres anti-inflammatoires ou d'aspirine.
- ◆ Ne prenez pas d'ibuprofène sans avis médical si vous avez une maladie grave du cœur, du foie ou des reins et si vous souffrez d'hypertension artérielle, en particulier si vous êtes âgé(e).



Respectez toujours un intervalle d'au moins 6 heures entre les prises.

Vous ne devez jamais prendre en même temps un autre médicament contenant un anti-inflammatoire ou de l'aspirine.

Attention : de nombreux autres médicaments contiennent des anti-inflammatoires (ibuprofène ou apparentés) ou de l'aspirine (seuls ou associés à d'autres substances). Ils peuvent se présenter sous différents noms de marque, sous différentes formes et différents dosages. Lisez attentivement les notices des autres médicaments que vous prenez, afin de vous assurer de l'absence d'anti-inflammatoire et/ou d'aspirine.

Ibuprofène

Voici quelques questions à poser au patient et informations à lui donner :

Quel âge, quel poids, quelle situation particulière ?

- Adapter les doses en fonction de l'âge et du poids,
- Espacer les prises d'au moins 6 heures.
 - Dose maxi nourrisson (à partir de 3 mois)/enfant : 30 mg/kg/jour,
 - Dose maxi adulte ou enfant de plus de 40 kg : 1200 mg/jour (au-delà nécessité d'une consultation médicale).

Quelle douleur, quel symptôme, quel médicament ?

- Toujours faire préciser la nature et l'intensité de la douleur et/ou de la fièvre.
- Demander au patient s'il a déjà pris un médicament pour soulager sa douleur et/ou sa fièvre et, si oui, lequel.

Rappeler les contre-indications et mises en garde majeures (à porter dans le cadre d'un achat par anticipation)

CONTRE-INDICATIONS

- Anti-cé dents (ulcère gastro-duodinal, allergie et/ou asthme à l'ibuprofène, à un autre AINS ou à l'aspirine, antécédents hémorragiques, lupus érythémateux disséminé).
- Insuffisance hépatique, rénale ou cardiaque (attention à la personne âgée).

L'IBUPROFENE et TOUS LES AINS sont contre-indiqués à partir du début du 6^{ème} mois de grossesse (voir note bene)



Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé

Pour toute information complémentaire, veuillez consulter les documents de référence

MISES EN GARDE ET PRÉCAUTIONS D'EMPLOI

- Anti-cédents d'hypertension et/ou d'insuffisance cardiaque (risque de rétention hydrosodée).
- Préciser au patient qu'il est nécessaire d'arrêter le traitement et de consulter un médecin en cas d'apparition de :
 - symptômes digestifs inhabituels (en particulier saignements gastro-intestinaux), notamment en début de traitement chez le patient présentant des antécédents gastro-intestinaux (surtout chez la personne âgée),
 - éruption cutanée, lésions des muqueuses ou tout signe d'hypersensibilité.
- Association déconseillée avec l'aspirine, les autres AINS et les anticoagulants oraux.
- Chez l'enfant, éviter l'utilisation d'ibuprofène en cas de varicelle car celle-ci peut exceptionnellement être à l'origine de graves complications infectieuses de la peau et de tissus mous ; le rôle favorisant de l'ibuprofène dans l'aggravation de ces infections ne peut être écarté. Il sera donc préférable de conseiller du paracétamol.

NB :

1. AFIN D'ÉVITER LES RISQUES DE SURDOSAGE, vérifier que le patient ne prend pas d'autres médicaments contenant des AINS (y compris les coxibs) ou de l'aspirine.

2. LA POSOLOGIE doit être adaptée à la symptomatologie et la durée de traitement sera la plus courte possible.

3. Toujours rappeler que : au-delà de 5 mois de grossesse révolus (24 semaines d'aménorrhée) une femme enceinte ne doit en aucun cas prendre d'AINS car les effets sur l'enfant à naître peuvent avoir des conséquences graves notamment au plan cardio-pulmonaire et rénal et cela même après une seule prise. Le risque majeur est celui de mort in utero par fermeture du canal artériel.

En cas de prise par une femme enceinte de plus de 5 mois révolus, celle-ci doit en parler à son obstétricien pour qu'une surveillance adaptée soit proposée.

Il est en règle générale préférable de conseiller du paracétamol à une femme enceinte.

Par mesure de précaution, l'ibuprofène est à éviter en cas d'allaitement.

En savoir plus


Consultez le site Internet de l'Afssaps : www.afssaps.sante.fr

143/147, bd Anatole France - F-93285 Saint-Denis Cedex
tél. +33 (0) 1 55 87 30 00 - fax +33 (0) 1 55 87 30 42

Annexe 5 - Fiche informative américaine sur les AINS



Annexe 6 – Notre affiche en format A3




ATTENTION AUX ANTI-INFLAMMATOIRES !

Exemples d'anti-inflammatoires :


ASPIRINE[®] - Ibuprofène (ADVIL[®] - NUROFEN[®] - RHINADVIL[®] - NUREFLEX[®] - SPEDIFEN[®]) - Diclofénac (VOLTARENE[®]) - Acide Niflumique (NIFLURIL[®]) - Ketoprofène (KETUM[®] - BIPROFENID[®])


Les anti-inflammatoires peuvent entraîner de nombreux effets secondaires, et notamment :




Donc attention aux règles d'utilisation :

- La dose
- La durée d'utilisation
- L'intervalle entre deux prises





Ces médicaments peuvent être contre-indiqués dans votre cas : renseignez-vous auprès d'un professionnel de santé. Si votre médecin vous a déjà prescrit un de ces médicaments, ne le réutilisez pas sans lui en avoir parlé auparavant.

Et surtout : **votre médecin est disponible pour vous informer, n'hésitez pas à l'appeler** 

Fiche individuelle à distribuer par le médecin traitant en format A5




ATTENTION AUX ANTI-INFLAMMATOIRES !


Votre médecin vient de vous prescrire du[®] = (générique)


Ce médicament vous a été prescrit dans le cadre d'une maladie, ne le réutilisez pas sans lui en avoir parlé auparavant.

Les anti-inflammatoires peuvent entraîner de nombreux effets secondaires, et notamment :



- Cardiovasculaires
- Rénaux
- Digestifs
- Aggravation de certaines infections
- Allergies






Donc attention aux règles d'utilisation :

- La dose
- La durée d'utilisation
- L'intervalle entre deux prises

Et surtout :

votre médecin est disponible pour vous informer, n'hésitez pas à l'appeler



Serment D'HIPPOCRATE

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

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

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

Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

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

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

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

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

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

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

ABSTRACT

Introduction: Over-the-counter drugs are used by 80% of french patients. We studied the non-steroidal anti-inflammatory drugs which are the third most solded drug without medical prescription, but using them are not without risks. Our main object is to evaluate the general practitioner opinion on patients self-medication by non-steroidal anti-inflammatory drugs. **Method:** It is a qualitative study, descriptive and prospective by semi-directed interviews. After writing an interview guide, we conducted 15 interviews with general practitioner chose randomly in the region of the alpes-maritimes. The recordings were transcript under a verbatim form and analyzed with a phenomenological approach. **Results:** Most of the physicians we interviewed were men between 50 and 60 years old with a citizen patient base. The physicians were well aware of self-medication by non-steroidal anti-inflammatory drugs and declare it was mostly used to manage pain or fever and are frequently confronted with there undesirable effects (gastro-intestinal or kidney disorders), drug interactions and allergies. The subject is not always discussed immediatly but only after they discover self-medication. They declare to have a role of information and education of their patients but they often lack of time to do it properly. A tool to help them educate and inform the patients on using such drugs seems to be a demand from the physicians. **Discussion:** The general practitioner have an important role in controlling the use of this class of drugs but they lack of time and efficient tools to do so. A second parallel study was done to evaluate the patient knowledge about non-steroidal anti-inflammatory drugs. The results were compared to elaborate an education tool for the patients , designed as a poster for the doctors waiting room or flyers to distribute to patients along with their prescription.

Keywords : self-medication, non-steroidal anti-inflammatory drugs, general practitioner, posters, flyers.

RESUME

Introduction : L'automédication est utilisée par 80% des français. Nous nous sommes intéressées plus particulièrement aux Anti-Inflammatoires non stéroïdiens (AINS) qui représentent la troisième classe médicamenteuse la plus vendue en pharmacie sans ordonnance or ils ne sont pas dénués d'effets indésirables et possèdent une iatrogénie non négligeable. Notre objectif principal était d'évaluer le ressenti des médecins généralistes sur l'automédication par AINS de leurs patients. **Matériels et Méthodes:** C'est une étude qualitative, descriptive et prospective. Après la rédaction d'un guide d'entretien, nous avons réalisé 15 entretiens semi dirigés auprès de médecins généralistes des Alpes-Maritimes sélectionnés au hasard. Les enregistrements ont été retranscrits sous la forme verbatim. L'analyse a été réalisée par une approche phénoménologique. **Résultats :** La majorité des médecins généralistes interrogés étaient des hommes, âgés de 50 à 60 ans exerçant dans un milieu urbain ; L'automédication était un sujet bien connu par eux. Les AINS étaient utilisés majoritairement pour des pathologies douloureuses, ORL ou à visée antipyrétique. Les médecins étaient confrontés à leurs effets indésirables (troubles gastro-intestinaux ou rénaux), interactions médicamenteuses, allergies, mésusages. L'automédication n'était pas abordée systématiquement lors des consultations. Leur rôle d'information et d'éducation était primordial pour eux mais le manque de temps était un facteur limitant. D'après eux, un outil d'information d'aide à la prescription des AINS afin d'encadrer leur consommation était nécessaire. **Discussion :** Le médecin généraliste est l'acteur principal d'une automédication responsable. Les contraintes de temps nous ont conduits à réaliser des outils d'information sur l'automédication par AINS sous forme d'une affiche en salle d'attente et de fiches individuelles à distribuer par les médecins généralistes à leurs patients.

Mots clés : Automédication, AINS, médecins généralistes, outils d'information