



HAL
open science

Pourquoi les internes ont-ils recours à l'auto-prescription médicamenteuse ? Enquête auprès des internes de la Faculté de médecine de l'Université d' Aix-Marseille

Alexis Pierres

► To cite this version:

Alexis Pierres. Pourquoi les internes ont-ils recours à l'auto-prescription médicamenteuse ? Enquête auprès des internes de la Faculté de médecine de l'Université d' Aix-Marseille. Sciences du Vivant [q-bio]. 2018. dumas-02024684

HAL Id: dumas-02024684

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02024684>

Submitted on 19 Feb 2019

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.

**Pourquoi les internes ont-ils recours à l'auto-prescription
médicamenteuse ? Enquête auprès des internes de la Faculté de
médecine de l'Université d'Aix-Marseille**

T H È S E

Présentée et publiquement soutenue devant

LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE MARSEILLE

Le 10 Octobre 2018

Par Monsieur Alexis PIERRES

Né le 1er octobre 1988 à La Fleche (72)

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

D.E.S. de MÉDECINE GÉNÉRALE

Membres du Jury de la Thèse :

Monsieur le Professeur BERNARD Jean-Paul	Président
Monsieur le Professeur LANÇON Christophe	Assesseur
Madame le Docteur (MCU-PH) LAGOUANELLE-SIMEONI Marie-Claude	Assesseur
Monsieur le Docteur BARGIER Jacques	Directeur

**Pourquoi les internes ont-ils recours à l'auto-prescription
médicamenteuse ? Enquête auprès des internes de la Faculté de
médecine de l'Université d'Aix-Marseille**

T H È S E

Présentée et publiquement soutenue devant

LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE MARSEILLE

Le 10 Octobre 2018

Par Monsieur Alexis PIERRES

Né le 1er octobre 1988 à La Fleche (72)

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

D.E.S. de MÉDECINE GÉNÉRALE

Membres du Jury de la Thèse :

Monsieur le Professeur BERNARD Jean-Paul	Président
Monsieur le Professeur LANÇON Christophe	Assesseur
Madame le Docteur (MCU-PH) LAGOUANELLE-SIMEONI Marie-Claude	Assesseur
Monsieur le Docteur BARGIER Jacques	Directeur

AIX-MARSEILLE UNIVERSITE

Président : Yvon BERLAND

FACULTE DE MEDECINE

Doyen : Georges LEONETTI

Vice-Doyen aux Affaires Générales : Patrick DESSI
Vice-Doyen aux Professions Paramédicales : Philippe BERBIS

Assesseurs :

- * aux Etudes : Jean-Michel VITON
- * à la Recherche : Jean-Louis MEGE
- * aux Prospectives Hospitalo-Universitaires : Frédéric COLLART
- * aux Enseignements Hospitaliers : Patrick VILLANI
- * à l'Unité Mixte de Formation Continue en Santé : Fabrice BARLESI
- * pour le Secteur Nord : Stéphane BERDAH
- * aux centres hospitaliers non universitaires : Jean-Noël ARGENSON

Chargés de mission :

- * 1^{er} cycle : Jean-Marc DURAND et Marc BARTHET
- * 2^{ème} cycle : Marie-Aleth RICHARD
- * 3^{ème} cycle DES/DESC : Pierre-Edouard FOURNIER
- * Licences-Masters-Doctorat : Pascal ADALIAN
- * DU-DIU : Véronique VITTON
- * Stages Hospitaliers : Franck THUNY
- * Sciences Humaines et Sociales : Pierre LE COZ
- * Préparation à l'ECN : Aurélie DAUMAS
- * Démographie Médicale et Filiarisation : Roland SAMBUC
- * Relations Internationales : Philippe PAROLA
- * Etudiants : Arthur ESQUER

Chef des services généraux : * Déborah ROCCHICCIOLI

Chefs de service :

- * Communication : Laetitia DELOUIS
- * Examens : Caroline MOUTTET
- * Logistique : Joëlle FRAVEGA
- * Maintenance : Philippe KOCK
- * Scolarité : Christine GAUTHIER

DOYENS HONORAIRES

M. Yvon BERLAND
M. André ALI CHERIF
M. Jean-François PELLISSIER

PROFESSEURS HONORAIRES

MM	AGOSTINI Serge	MM	FIGARELLA Jacques
	ALDIGHERI René		FONTES Michel
	ALESSANDRINI Pierre		FRANCOIS Georges
	ALLIEZ Bernard		FUENTES Pierre
	AQUARON Robert		GABRIEL Bernard
	ARGEME Maxime		GALINIER Louis
	ASSADOURIAN Robert		GALLAIS Hervé
	AUFFRAY Jean-Pierre		GAMERRE Marc
	AUTILLO-TOUATI Amapola		GARCIN Michel
	AZORIN Jean-Michel		GARNIER Jean-Marc
	BAILLE Yves		GAUTHIER André
	BARDOT Jacques		GERARD Raymond
	BARDOT André		GEROLAMI-SANTANDREA André
	BERARD Pierre		GIUDICELLI Roger
	BERGOIN Maurice		GIUDICELLI Sébastien
	BERNARD Dominique		GOUDARD Alain
	BERNARD Jean-Louis		GOUIN François
	BERNARD Pierre-Marie		GRISOLI François
	BERTRAND Edmond		GROULIER Pierre
	BISSET Jean-Pierre		HADIDA/SAYAG Jacqueline
	BLANC Bernard		HASSOUN Jacques
	BLANC Jean-Louis		HEIM Marc
	BOLLINI Gérard		HOUEL Jean
	BONGRAND Pierre		HUGUET Jean-François
	BONNEAU Henri		JAQUET Philippe
	BONNOIT Jean		JAMMES Yves
	BORY Michel		JOUVE Paulette
	BOTTA Alain		JUHAN Claude
	BOURGEADE Augustin		JUIN Pierre
	BOUVENOT Gilles		KAPHAN Gérard
	BOUYALA Jean-Marie		KASBARIAN Michel
	BREMOND Georges		KLEISBAUER Jean-Pierre
	BRICOT René		LACHARD Jean
	BRUNET Christian		LAFFARGUE Pierre
	BUREAU Henri		LAUGIER René
	CAMBOULIVES Jean		LEVY Samuel
	CANNONI Maurice		LOUCHET Edmond
	CARTOUZOU Guy		LOUIS René
			LUCIANI Jean-Marie
	CHAMLIAN Albert		MAGALON Guy
	CHARREL Michel		MAGNAN Jacques
	CHAUVEL Patrick		MALLAN- MANCINI Josette
	CHOUX Maurice		MALMEJAC Claude
	CIANFARANI François		MATTEI Jean François
	CLEMENT Robert		MERCIER Claude
	COMBALBERT André		METGE Paul
	CONTE-DEVOLX Bernard		MICHOTEY Georges
	CORRIOL Jacques		MILLET Yves
	COULANGE Christian		MIRANDA François
	DALMAS Henri		MONFORT Gérard
	DE MICO Philippe		MONGES André
	DELARQUE Alain		MONGIN Maurice
	DEVIN Robert		MONTIES Jean-Raoul
	DEVRED Philippe		NAZARIAN Serge
	DJIANE Pierre		NICOLI René
	DONNET Vincent		NOIRCLERC Michel
	DUCASSOU Jacques		OLMER Michel
	DUFOUR Michel		OREHEK Jean
	DUMON Henri		PAPY Jean-Jacques
	FARNARIER Georges		PAULIN Raymond
	FAVRE Roger		PELOUX Yves
	FIECHI Marius		PENAUD Antony

MM PENE Pierre
PIANA Lucien
PICAUD Robert
PIGNOL Fernand
POGGI Louis
POITOUT Dominique
PONCET Michel
POUGET Jean
PRIVAT Yvan
QUILICHINI Francis
RANQUE Jacques
RANQUE Philippe
RICHAUD Christian
ROCHAT Hervé
ROHNER Jean-Jacques
ROUX Hubert
ROUX Michel
RUFO Marcel
SAHEL José
SALAMON Georges
SALDUCCI Jacques
SAN MARCO Jean-Louis
SANKALE Marc
SARACCO Jacques
SARLES Jean-Claude
SASTRE Bernard
SCHIANO Alain
SCOTTO Jean-Claude
SEBAHOUN Gérard
SERMENT Gérard
SERRATRICE Georges
SOULAYROL René
STAHL André
TAMALET Jacques
TARANGER-CHARPIN Colette
THOMASSIN Jean-Marc
UNAL Daniel
VAGUE Philippe
VAGUE/JUHAN Irène
VANUXEM Paul
VERVLOET Daniel
VIALETTES Bernard
WEILLER Pierre-Jean

PROFESSEURS HONORIS CAUSA

1967

MM. les Professeurs
DADI (Italie)
CID DOS SANTOS (Portugal)

1974

MM. les Professeurs
MAC ILWAIN (Grande-Bretagne)
T.A. LAMBO (Suisse)

1975

MM. les Professeurs
O. SWENSON (U.S.A.)
Lord J.WALTON of DETCHANT (Grande-Bretagne)

1976

MM. les Professeurs
P. FRANCHIMONT (Belgique)
Z.J. BOWERS (U.S.A.)

1977

MM. les Professeurs
C. GAJDUSEK-Prix Nobel (U.S.A.)
C.GIBBS (U.S.A.)
J. DACIE (Grande-Bretagne)

1978

M. le Président
F. HOUPHOUET-BOIGNY (Côte d'Ivoire)

1980

MM. les Professeurs
A. MARGULIS (U.S.A.)
R.D. ADAMS (U.S.A.)

1981

MM. les Professeurs
H. RAPPAPORT (U.S.A.)
M. SCHOU (Danemark)
M. AMENT (U.S.A.)
Sir A. HUXLEY (Grande-Bretagne)
S. REFSUM (Norvège)

1982

M. le Professeur
W.H. HENDREN (U.S.A.)

1985

MM. les Professeurs
S. MASSRY (U.S.A.)
KLINSMANN (R.D.A.)

1986

MM. les Professeurs
E. MIHICH (U.S.A.)
T. MUNSAT (U.S.A.)
LIANA BOLIS (Suisse)
L.P. ROWLAND (U.S.A.)

1987

M. le Professeur
P.J. DYCK (U.S.A.)

1988

MM. les Professeurs
R. BERGUER (U.S.A.)
W.K. ENGEL (U.S.A.)
V. ASKANAS (U.S.A.)
J. WEHSTER KIRKLIN (U.S.A.)
A. DAVIGNON (Canada)
A. BETTARELLO (Brésil)

1989

M. le Professeur
P. MUSTACCHI (U.S.A.)

1990 MM. les Professeurs	J.G. MC LEOD (Australie) J. PORTER (U.S.A.)
1991 MM. les Professeurs	J. Edward MC DADE (U.S.A.) W. BURGDORFER (U.S.A.)
1992 MM. les Professeurs	H.G. SCHWARZACHER (Autriche) D. CARSON (U.S.A.) T. YAMAMURO (Japon)
1994 MM. les Professeurs	G. KARPATI (Canada) W.J. KOLFF (U.S.A.)
1995 MM. les Professeurs	D. WALKER (U.S.A.) M. MULLER (Suisse) V. BONOMINI (Italie)
1997 MM. les Professeurs	C. DINARELLO (U.S.A.) D. STULBERG (U.S.A.) A. MEIKLE DAVISON (Grande-Bretagne) P.I. BRANEMARK (Suède)
1998 MM. les Professeurs	O. JARDETSKY (U.S.A.)
1999 MM. les Professeurs	J. BOTELLA LLUSIA (Espagne) D. COLLEN (Belgique) S. DIMAURO (U. S. A.)
2000 MM. les Professeurs	D. SPIEGEL (U. S. A.) C. R. CONTI (U.S.A.)
2001 MM. les Professeurs	P-B. BENNET (U. S. A.) G. HUGUES (Grande Bretagne) J-J. O'CONNOR (Grande Bretagne)
2002 MM. les Professeurs	M. ABEDI (Canada) K. DAI (Chine)
2003 M. le Professeur Sir	T. MARRIE (Canada) G.K. RADDI (Grande Bretagne)
2004 M. le Professeur	M. DAKE (U.S.A.)
2005 M. le Professeur	L. CAVALLI-SFORZA (U.S.A.)
2006 M. le Professeur	A. R. CASTANEDA (U.S.A.)
2007 M. le Professeur	S. KAUFMANN (Allemagne)

EMERITAT

2008

M. le Professeur	LEVY Samuel	31/08/2011
Mme le Professeur	JUHAN-VAGUE Irène	31/08/2011
M. le Professeur	PONCET Michel	31/08/2011
M. le Professeur	KASBARIAN Michel	31/08/2011
M. le Professeur	ROBERTOUX Pierre	31/08/2011

2009

M. le Professeur	DJIANE Pierre	31/08/2011
M. le Professeur	VERVLOET Daniel	31/08/2012

2010

M. le Professeur	MAGNAN Jacques	31/12/2014
------------------	----------------	------------

2011

M. le Professeur	DI MARINO Vincent	31/08/2015
M. le Professeur	MARTIN Pierre	31/08/2015
M. le Professeur	METRAS Dominique	31/08/2015

2012

M. le Professeur	AUBANIAC Jean-Manuel	31/08/2015
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2015
M. le Professeur	CAMBOULIVES Jean	31/08/2015
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2015
M. le Professeur	MATTEI Jean-François	31/08/2015
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2015
M. le Professeur	VERVLOET Daniel	31/08/2015

2013

M. le Professeur	BRANCHEREAU Alain	31/08/2016
M. le Professeur	CARAYON Pierre	31/08/2016
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2016
M. le Professeur	DELMONT Jean	31/08/2016
M. le Professeur	HENRY Jean-François	31/08/2016
M. le Professeur	LE GUICHAOUA Marie-Roberte	31/08/2016
M. le Professeur	RUFO Marcel	31/08/2016
M. le Professeur	SEBAHOUN Gérard	31/08/2016

2014

M. le Professeur	FUENTES Pierre	31/08/2017
M. le Professeur	GAMERRE Marc	31/08/2017
M. le Professeur	MAGALON Guy	31/08/2017
M. le Professeur	PERAGUT Jean-Claude	31/08/2017
M. le Professeur	WEILLER Pierre-Jean	31/08/2017

2015

M. le Professeur	COULANGE Christian	31/08/2018
M. le Professeur	COURAND François	31/08/2018
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2016
M. le Professeur	MATTEI Jean-François	31/08/2016
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2016
M. le Professeur	VERVLOET Daniel	31/08/2016

2016

M. le Professeur	BONGRAND Pierre	31/08/2019
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2017
M. le Professeur	BRUNET Christian	31/08/2019
M. le Professeur	CAU Pierre	31/08/2019
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2017
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2017
M. le Professeur	FONTES Michel	31/08/2019
M. le Professeur	JAMMES Yves	31/08/2019
M. le Professeur	NAZARIAN Serge	31/08/2019
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2017
M. le Professeur	POITOUT Dominique	31/08/2019
M. le Professeur	SEBAHOUN Gérard	31/08/2017
M. le Professeur	VIALETTES Bernard	31/08/2019

2017

M. le Professeur	ALESSANDRINI Pierre	31/08/2020
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2018
M. le Professeur	CHAUVEL Patrick	31/08/2020
M. le Professeur	COZZONE Pierre	31/08/2018
M. le Professeur	DELMONT Jean	31/08/2018
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2018
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2018
M. le Professeur	SEBBAHOUN Gérard	31/08/2018

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

AGOSTINI FERRANDES Aubert	CHOSSEGROS Cyrille	GRIMAUD Jean-Charles
ALBANESE Jacques	<i>CLAVERIE Jean-Michel Surnombre</i>	GROB Jean-Jacques
ALIMI Yves	COLLART Frédéric	GUEDJ Eric
AMABILE Philippe	COSTELLO Régis	GUIEU Régis
AMBROSI Pierre	COURBIERE Blandine	GUIS Sandrine
ANDRE Nicolas	COWEN Didier	GUYE Maxime
ARGENSON Jean-Noël	CRAVELLO Ludovic	GUYOT Laurent
ASTOUL Philippe	CUISSET Thomas	GUYSS Jean-Michel
ATTARIAN Shahram	CURVALE Georges	HABIB Gilbert
AUDOUIN Bertrand	DA FONSECA David	HARDWIGSEN Jean
AUQUIER Pascal	DAHAN-ALCARAZ Laetitia	HARLE Jean-Robert
AVIERINOS Jean-François	DANIEL Laurent	HOFFART Louis
AZULAY Jean-Philippe	DARMON Patrice	HOUVENAEGHEL Gilles
BAILLY Daniel	D'ERCOLE Claude	JACQUIER Alexis
BARLESI Fabrice	D'JOURNO Xavier	JOURDE-CHICHE Noémie
BARLIER-SETTI Anne	DEHARO Jean-Claude	JOUVE Jean-Luc
BARTHET Marc	DELPERO Jean-Robert	KAPLANSKI Gilles
BARTOLI Jean-Michel	DENIS Danièle	KARSENTY Gilles
BARTOLI Michel	<i>DESSEIN Alain Surnombre</i>	KERBAUL François
<i>BARTOLIN Robert Surnombre</i>	DESSI Patrick	KRAHN Martin
BARTOLOMEI Fabrice	DISDIER Patrick	LAFFORGUE Pierre
BASTIDE Cyrille	DODDOLI Christophe	LAGIER Jean-Christophe
BENSOUSSAN Laurent	DRANCOURT Michel	LAMBAUDIE Eric
BERBIS Philippe	DUBUS Jean-Christophe	LANCON Christophe
BERDAH Stéphane	DUFFAUD Florence	LA SCOLA Bernard
<i>BERLAND Yvon Surnombre</i>	DUFOUR Henry	LAUNAY Franck
BERNARD Jean-Paul	DURAND Jean-Marc	LAVIEILLE Jean-Pierre
BEROUD Christophe	DUSSOL Bertrand	LE CORROLLER Thomas
BERTUCCI François	<i>ENJALBERT Alain Surnombre</i>	<i>LE TREUT Yves-Patrice Surnombre</i>
BLAISE Didier	EUSEBIO Alexandre	LECHEVALLIER Eric
BLIN Olivier	FAKHRY Nicolas	LEGRE Régis
BLONDEL Benjamin	<i>FAUGERE Gérard Surnombre</i>	LEHUCHER-MICHEL Marie-Pascale
BONIN/GUILLAUME Sylvie	FELICIAN Olivier	LEONE Marc
BONELLO Laurent	FENOLLAR Florence	LEONETTI Georges
BONNET Jean-Louis	FIGARELLA/BRANGER Dominique	LEPIDI Hubert
BOTTA/FRIDLUND Danielle	FLECHER Xavier	LEVY Nicolas
BOUBLI Léon	FOURNIER Pierre-Edouard	MACE Loïc
BOYER Laurent	<i>FRANCES Yves Surnombre</i>	MAGNAN Pierre-Edouard
BREGEON Fabienne		<i>MARANINCHI Dominique Surnombre</i>
BRETELLE Florence	FUENTES Stéphane	<i>MARTIN Claude Surnombre</i>
BROUQUI Philippe	GABERT Jean	MATONTI Frédéric
BRUDER Nicolas	GAINNIER Marc	MEGE Jean-Louis
BRUE Thierry	GARCIA Stéphane	MERROT Thierry
BRUNET Philippe	GARIBOLDI Vlad	METZLER/GUILLEMAIN Catherine
BURTEY Stéphane	GAUDART Jean	MEYER/DUTOUR Anne
CARCOPINO-TUSOLI Xavier	GAUDY-MARQUESTE Caroline	MICCALEF/ROLL Joëlle
CASANOVA Dominique	GENTILE Stéphanie	MICHEL Fabrice
CASTINETTI Frédéric	GERBEAUX Patrick	MICHEL Gérard
CECCALDI Mathieu	GEROLAMI/SANTANDREA René	MICHELET Pierre
CHABOT Jean-Michel	GILBERT/ALESSI Marie-Christine	MILH Mathieu
CHAGNAUD Christophe	GIORGI Roch	MOAL Valérie
CHAMBOST Hervé	GIOVANNI Antoine	MONCLA Anne
CHAMPSAUR Pierre	GIRARD Nadine	MORANGE Pierre-Emmanuel
CHANEZ Pascal	GIRAUD/CHABROL Brigitte	MOULIN Guy
CHARAFFE-JAUFFRET Emmanuelle	GONCALVES Anthony	MOUTARDIER Vincent
CHARREL Rémi	GORINCOUR Guillaume	<i>MUNDLER Olivier Surnombre</i>
<i>CHARPIN Denis Surnombre</i>	GRANEL/REY Brigitte	NAUDIN Jean
CHAUMOITRE Kathia	GRANVAL Philippe	NICOLAS DE LAMBALLERIE Xavier
CHIARONI Jacques	GREILLIER Laurent	NICOLLAS Richard
CHINOT Olivier	<i>GRILLO Jean-Marie Surnombre</i>	OLIVE Daniel

OUAFIK L'Houcine
PAGANELLI Franck
PANUEL Michel
PAPAZIAN Laurent
PAROLA Philippe
PARRATTE Sébastien
PELISSIER-ALICOT Anne-Laure
PELLETIER Jean
PETIT Philippe
PHAM Thao
PIERCECCHI/MARTI Marie-Dominique
PIQUET Philippe
PIRRO Nicolas
POINSO François
RACCAH Denis
RAOULT Didier
REGIS Jean
REYNAUD/GAUBERT Martine
REYNAUD Rachel
RICHARD/LALLEMAND Marie-Aleth
RIDINGS Bernard Surnombre

ROCHE Pierre-Hugues
ROCH Antoine
ROCHWERGER Richard
ROLL Patrice
ROSSI Dominique
ROSSI Pascal
ROUDIER Jean
SALAS Sébastien
SAMBUC Roland Surnombre
SARLES Jacques
SARLES/PHILIP Nicole
SCAVARDA Didier
SCHLEINITZ Nicolas
SEBAG Frédéric
SEITZ Jean-François
SIELEZNEFF Igor
SIMON Nicolas
STEIN Andréas
TAIEB David
THIRION Xavier
THOMAS Pascal

THUNY Franck
TREBUCHON-DA FONSECA Agnès
TRIGLIA Jean-Michel
TROPIANO Patrick
TSIMARATOS Michel
TURRINI Olivier
VALERO René
VAROQUAUX Arthur Damien
VELLY Lionel
VEY Norbert
VIDAL Vincent
VIENS Patrice
VILLANI Patrick
VITON Jean-Michel
VITTON Véronique
VIEHWEGER Heide Elke
VIVIER Eric
XERRI Luc

PROFESSEUR DES UNIVERSITES

ADALIAN Pascal
AGHABABIAN Valérie
BELIN Pascal
CHABANNON Christian
CHABRIERE Eric
FERON François
LE COZ Pierre
LEVASSEUR Anthony
RANJEVA Jean-Philippe
SOBOL Hagay

PROFESSEUR CERTIFIE

BRANDENBURGER Chantal

PRAG

TANTI-HARDOUIN Nicolas

PROFESSEUR ASSOCIE DE MEDECINE GENERALE A MI-TEMPS

ADNOT Sébastien
FILIPPI Simon

PROFESSEUR ASSOCIE A TEMPS PARTIEL

BURKHART Gary

MAITRE DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

ACHARD Vincent (<i>disponibilité</i>)	FABRE Alexandre	NINOVE Laetitia
ANGELAKIS Emmanouil	FOLETTI Jean- Marc	NOUGAIREDE Antoine
ATLAN Catherine (<i>disponibilité</i>)	FOUILLOUX Virginie	OLLIVIER Matthieu
BARTHELEMY Pierre	FROMNOT Julien	OUDIN Claire
BARTOLI Christophe	GABORIT Bénédicte	OVAERT Caroline
BEGE Thierry	GASTALDI Marguerite	PAULMYER/LACROIX Odile
BELIARD Sophie	GELSI/BOYER Véronique	PERRIN Jeanne
BERBIS Julie	GIUSIANO Bernard	RANQUE Stéphane
BERGE-LEFRANC Jean-Louis	GIUSIANO COURCAMBECK Sophie	REY Marc
BEYER-BERJOT Laura	GONZALEZ Jean-Michel	ROBERT Philippe
BIRNBAUM David	GOURIET Frédérique	SABATIER Renaud
BONINI Francesca	GRAILLON Thomas	SARI-MINODIER Irène
BOUCRAUT Joseph	GRISOLI Dominique	SARLON-BARTOLI Gabrielle
BOULAMERY Audrey	GUENOUN MEYSSIGNAC Daphné	SAVEANU Alexandru
BOULLU/CIOCCA Sandrine	GUIDON Catherine	SECQ Véronique
BUFFAT Christophe	HAUTIER/KRAHN Aurélie	TOGA Caroline
CAMILLERI Serge	HRAIECH Sami	TOGA Isabelle
CARRON Romain	KASPI-PEZZOLI Elise	TROUSSE Delphine
CASSAGNE Carole	L'OLLIVIER Coralie	TUCHTAN-TORRENTS Lucile
CHAUDET Hervé	LABIT-BOUVIER Corinne	VALLI Marc
COZE Carole	LAFAGE/POCHITALOFF-HUVALE Marina	VELY Frédéric
DADOUN Frédéric (<i>disponibilité</i>)	LAGIER Aude (<i>disponibilité</i>)	VION-DURY Jean
DALES Jean-Philippe	LAGOUANELLE/SIMEONI Marie-Claude	ZATTARA/CANNONI Hélène
DAUMAS Aurélie	LEVY/MOZZICONACCI Annie	
DEGEORGES/VITTE Joëlle	LOOSVELD Marie	
DEL VOLGO/GORI Marie-José	MANCINI Julien	
DELLIAUX Stéphane	MARY Charles	
DESPLAT/JEGO Sophie	MASCAUX Céline	
DEVEZE Arnaud (<i>Disponibilité</i>)	MAUES DE PAULA André	
DUBOURG Grégory	MILLION Matthieu	
DUFOUR Jean-Charles	MOTTOLA GHIGO Giovanna	
EBBO Mikaël	NGUYEN PHONG Karine	

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

(mono-appartenants)

ABU ZINEH Mohammad	DEGIOANNI/SALLE Anna	POGGI Marjorie
BARBACARU/PERLES T. A.	DESNUES Benoît	RUEL Jérôme
BERLAND/BENHAIM Caroline		STEINBERG Jean-Guillaume
BOUCAULT/GARROUSTE Françoise	MARANINCHI Marie	THOLLON Lionel
BOYER Sylvie	MERHEJ/CHAUVEAU Vicky	THIRION Sylvie
COLSON Sébastien	MINVIELLE/DEVICTOR Bénédicte	VERNA Emeline

MAITRE DE CONFERENCES DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

GENTILE Gaëtan

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES DE MEDECINE GENERALE à MI-TEMPS

BARGIER Jacques
BONNET Pierre-André
CALVET-MONTREDON Céline
GUIDA Pierre
JANCZEWSKI Aurélie

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE à MI-TEMPS

REVIS Joana

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE à TEMPS-PLEIN

TOMASINI Pascale

PROFESSEURS DES UNIVERSITES et MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS
PROFESSEURS ASSOCIES, MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES mono-appartenants

ANATOMIE 4201

CHAMPSAUR Pierre (PU-PH)
LE CORROLLER Thomas (PU-PH)
PIRRO Nicolas (PU-PH)

GUENOUN-MEYSSIGNAC Daphné (MCU-PH)
LAGIER Aude (MCU-PH) disponibilité

THOLLON Lionel (MCF) (60ème section)

ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES 4203

CHARAFE/JAUFFRET Emmanuelle (PU-PH)
DANIEL Laurent (PU-PH)
FIGARELLA/BRANGER Dominique (PU-PH)
GARCIA Stéphane (PU-PH)
XERRI Luc (PU-PH)

DALES Jean-Philippe (MCU-PH)
GIUSIANO COURCAMBECK Sophie (MCU PH)
LABIT/BOUVIER Corinne (MCU-PH)
MAUES DE PAULA André (MCU-PH)
SECQ Véronique (MCU-PH)

**ANESTHESIOLOGIE ET REANIMATION CHIRURGICALE ;
MEDECINE URGENCE 4801**

ALBANESE Jacques (PU-PH)
BRUDER Nicolas (PU-PH)
KERBAUL François (PU-PH)
LEONE Marc (PU-PH)
MARTIN Claude (PU-PH) Surnombre
MICHEL Fabrice (PU-PH)
MICHELET Pierre (PU-PH)
VELLY Lionel (PU-PH)

GUIDON Catherine (MCU-PH)

ANGLAIS 11

BRANDENBURGER Chantal (PRCE)

BURKHART Gary (PAST)

**BIOLOGIE ET MEDECINE DU DEVELOPPEMENT
ET DE LA REPRODUCTION ; GYNECOLOGIE MEDICALE 5405**

METZLER/GUILLEMAIN Catherine (PU-PH)

PERRIN Jeanne (MCU-PH)

BIOPHYSIQUE ET MEDECINE NUCLEAIRE 4301

GUEDJ Eric (PU-PH)
GUYE Maxime (PU-PH)
MUNDLER Olivier (PU-PH) Surnombre
TAIEB David (PU-PH)

BELIN Pascal (PR) (69ème section)
RANJEVA Jean-Philippe (PR) (69ème section)

CAMMILLERI Serge (MCU-PH)
VION-DURY Jean (MCU-PH)

BARBACARU/PERLES Téodora Adriana (MCF) (69ème section)

**BIOSTATISTIQUES, INFORMATIQUE MEDICALE
ET TECHNOLOGIES DE COMMUNICATION 4604**

CLAVERIE Jean-Michel (PU-PH) Surnombre
GAUDART Jean (PU-PH)
GIORGI Roch (PU-PH)

CHAUDET Hervé (MCU-PH)
DUFOUR Jean-Charles (MCU-PH)

ANTHROPOLOGIE 20

ADALIAN Pascal (PR)

DEGIOANNI/SALLE Anna (MCF)
VERNA Emeline (MCF)

BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE ; HYGIENE HOSPITALIERE 4501

CHARREL Rémi (PU PH)
DRANCOURT Michel (PU-PH)
FENOLLAR Florence (PU-PH)
FOURNIER Pierre-Edouard (PU-PH)
NICOLAS DE LAMBALLERIE Xavier (PU-PH)
LA SCOLA Bernard (PU-PH)
RAOULT Didier (PU-PH)

ANGELAKIS Emmanouil (MCU-PH)
DUBOURG Grégory (MCU-PH)
GOURIET Frédérique (MCU-PH)
NOUGAIREDE Antoine (MCU-PH)
NINOVE Laetitia (MCU-PH)

CHABRIERE Eric (PR) (64ème section)
LEVASSEUR Anthony (PR) (64ème section)
DESNUES Benoit (MCF) (65ème section)
MERHEJ/CHAUVEAU Vicky (MCF) (87ème section)

BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE 4401

BARLIER/SETTI Anne (PU-PH)
ENJALBERT Alain (PU-PH) Surnombre
GABERT Jean (PU-PH)
GUIEU Régis (PU-PH)
OUAFIK L'Houcine (PU-PH)

BUFFAT Christophe (MCU-PH)
FROMNOT Julien (MCU-PH)
MOTTOLA GHIGO Giovanna (MCU-PH)
SAVEANU Alexandru (MCU-PH)

BIOLOGIE CELLULAIRE 4403

ROLL Patrice (PU-PH)

GASTALDI Marguerite (MCU-PH)
KASPI-PEZZOLI Elise (MCU-PH)
LEVY-MOZZICONNACCI Annie (MCU-PH)

CARDIOLOGIE 5102

AVIERINOS Jean-François (PU-PH)
BONELLO Laurent (PU PH)
BONNET Jean-Louis (PU-PH)
CUISSSET Thomas (PU-PH)
DEHARO Jean-Claude (PU-PH)
FRANCESCHI Frédéric (PU-PH)
HABIB Gilbert (PU-PH)
PAGANELLI Franck (PU-PH)
THUNY Franck (PU-PH)

CHIRURGIE DIGESTIVE 5202

BERDAH Stéphane (PU-PH)
HARDWIGSEN Jean (PU-PH)
LE TREUT Yves-Patrice (PU-PH) Surnombre
SIELEZNEFF Igor (PU-PH)

BEYER-BERJOT Laura (MCU-PH)

CHIRURGIE GENERALE 5302

GIUSIANO Bernard (MCU-PH)
MANCINI Julien (MCU-PH)

ABU ZAINEH Mohammad (MCF) (5ème section)
BOYER Sylvie (MCF) (5ème section)

CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE 5002

ARGENSON Jean-Noël (PU-PH)
BLONDEL Benjamin (PU-PH)
CURVALE Georges (PU-PH)
FLECHER Xavier (PU-PH)
PARRATTE Sébastien (PU-PH)
ROCHWERGER Richard (PU-PH)
TROPIANO Patrick (PU-PH)

OLLIVIER Matthieu (MCU-PH)

CANCEROLOGIE ; RADIOTHERAPIE 4702

BERTUCCI François (PU-PH)
CHINOT Olivier (PU-PH)
COWEN Didier (PU-PH)
DUFFAUD Florence (PU-PH)
GONCALVES Anthony (PU-PH)
HOUVENAEGHEL Gilles (PU-PH)
LAMBAUDIE Eric (PU-PH)
MARANINCHI Dominique (PU-PH) *Surnombre*
SALAS Sébastien (PU-PH)
VIENS Patrice (PU-PH)

SABATIER Renaud (MCU-PH)

CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIOVASCULAIRE 5103

COLLART Frédéric (PU-PH)
D'JOURNO Xavier (PU-PH)
DODDOLI Christophe (PU-PH)
GARIBOLDI Vlad (PU-PH)
MACE Loïc (PU-PH)
THOMAS Pascal (PU-PH)

FOUILLOUX Virginie (MCU-PH)
GRISOLI Dominique (MCU-PH)
TROUSSE Delphine (MCU-PH)

CHIRURGIE VASCULAIRE ; MEDECINE VASCULAIRE 5104

ALIMI Yves (PU-PH)
AMABILE Philippe (PU-PH)
BARTOLI Michel (PU-PH)
MAGNAN Pierre-Edouard (PU-PH)
PIQUET Philippe (PU-PH)

SARLON-BARTOLI Gabrielle (MCU-PH)

HISTOLOGIE, EMBRYOLOGIE ET CYTOGENETIQUE 4202

GRILLO Jean-Marie (PU-PH) *Surnombre*
LEPIDI Hubert (PU-PH)

ACHARD Vincent (MCU-PH) *disponibilité*
PAULMYER/LACROIX Odile (MCU-PH)

DERMATOLOGIE - VENEREOLOGIE 5003

BERBIS Philippe (PU-PH)
GAUDY/MARQUESTE Caroline (PU-PH)
GROB Jean-Jacques (PU-PH)
RICHARD/LALLEMAND Marie-Aleth (PU-PH)

DUSI

COLSON Sébastien (MCF)

**ENDOCRINOLOGIE ,DIABETE ET MALADIES METABOLIQUES ;
GYNECOLOGIE MEDICALE 5404**

BRUE Thierry (PU-PH)
CASTINETTI Frédéric (PU-PH)

EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE DE LA SANTE ET PREVENTION 4601

AUQUIER Pascal (PU-PH)
BOYER Laurent (PU-PH)
CHABOT Jean-Michel (PU-PH)
GENTILE Stéphanie (PU-PH)
SAMBUC Roland (PU-PH) *Surnombre*
THIRION Xavier (PU-PH)

DELPERO Jean-Robert (PU-PH)
MOUTARDIER Vincent (PU-PH)
SEBAG Frédéric (PU-PH)
TURRINI Olivier (PU-PH)

BEGE Thierry (MCU-PH)
BIRNBAUM David (MCU-PH)

CHIRURGIE INFANTILE 5402

GUYSS Jean-Michel (PU-PH)
JOUVE Jean-Luc (PU-PH)
LAUNAY Franck (PU-PH)
MERRROT Thierry (PU-PH)
VIEHWEGER Heide Elke (PU-PH)

CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE ET STOMATOLOGIE 5503

CHOSSEGROS Cyrille (PU-PH)
GUYOT Laurent (PU-PH)

FOLETTI Jean-Marc (MCU-PH)

CHIRURGIE PLASTIQUE,

RECONSTRUCTRICE ET ESTHETIQUE ; BRÛOLOGIE 5004

CASANOVA Dominique (PU-PH)
LEGRE Régis (PU-PH)

HAUTIER/KRAHN Aurélie (MCU-PH)

GASTROENTEROLOGIE ; HEPATOLOGIE ; ADDICTOLOGIE 5201

BARTHET Marc (PU-PH)
BERNARD Jean-Paul (PU-PH)
BOTTA-FRIDLUND Danielle (PU-PH)
DAHAN-ALCARAZ Laetitia (PU-PH)
GEROLAMI-SANTANDREA René (PU-PH)
GRANDVAL Philippe (PU-PH)
GRIMAUD Jean-Charles (PU-PH)
SEITZ Jean-François (PU-PH)
VITTON Véronique (PU-PH)

GONZALEZ Jean-Michel (MCU-PH)

GENETIQUE 4704

BEROUD Christophe (PU-PH)
KRAHN Martin (PU-PH)
LEVY Nicolas (PU-PH)
MONCLA Anne (PU-PH)
SARLES/PHILIP Nicole (PU-PH)

NGYUEN Karine (MCU-PH)
TOGA Caroline (MCU-PH)
ZATTARA/CANNONI Hélène (MCU-PH)

GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE ; GYNECOLOGIE MEDICALE 5403

AGOSTINI Aubert (PU-PH)
BOUBLI Léon (PU-PH)
BRETTELLE Florence (PU-PH)
CARCOPINO-TUSOLI Xavier (PU-PH)
COURBIERE Blandine (PU-PH)
CRAVELLO Ludovic (PU-PH)
D'ERCOLE Claude (PU-PH)

BERBIS Julie (MCU-PH)
LAGOUANELLE/SIMEONI Marie-Claude (MCU-PH)

MINVIELLE/DEVICTOR Bénédicte (MCF)(06ème section)
TANTI-HARDOUIN Nicolas (PRAG)

IMMUNOLOGIE 4703

KAPLANSKI Gilles (PU-PH)
MEGE Jean-Louis (PU-PH)
OLIVE Daniel (PU-PH)
VIVIER Eric (PU-PH)

FERON François (PR) (69ème section)

BOUCRAUT Joseph (MCU-PH)
DEGEORGES/VITTE Joëlle (MCU-PH)
DESPLAT/JEGO Sophie (MCU-PH)
ROBERT Philippe (MCU-PH)
VELY Frédéric (MCU-PH)

BOUCAULT/GARROUSTE Françoise (MCF) 65ème section)

MALADIES INFECTIEUSES ; MALADIES TROPICALES 4503

BROUQUI Philippe (PU-PH)
LAGIER Jean-Christophe (PU-PH)
PAROLA Philippe (PU-PH)
STEIN Andréas (PU-PH)

MILLION Matthieu (MCU-PH)

MEDECINE INTERNE ; GERIATRIE ET BIOLOGIE DU VIEILLISSEMENT ; MEDECINE GENERALE ; ADDICTOLOGIE 5301

BONIN/GUILLAUME Sylvie (PU-PH)
DISDIER Patrick (PU-PH)
DURAND Jean-Marc (PU-PH)
FRANCES Yves (PU-PH) Surnombre
GRANEL/REY Brigitte (PU-PH)
HARLE Jean-Robert (PU-PH)
ROSSI Pascal (PU-PH)
SCHLEINITZ Nicolas (PU-PH)

EBBO Mikael (MCU-PH)

GENTILE Gaëtan (MCF Méd. Gén. Temps plein)

ADNOT Sébastien (PR associé Méd. Gén. à mi-temps)
FILIPPI Simon (PR associé Méd. Gén. à mi-temps)

BARGIER Jacques (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)
BONNET Pierre-André (MCF associé Méd. Gén à mi-temps)
CALVET-MONTREDON Céline (MCF associé Méd. Gén. à temps plein)
GUIDA Pierre (MCF associé Méd. Gén. à mi-temps)
JANCZEWSKI Aurélie (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)

NUTRITION 4404

DARMON Patrice (PU-PH)
RACCAH Denis (PU-PH)
VALERO René (PU-PH)

ATLAN Catherine (MCU-PH) disponibilité
BELIARD Sophie (MCU-PH)

MARANINCHI Marie (MCF) (66ème section)

ONCOLOGIE 65 (BIOLOGIE CELLULAIRE)

CHABANNON Christian (PR) (66ème section)
SOBOL Hagay (PR) (65ème section)

OPHTALMOLOGIE 5502

DENIS Danièle (PU-PH)
HOFFART Louis (PU-PH)
MATONTI Frédéric (PU-PH)
RIDINGS Bernard (PU-PH) Surnombre

HEMATOLOGIE ; TRANSFUSION 4701

BLAISE Didier (PU-PH)
COSTELLO Régis (PU-PH)
CHIARONI Jacques (PU-PH)
GILBERT/ALESSI Marie-Christine (PU-PH)
MORANGE Pierre-Emmanuel (PU-PH)
VEY Norbert (PU-PH)

GELSI/BOYER Véronique (MCU-PH)
LAFAGE/POCHITALOFF-HUVALE Marina (MCU-PH)
LOOSVELD Marie (MCU-PH)

POGGI Marjorie (MCF) (64ème section)

MEDECINE LEGALE ET DROIT DE LA SANTE 4603

LEONETTI Georges (PU-PH)
PELISSIER/ALICOT Anne-Laure (PU-PH)
PIERCECCHI/MARTI Marie-Dominique (PU-PH)

BARTOLI Christophe (MCU-PH)
TUCHTAN-TORRENTS Lucile (MCU-PH)

BERLAND/BENHAIM Caroline (MCF) (1ère section)

MEDECINE PHYSIQUE ET DE READAPTATION 4905

BENSOUSSAN Laurent (PU-PH)
VITON Jean-Michel (PU-PH)

MEDECINE ET SANTE AU TRAVAIL 4602

LEHUCHER/MICHEL Marie-Pascale (PU-PH)

BERGE-LEFRANC Jean-Louis (MCU-PH)
SARI/MINODIER Irène (MCU-PH)

NEPHROLOGIE 5203

BERLAND Yvon (PU-PH) Surnombre
BRUNET Philippe (PU-PH)
BURTEY Stéphanne (PU-PH)
DUSSOL Bertrand (PU-PH)
JOURDE CHICHE Noémie (PU PH)
MOAL Valérie (PU-PH)

NEUROCHIRURGIE 4902

DUFOUR Henry (PU-PH)
FUENTES Stéphane (PU-PH)
REGIS Jean (PU-PH)
ROCHE Pierre-Hugues (PU-PH)
SCAVARDA Didier (PU-PH)

CARRON Romain (MCU PH)
GRAILLON Thomas (MCU PH)

NEUROLOGIE 4901

ATTARIAN Sharham (PU PH)
AUDOIN Bertrand (PU-PH)
AZULAY Jean-Philippe (PU-PH)
CECCALDI Mathieu (PU-PH)
EUSEBIO Alexandre (PU-PH)
FELICIAN Olivier (PU-PH)
PELLETIER Jean (PU-PH)

PEDOPSYCHIATRIE; ADDICTOLOGIE 4904

DA FONSECA David (PU-PH)
POINSO François (PU-PH)

OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE 5501

DESSI Patrick (PU-PH)
FAKHRY Nicolas (PU-PH)
GIOVANNI Antoine (PU-PH)
LAVIELLE Jean-Pierre (PU-PH)
NICOLLAS Richard (PU-PH)
TRIGLIA Jean-Michel (PU-PH)

DEVEZE Arnaud (MCU-PH) Disponibilité

REVIS Joana (MAST) (Orthophonie) (7ème Section)

PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE 4502

DESSEIN Alain (PU-PH) Surnombre

CASSAGNE Carole (MCU-PH)
L'OLLIVIER Coralie (MCU-PH)
MARY Charles (MCU-PH)
RANQUE Stéphane (MCU-PH)
TOGA Isabelle (MCU-PH)

PEDIATRIE 5401

ANDRE Nicolas (PU-PH)
CHAMBOST Hervé (PU-PH)
DUBUS Jean-Christophe (PU-PH)
GIRAUD/CHABROL Brigitte (PU-PH)
MICHEL Gérard (PU-PH)
MILH Mathieu (PU-PH)
REYNAUD Rachel (PU-PH)
SARLES Jacques (PU-PH)
TSIMARATOS Michel (PU-PH)

COZE Carole (MCU-PH)
FABRE Alexandre (MCU-PH)
OUDIN Claire (MCU-PH)
OVAERT Caroline (MCU-PH)

PSYCHIATRIE D'ADULTES ; ADDICTOLOGIE 4903

BAILLY Daniel (PU-PH)
LANCON Christophe (PU-PH)
NAUDIN Jean (PU-PH)

CHOLOGIE - PSYCHOLOGIE CLINIQUE, PSYCHOLOGIE SOCIALE 16

AGHABABIAN Valérie (PR)

RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE 4302

BARTOLI Jean-Michel (PU-PH)
CHAGNAUD Christophe (PU-PH)
CHAUMOITRE Kathia (PU-PH)
GIRARD Nadine (PU-PH)
GORINCOUR Guillaume (PU-PH)
JACQUIER Alexis (PU-PH)
MOULIN Guy (PU-PH)
PANUEL Michel (PU-PH)
PETIT Philippe (PU-PH)
VAROQUAUX Arthur Damien (PU-PH)
VIDAL Vincent (PU-PH)

REANIMATION MEDICALE ; MEDECINE URGENCE 4802

GAINNIER Marc (PU-PH)
GERBEAUX Patrick (PU-PH)
PAPAZIAN Laurent (PU-PH)
ROCH Antoine (PU-PH)

HRAIECH Sami (MCU-PH)

RHUMATOLOGIE 5001

GUIS Sandrine (PU-PH)
LAFFORGUE Pierre (PU-PH)
PHAM Thao (PU-PH)
ROUDIER Jean (PU-PH)

**PHARMACOLOGIE FONDAMENTALE -
PHARMACOLOGIE CLINIQUE; ADDICTOLOGIE 4803**

BLIN Olivier (PU-PH)
FAUGERE Gérard (PU-PH) Surnombre
MICALLEF/ROLL Joëlle (PU-PH)
SIMON Nicolas (PU-PH)

BOULAMERY Audrey (MCU-PH)
VALLI Marc (MCU-PH)

PHILOSOPHIE 17

LE COZ Pierre (PR) (17ème section)

PHYSIOLOGIE 4402

BARTOLOMEI Fabrice (PU-PH)
BREGON Fabienne (PU-PH)
MEYER/DUTOUR Anne (PU-PH)
TREBUCHON/DA FONSECA Agnès (PU-PH)

BARTHELEMY Pierre (MCU-PH)
BONINI Francesca (MCU-PH)
BOULLU/CIOCCA Sandrine (MCU-PH)
DADOIN Frédéric (MCU-PH) (disponibilité)
DEL VOLGO/GORI Marie-José (MCU-PH)
DELLIAUX Stéphane (MCU-PH)
GABORIT Bénédicte (MCU-PH)
REY Marc (MCU-PH)

LIMERAT/BOUDOURESQUE Françoise (MCF) (40ème section) Retraite 1/5/2018
RUEL Jérôme (MCF) (69ème section)
STEINBERG Jean-Guillaume (MCF) (66ème section)
THIRION Sylvie (MCF) (66ème section)

PNEUMOLOGIE; ADDICTOLOGIE 5101

ASTOUL Philippe (PU-PH)
BARLESI Fabrice (PU-PH)
CHANEZ Pascal (PU-PH)
CHARPIN Denis (PU-PH) Surnombre
GREILLIER Laurent (PU-PH)
REYNAUD/GAUBERT Martine (PU-PH)

MASCAUX Céline (MCU-PH)

TOMASINI Pascale (Maitre de conférences associé des universités)

THERAPEUTIQUE; MEDECINE D'URGENCE; ADDICTOLOGIE 4804

AMBROSI Pierre (PU-PH)
BARTOLIN Robert (PU-PH) Surnombre
VILLANI Patrick (PU-PH)

DAUMAS Aurélie (MCU-PH)

UROLOGIE 5204

BASTIDE Cyrille (PU-PH)
KARSENTY Gilles (PU-PH)
LECHEVALLIER Eric (PU-PH)
ROSSI Dominique (PU-PH)

ALLÉGORIE DE LA SOURIS

« Deux petites souris tombent dans un seau plein de crème. La première souris abandonne très vite la lutte et se noie. La deuxième souris, ne renonce pas, elle se débat tant et tant qu'elle finit par transformer la crème en beurre et elle sort du seau. Mesdames, Messieurs, à partir de cet instant je suis la deuxième souris. »

Christopher Walken interprétant Frank Abagnale
Steven Spielberg, *Arrête-moi si tu peux*. 2003. UIP.

REMERCIEMENTS

« Heureux qui, comme Ulysse, a fait un beau voyage »

Joachim du Bellay

La soutenance de cette thèse me permet de terminer mon cursus universitaire et d'obtenir le titre de Docteur en médecine générale. C'est l'occasion pour moi de revenir sur mon parcours et les événements de ma vie qui m'ont conduits à devenir médecin. Cette passion pour la médecine remonte à mon enfance, grâce à ma mère, infirmière, qui m'a initié à la notion de soin. Est venue ensuite une révélation : un séjour inattendu d'une semaine dans un hôpital alors que je passais une année d'échange en Australie loin de ma famille. Ces médecins, infirmiers et aides-soignants qui se sont occupés de moi, m'ont fait découvrir un monde qui m'a paru fascinant. Je garde un souvenir impérissable de ces rencontres. Tel un chaman Sud-Américain, j'ai donc d'abord découvert la maladie avant de soigner les malades. Depuis cet épisode, l'envie irrésistible de devenir médecin ne m'a plus quittée. Malgré deux échecs au concours de P1 à Angers, la passion était toujours là, et ma motivation est restée intacte. Bien décidé à ne pas m'arrêter, je suis parti continuer mes études en Roumanie. Pendant six années, j'ai appris la médecine, découvert un beau pays et des gens merveilleux. J'ai assimilé une autre culture et compris que la médecine avait certes un coût, mais qu'elle n'avait pas de prix. Mon voyage s'est poursuivi en accostant au port de Marseille pour mon internat. De là, j'ai poursuivi mon compagnonnage. D'Apt à Marseille, en passant par La Ciotat et Sénas, j'ai appris de mes maîtres pour devenir, je le pense aujourd'hui, un bon médecin.

Je tiens donc à adresser mes remerciements à tous ceux qui m'ont permis d'y parvenir en commençant par les membres de mon jury :

Je suis empli d'humilité en la présence de Monsieur le Professeur Bernard, Chef de service d'Hépatogastro-entérologie 2 à l'Hôpital de la Timone, qui me fait l'honneur de présider mon jury de thèse. Je tiens à vous exprimer ma sincère gratitude pour la formation médicale de haut niveau et l'apport intellectuel que j'ai reçu lors de mon semestre passé au sein de votre service.

Je suis particulièrement honoré par la présence de Monsieur le Professeur Lançon, Chef de Service de Psychiatrie et d'Addictologie à l'Hôpital Sainte Marguerite de Marseille, qui a

pu se rendre disponible pour participer à mon jury de thèse. Je tiens à vous remercier pour l'intérêt que vous avez porté à mon travail lors de notre entretien.

Je remercie Madame le Docteur Lagouanelle-Siméoni, Maître de Conférence des Universités, Praticien Hospitalier en Santé publique à l'Assistance Publique des Hôpitaux de Marseille, pour avoir accepté de juger mon travail. Soyez assurée de ma profonde reconnaissance.

Je tiens à adresser mon profond respect et toute ma gratitude au Docteur Bargier, médecin généraliste installé à Mouriès dans les Bouches du Rhône, Maître de Conférence Associé à l'Assistance Publique des Hôpitaux de Marseille, pour avoir si gentiment accepté de diriger ma thèse. Merci pour votre écoute, votre compréhension et vos conseils aux moments opportuns.

A ceux qui m'ont permis de réaliser cette thèse :

Je tiens à remercier sincèrement et particulièrement l'ensemble des internes de la Faculté de Médecine de l'Université d'Aix-Marseille qui ont répondu à mon questionnaire.

Il faut lier à ce travail la collaboration et l'aide précieuse que m'a apportée Monsieur Cohen, statisticien, qui m'a aidé à analyser les résultats de mon étude. Soyez-en chaleureusement remercié.

A tous mes maitres de stage :

Merci au Docteur Queneau, au Docteur Seux, au Professeur Bernard, au Docteur Guenoun, au Docteur Michelin, au Docteur Rocca et au Docteur Reynard pour avoir formé le médecin que je suis et pour m'avoir inculqué le sens aigu du soin.

Je souhaite porter une attention particulière au Docteur Michelin, médecin généraliste installé à Sénas dans les bouches du Rhône. Merci de m'avoir transmis ta passion de la médecine libérale et de proximité. Sois assuré de toute ma reconnaissance, car au-delà de la formation que j'ai reçue auprès de toi pendant six mois, tu m'as accueilli chaleureusement au sein de ta petite famille et nous sommes devenus amis. Merci infiniment à toi et à Laura pour les bons petits plats du midi et merci de m'avoir fait croire que j'étais bon à FIFA lors des pauses déjeuner !!! Plus sérieusement, tu m'as accompagné dans mes premiers pas en tant que médecin remplaçant et grâce à toi je me sens prêt

aujourd'hui à m'installer à mon tour. En ce sens, je crois que tu as parfaitement rempli ta mission de maître de stage.

Aux co-internes que j'ai rencontrés lors de mes différents stages :

Cécile, Céline, Floriane, Sophie, Husni, Thomas, Aurélien, Wissam, Audrey, Bernie, Marine, Isa et Eric. Travailler et apprendre avec vous a été un plaisir et une réelle source de motivation pour moi.

A mes nombreux colocataires Marseillais :

Aurélien, Thomas, Guillaume, Cécile, Céline, Rebecca et Jonathan. Aux bons souvenirs de nos discussions où l'on partageait nos exploits et nos déceptions après une longue journée (ou nuit) de travail.

A mes vieux amis !!! :

Martial, Pierre, Clément, Kamilia, Fowzia, Erwann, Pol, Clarisse, Aude, Médéric, Alexis, Alexandre, Hugo. La trentaine approche à grand pas, certains d'entre nous ont même franchi le cap, et nos premiers cheveux blancs ont déjà pointé le bout de leur nez !! Reste le sentiment d'une indéfectible amitié qui me lie à vous, une véritable « bromance » qui traverse le temps et se bonifie avec l'âge, même si nos chemins nous ont éloignés (en distance seulement) les uns des autres. Merci d'avoir toujours répondu présents quand j'avais besoin de votre aide et pour votre réconfort quand les années de fac semblaient longues.

A mes proches :

Antonia, c'est grâce à toi que je suis parti en Roumanie, je t'en remercie chaleureusement.

Gayle and Bruce, my dear host parents, to the good memories of my stay at your place in Australia. I will never be thankful enough for your presence and your support when I was ill. You have a very special place in my heart and mind.

A mes parents :

Papa et Maman, pour votre dévouement total, pour m'aider à obtenir chaque jour le meilleur de moi-même. Je vous le redis, vous êtes mon parachute, toujours avec moi quand j'ai besoin de votre aide. Malgré les difficultés qui se dressaient devant moi, vous m'avez

toujours aidé à trouver les solutions. Ressentir de la fierté à travers vos yeux est ce qui compte le plus pour moi.

A ma sœur Louise :

Ma chère Loulou, merci pour tes nombreux appels téléphoniques, d'avoir souvent pensé à moi, ça me redonnait la pêche quand je n'avais pas le moral ou que le boulot était trop difficile.

A mon frère François et ma belle-sœur Anne-Sophie :

Je me souviendrai toujours de mes étapes parisiennes avant de repartir pour de longs mois en Roumanie. Merci pour votre accueil et vos douces attentions comme la fois où vous aviez improvisé un gâteau d'anniversaire avec une bougie sur un pain au chocolat au pied de la gare de Lyon. Cela avait rendu mon départ un peu moins difficile. Merci à toi Anne-so pour avoir relu ma thèse et corrigé mes fautes d'orthographe !!!

A mon frère Emilien et ma belle-sœur Alexandra :

Pour votre accueil quand j'ai passé l'ECN à Lyon. Ça m'a permis d'appréhender ce concours avec beaucoup plus de sérénité. Merci pour tous vos conseils et votre soutien pendant la rédaction de ma thèse. Je n'y serai pas arrivé sans vous je crois.

A ma chérie :

Quel bonheur de t'avoir rencontré Sophie !! Je suis très chanceux de t'avoir à mes côtés et de partager autant de moments heureux avec toi. Merci pour ton soutien et ta tendresse quand je me mettais dans le rouge entre l'internat, les remplacements et la thèse. Tu me rends heureux, je t'aime très fort !

Marseille, le 03 septembre 2018

TABLE DES MATIÈRES

Liste des abréviations et des acronymes.....	2
Liste des illustrations et des tableaux	2
1. INTRODUCTION.....	3
2. MATÉRIEL ET MÉTHODE	7
2.1. Construction du questionnaire et choix des thèmes abordés	7
2.2. Choix de la population sondée et échantillonnage	8
2.3. Création du questionnaire informatisé.....	8
2.4. Modalité de distribution du questionnaire	10
2.5. Organisation et traitement des données	11
2.6. Analyse statistique.....	12
2.7. Documentation.....	13
3. RÉSULTATS DE L'ENQUÊTE	14
3.1. Caractéristiques sociodémographiques des internes.....	15
3.2. Le suivi médical des internes et leur rapport à la médecine générale	16
3.3. L'auto-prescription médicamenteuse	19
3.4. Influence de la spécialité	22
4. DISCUSSION DES RÉSULTATS ET COMPARAISON AVEC LES TRAVAUX DE LA LITTÉRATURE.....	24
4.1. Les déterminants de l'auto-prescription médicamenteuse.....	24
4.1.1. Un suivi médical inadapté	24
4.1.2. Un manque de temps	25
4.1.3. Une réticence à aller consulter	26
4.1.4. Un sentiment d'autosuffisance	27
4.1.5. Une facilité d'accès aux ordonnanciers indéniable	28
4.2. L'auto-prescription médicamenteuse, une pratique à risque	30
4.3. Faut-il autoriser l'auto-prescription médicamenteuse pour les internes ?.....	31
4.4. Influence de la spécialité	33
4.5. Solutions à apporter, ouverture et perspectives	34
4.6. Les forces et les biais de l'étude	35
5. CONCLUSION ET AVIS PERSONNEL	38
Bibliographie	40
Annexe – Questionnaire	44

Liste des abréviations et des acronymes

AINS : Anti-inflammatoire non stéroïdien
CARMF : Caisse autonome de retraite des médecins de France
CHU : Centre hospitalo-universitaire
CNAM : Conservatoire national des arts et métiers
CNIL : Commission nationale de l'informatique et des libertés
CNOM : Conseil national de l'Ordre des médecins
DIU : Diplôme interuniversitaire
DUMG : Département universitaire de médecine générale
ENT : Espace numérique de travail
FINESS : Fichier national des établissements sanitaires et sociaux
RPPS : Répertoire partagé des professionnels de santé
TCEM1 : Troisième cycle des études médicales, première année
TCEM2 : Troisième cycle des études médicales, deuxième année
TCEM3 : Troisième cycle des études médicales, troisième année
TCEM4 : Troisième cycle des études médicales, quatrième année

Liste des illustrations et des tableaux

Illustration 1 : Aperçu du questionnaire sur le serveur Google Forms®.....	9
Illustration 2 : Aperçu du message d'introduction du questionnaire sur le serveur Google Forms®	11
Illustration 3 : Aperçu des réponses au questionnaire transposées dans une feuille de calcul Microsoft Excel 2007®	12
Illustration 4 : Aperçu des réponses au questionnaire analysées sur le logiciel SPSS vs 15.0	13
Tableau 1 : Caractéristiques sociodémographiques des internes.....	15
Tableau 2 : Le suivi médical des internes et leur rapport à la médecine générale	16
Tableau 3 : L'auto-prescription médicamenteuse	19

1. INTRODUCTION

« *Medice, cura te ipsum* »

Evangile selon Saint Luc, verset 4.23.

Cette citation pourrait résumer à elle seule l'intérêt de ce travail. Littéralement on pourrait la traduire par « Médecin, soigne-toi toi-même » : le médecin, comme le sage, devrait d'abord être capable de s'occuper de lui-même s'il veut être utile aux autres. Le sens extrapolé de cette maxime « Exige de toi-même ce que tu exiges des autres », renvoie dans le domaine de la santé au rapport singulier qu'entretiennent les médecins avec leurs propres maladies. En effet, l'attitude de certains confrères vis-à-vis de leur santé peut s'avérer contradictoire avec ce qu'ils préconisent à leurs patients. Elle semble parfois inappropriée, voire négligée, et pour cause, dans l'inconscient collectif persiste encore aujourd'hui la toute puissance de la médecine et l'infaillibilité du médecin, toujours disponible et robotisé. Cette vision anthropologique et sociale le place le plus souvent comme un sacerdoce, prêt à soigner les autres mais pas lui-même, comme si le fait d'être médecin procurait une certaine « immunité » face à la maladie. Or, si l'exposition quotidienne à la maladie et les connaissances de son évolution met le médecin dans une position privilégiée par rapport aux autres patients, il n'en reste pas moins vulnérable à la maladie. Selon les statistiques de la CARMF [1], en 2005 les indemnités versées aux médecins étaient à 28% pour une affection cancéreuse, 18% pour une affection psychiatrique, 12% pour une affection traumatique, 11% pour une affection cardiovasculaire et 31% pour d'autres causes diverses. On constate que la répartition de ses affections est comparable à la population générale [2]. Pourtant une grande majorité des médecins considère que la prise en charge de leur santé, et à fortiori de la prévention de leur santé, est moins bonne que celle de leur patient [3]. Il existe en vérité, une véritable contradiction entre cette plainte, bien réelle, et les moyens que chaque médecin se donne pour se maintenir en bonne santé. Faible taux de déclaration de médecin traitant, consultations de couloir avec un confrère, déni de la maladie, le médecin-malade se révèle être un très mauvais patient.

Le rapport de la commission nationale permanente adopté lors des Assises du conseil national de l'Ordre des médecins du 28 juin 2008, intitulé « Le médecin malade » [3],

rappelle que le médecin, en dehors de son rôle de soignant, reste un humain qui peut être malade, souffrir, et prétendre aux mêmes droits que l'ensemble de la population dans le domaine de la santé. Pourtant, le même rapport pointe du doigt les réticences des médecins à suivre un parcours de soins classique lorsqu'ils sont malades : sentiment de gêne à consulter un confrère, ou simple peur d'un jugement de valeur, il paraît difficile de passer du statut de médecin à celui de malade.

A la différence des autres malades, le médecin a la capacité d'initier un traitement. L'auto-prescription médicamenteuse permet éventuellement au médecin-malade de se soigner sans passer par les canaux classiques de la médecine, au risque de l'isoler de plus en plus face à sa maladie. La capacité de pouvoir se prescrire à lui-même des médicaments peut être en effet la cause d'un manque de recul vis-à-vis de son état réel [4].

Pour rappel l'auto-prescription médicamenteuse se définit comme la prescription par un médecin, et pour lui-même, de médicaments délivrés sous ordonnance. La littérature nous montre que chez les médecins expérimentés comme chez les internes, le recours à l'auto-prescription médicamenteuse est une pratique très répandue, pour des pathologies bénignes comme pour des maladies chroniques. Ainsi dans une étude de 2011 en Haute-Normandie [5], plus de 99% des médecins généralistes interrogés déclaraient avoir recours régulièrement à l'auto-prescription médicamenteuse. Parmi les médecins qui se traitaient pour des troubles anxio-dépressifs, 85,2 % déclaraient avoir recours à l'auto-prescription par crainte d'être jugés par un confrère. Dans 49,5 % des cas, les médecins pensaient que l'auto-prescription était une conduite à risque et pouvait entraîner une addiction. Enfin, 30% des médecins souhaitaient un encadrement de leur auto-prescription. On retrouve des résultats comparables dans une étude australienne de 2003 interrogeant 896 médecins généralistes [6] : 90% d'entre eux pratiquaient l'auto-prescription quand ils souffraient d'une pathologie aiguë, et ils étaient encore 25% à l'admettre quand il s'agissait d'une pathologie chronique. Aussi 90% d'entre eux étaient réticents à consulter un autre médecin en cas de maladie, notamment en cas de problématique psychologique.

Sur le plan légal, le code de déontologie médicale (extrait du code de santé publique) précise les limites de la prescription médicale, sans toutefois mentionner l'auto-prescription. Ainsi l'article R4127-8 stipule [7]: « *Dans les limites fixées par la loi, le médecin est libre de ses prescriptions qui seront celles qu'il estime les plus appropriées en*

la circonstance. Il doit, sans négliger son devoir d'assistance morale, limiter ses prescriptions et ses actes à ce qui est nécessaire à la qualité, à la sécurité et à l'efficacité des soins. Il doit tenir compte des avantages, des inconvénients et des conséquences des différentes investigations et thérapeutiques possibles ». En conclusion, la loi nous indique que si le médecin est compétent pour prescrire pour autrui, alors il l'est également pour lui-même.

Les internes, médecins en devenir, ne font pas exception en matière d'auto-prescription médicamenteuse. Depuis une dizaine d'années, plusieurs thèses s'intéressent à la santé des internes [8 ; 9 ; 10 ; 11 ; 12]. On constate qu'à l'instar de leurs aînés, les internes, pourtant au cœur du système de soin, avec en théorie un accès facilité à l'avis de confrères séniors de toutes spécialités, ne profitent pas de leur position privilégiée pour bien se soigner. Au contraire il est observé un certain désintérêt de leur propre santé. Dans une étude de 2015 menée par V. Delahaye [13] : *Comment les internes picards prennent-ils en charge leur santé en termes de prévention, de dépistage et d'automédication ?* Près d'un interne sur deux trouvait son suivi médical moyennement satisfaisant, voire insuffisant. Près des trois-quarts des internes n'avaient pas consulté leur médecin traitant dans l'année, 96% pratiquaient l'auto-prescription médicamenteuse.

On retrouve des résultats comparables dans des études à l'étranger : dans une étude américaine datant de 1997 [14], 52% des internes reconnaissaient avoir recours à l'auto-prescription. Dans une autre étude américaine de plus grande échelle [15], sur 1785 internes interrogés, 75% affirmaient s'être prescrit des benzodiazépines, 51% des dérivés opiacés et 76% des amphétamines comme l'Adderall ® ou la Ritaline®. Une étude conjointe Australo-Néo-Zélandaise de 2009 rapportait que 38% des 914 internes interrogés s'étaient prescrits un traitement durant l'année dont 19% pour des anxiolytiques et 10% pour des hypnotiques [16].

Au-delà de l'aspect éthique posé par l'auto-prescription, s'ajoute une valeur juridique en ce qui concerne le droit de prescription des internes en médecine. Pour rappel, il peut prodiguer des soins médicaux, pratiquer des interventions chirurgicales, travailler en laboratoire ou dans un service de radiologie. Il devra s'identifier en sa qualité d'interne, et indiquer le nom et les références de son maître de stage dans les ordonnances et documents

remis aux patients. Néanmoins, l'étudiant-interne n'a pas la pleine capacité d'exercice, son droit de prescription se retrouve donc limité.

L'article R.6153-3 du code de la santé publique vient préciser : « L'interne en médecine exerce des fonctions de prévention, de diagnostic et de soins par délégation et sous la responsabilité du praticien dont il relève » [17].

Délégation : c'est le mot-clé. L'interne n'est donc autorisé à pratiquer la médecine qu'en vertu du « *praticien dont il relève* », c'est-à-dire, en général, du chef de service à l'hôpital ou du maître de stage en ambulatoire. Le droit de prescrire s'effectue donc uniquement dans le cadre d'affectation de l'interne, aucune prescription ne serait donc possible en dehors de celui-ci, l'interne n'aurait donc pas la possibilité de signer une ordonnance ni pour un proche, ni pour lui-même [18].

L'auto-prescription médicamenteuse, bien qu'elle ne soit a priori pas autorisée, est donc une pratique courante chez les internes. Une thèse réalisée en 2013 par A. Prud'Homme et A. Richard sur 15 internes français, avait pour objectif de mettre en lumière les déterminants de cette pratique [19]. Les raisons étaient multiples : accès facile aux ordonnanciers de l'hôpital, absence de déclaration de médecin traitant, manque de temps pour consulter, difficulté d'inverser les rôles médecin-patient et de se concevoir comme malade, peur d'être jugé, manque de confidentialité, confiance en son propre diagnostic...

Il m'a paru intéressant de réaliser une étude de plus grande ampleur, cette fois ci avec un échantillon plus représentatif, afin de mieux connaître les raisons pour lesquelles les internes ont recours à l'auto-prescription médicamenteuse et de savoir si les conclusions de la thèse d'A. Prud'Homme et A. Richard sont partagées parmi nos confrères marseillais.

De plus, en partant du postulat que les pathologies dont peuvent souffrir les internes, une population jeune, relèvent en grande partie de la médecine générale, il me semble intéressant de déterminer si les internes en médecine générale sont plus disposés que les internes spécialistes à pratiquer l'auto-prescription médicamenteuse. L'hypothèse est que les internes spécialistes sont plus susceptibles de consulter un médecin généraliste en cas de maladie et qu'en conséquence leur recours à l'auto-prescription est moins fréquent.

Ma question de recherche s'intitule donc : Pourquoi les internes ont-ils recours à l'auto-prescription médicamenteuse ?

Alexis Pierrès – Pourquoi les internes ont-ils recours à l'auto-prescription médicamenteuse ? Enquête auprès des internes de la Faculté de médecine de l'Université d'Aix-Marseille

2. MATÉRIEL ET MÉTHODE

L'étude statistique qui est réalisée pour cette thèse se matérialise principalement par un questionnaire proposé aux internes de la Faculté de médecine de l'Université d'Aix-Marseille. Dans cette partie, les thèmes abordés dans ce questionnaire et sa construction sont définis. Les moyens de sa diffusion, de l'organisation des données recueillies et du traitement des données sont présentés. Ce travail a été mené en collaboration avec Mr. Cohen, statisticien auto-entrepreneur, notamment pour le traitement des données.

2.1. Construction du questionnaire et choix des thèmes abordés

Cette enquête a été menée autour d'un auto-questionnaire anonyme. Trois thèmes sont abordés.

Une première partie s'intéresse à des données sociodémographiques simples, concernant le genre, la spécialité et le niveau d'avancement dans l'internat, afin de connaître la population des internes consultés.

Une deuxième partie concerne le suivi médical des internes. Elle s'intéresse à l'existence ou non d'un médecin traitant accessible, à la fréquence des consultations chez un médecin généraliste depuis le début de leur internat, les raisons pour lesquelles certains internes ne consultent jamais de médecin généraliste et les éventuelles craintes à passer du statut de soignant au statut de patient. L'hypothèse de départ était de considérer l'auto-prescription médicamenteuse comme une conséquence d'un mauvais suivi médical des internes et d'une réticence à consulter un confrère au sujet de leur propre santé. Cette partie s'intéresse également aux internes souffrant d'une pathologie chronique et à la part de ceux qui ont initié leur propre traitement et qui s'occupent de leur renouvellement d'ordonnance.

Cette dernière question introduit le thème de l'auto-prescription médicamenteuse chez les internes qui est traité dans une troisième et dernière partie. Quelle est la proportion des internes qui ont recours à l'auto-prescription médicamenteuse ? Pour quelles raisons ? Quels sont les médicaments les plus prescrits ? Par quels moyens arrivent-ils à se les prescrire ? Quels sont ceux que les internes s'interdisent de prescrire ? Les internes reconnaissent-ils des risques dans cette pratique ? Sont-ils favorables à autoriser l'auto-prescription et quelles en seraient les limites ?

L'objectif secondaire de l'enquête était de comparer les internes de médecine générale et les internes spécialistes en recherchant des différences statistiquement significatives dans leurs réponses au questionnaire. L'hypothèse de départ était de retrouver des taux plus élevés de déclaration de médecin traitant et un recours plus fréquent à la consultation d'un médecin généraliste chez les internes spécialistes, qui en conséquence, auraient moins recours à l'auto-prescription médicamenteuse. Telles sont les constatations d'une étude australienne menée en 2003 concernant les médecins thésés et plus expérimentés [6]. En effet, le suivi médical et le traitement des pathologies les plus courantes relèvent moins du domaine des médecins spécialistes que de celui des médecins généralistes.

Il a été décidé de ne pas comparer les réponses du questionnaire en fonction du sexe ou de l'avancement dans l'internat car la littérature montre que l'auto-prescription n'était pas ou peu influencée par ces deux variables [22 ; 23 ; 24].

Le questionnaire a été élaboré en s'inspirant des thèses d'A. Prud'homme et A. Richard [19], G. Labeille [20], C. Mousnier-Lampre [21], C. Schreck [8], T. Le Quintrec [22] et de L. Simon [23].

2.2. Choix de la population sondée et échantillonnage

La population ciblée correspond à l'ensemble des internes de la Faculté de médecine de l'Université d'Aix-Marseille inscrits pendant l'année universitaire 2017-2018. D'après le bureau de la scolarité 1824 internes étaient inscrits cette année-là. Ce type d'étude ne demande pas d'obtenir un échantillon minimal de la population. Un objectif de recrutement d'un cinquième de la population, soit 365 internes, a été fixé avant la diffusion de notre questionnaire.

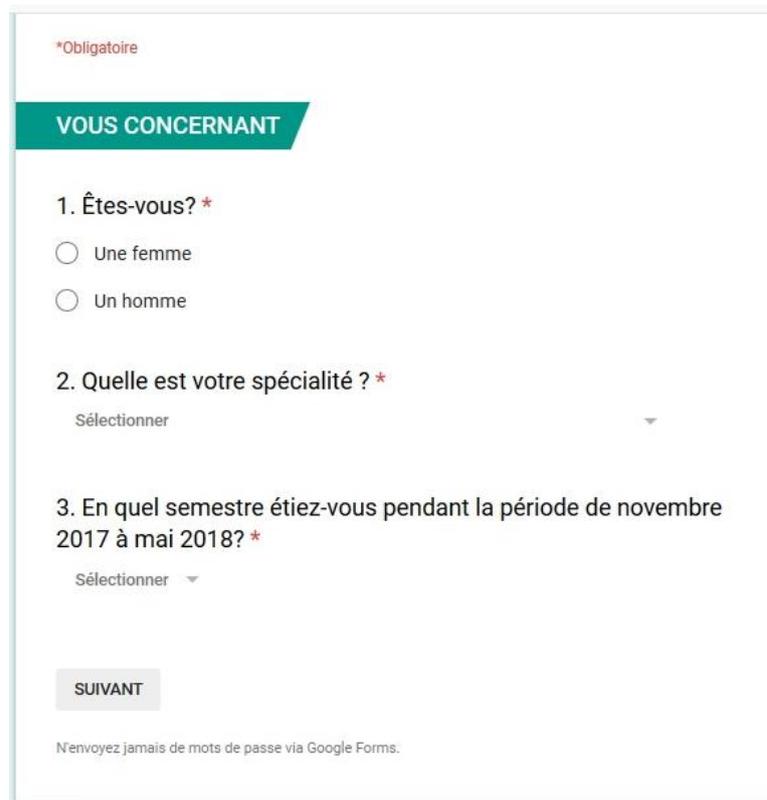
2.3. Création du questionnaire informatisé

Afin de pouvoir diffuser largement et plus facilement ce sondage, le questionnaire a été réalisé sous format informatique grâce au serveur Google Forms®. Le choix d'une diffusion digitale a aussi été retenu pour des raisons de budget, de traitement facilité des données et de conservation de l'anonymat.

Le questionnaire se présente sous la forme de quatorze questions à choix unique ou à choix multiples pour un total de 112 items. Les réponses à certaines questions influencent

la suite du questionnaire. Par exemple, une réponse « non » à la question 6 donne accès à une sous-question. Cela permet d'approfondir la réponse de chacun à une question fermée par « oui » ou par « non ». Des questions ouvertes appellent aussi à des réponses textuelles dans les items « autres ».

Une réponse à chaque question est obligatoire pour passer à la suivante, ainsi chaque questionnaire envoyé était complet.



*Obligatoire

VOUS CONCERNANT

1. Êtes-vous? *

Une femme

Un homme

2. Quelle est votre spécialité ? *

Sélectionner ▼

3. En quel semestre étiez-vous pendant la période de novembre 2017 à mai 2018? *

Sélectionner ▼

SUIVANT

N'envoyez jamais de mots de passe via Google Forms.

Illustration 1 : Aperçu du questionnaire sur le serveur Google Forms®

Avant sa diffusion, le questionnaire a été soumis à l'avis de 5 internes appartenant à d'autres Facultés de médecine de France. Le questionnaire a ensuite été réduit de vingt-cinq questions à quatorze questions afin de réduire la durée de remplissage entre 6 et 10 minutes. L'intelligibilité des questions n'a en revanche pas été critiquée.

2.4. Modalité de distribution du questionnaire

Le questionnaire a été diffusé par internet via le réseau social Facebook® sur les groupes rassemblant une grande majorité des internes de la Faculté de médecine de l'Université d'Aix-Marseille : « Association des internes de Marseille et de ses périphéries – SAIHM » / « Médecine générale Saihm » / « interne de Marseille et de ses périph - Officiel SAIHM » / « interne de Marseille! » / « internes MG Marseille ».

La diffusion du questionnaire s'accompagnait d'un texte expliquant le sujet de l'étude, ses objectifs et la population ciblée comme décrite ci-dessus. Nous avons joint nos coordonnées personnelles (adresse e-mail) en cas de difficulté de remplissage ou pour tout commentaire. Les internes pouvaient également envoyer un commentaire directement sur la publication Facebook®.

Le premier envoi du questionnaire a été effectué le 12 mars 2018 sur les groupes Facebook®. Une relance a été faite le 17 mars 2018 sur les mêmes groupes.

Afin d'obtenir plus de réponses, nous avons reçu l'autorisation de la part du Doyen de la Faculté de Médecine de l'Université d'Aix-Marseille de diffuser le questionnaire sur les adresses e-mail rattachées à l'ENT de l'ensemble des internes inscrits pour l'année 2017-2018. La diffusion a été effectuée par le service de la scolarité le 18 juillet 2018. Cette demande avait été appuyée par le département universitaire de médecine générale (DUMG) qui avait lui-même autorisé la diffusion de ce questionnaire sur les adresses e-mail personnelles des internes de médecine générale le 10 juillet 2018.

Par souci de confidentialité et pour respecter l'anonymat des internes participant à l'étude, aucune connexion à un compte Google® n'a été demandée avant de débiter le questionnaire. En contrepartie, nous avons demandé à chaque participant de ne répondre qu'une seule fois au questionnaire pour ne pas fausser les résultats de l'étude.

Pourquoi les internes ont-ils recours à l'auto-prescription médicamenteuse ? Enquête auprès des internes de la Faculté de médecine de l'Université d'Aix-Marseille

Bonjour,

Chers collègues internes, cette étude vous concerne,

Dans le but d'améliorer la prise en charge de la santé des internes en médecine, j'effectue ma thèse sur l'auto-prescription médicamenteuse chez les internes de la Faculté de médecine de l'Université d'Aix-Marseille.

Cette étude a pour objectif principal d'évaluer les raisons pour lesquelles les internes ont recours à l'auto-prescription médicamenteuse dans le traitement des pathologies qui relèvent de la médecine générale.

Le temps de remplissage vérifié est de 6 minutes. Il comporte 16 questions.

Ces données resteront strictement confidentielles et anonymes et aucune connexion à un compte Google(R) ne vous sera demandée. En contre-partie, je vous demande de ne répondre qu'une seule fois à ce questionnaire.

Je vous remercie par avance pour votre participation.

Alexis PIERRES, interne Médecine Générale, cinquième semestre, Faculté de médecine, Université d'Aix-Marseille

Email : alexis.pierres@yahoo.fr

Sous la direction du Docteur Jacques BARGIER, MCA, médecin généraliste exerçant à Mouriès, Bouches du Rhône.

Illustration 2 : Aperçu du message d'introduction du questionnaire sur le serveur Google Forms®

2.5. Organisation et traitement des données

Les données obtenues sur le logiciel Google Forms® ont été transposées dans une feuille de calcul sur le logiciel Microsoft Excel 2007®. Chaque colonne correspondait à un item du questionnaire et chaque ligne correspondait aux réponses de chaque interne.

Dans les items « autres », les questions ouvertes appelaient à des réponses textuelles. Nous les avons regroupées par mots-clés pour une codification manuelle en données numériques. Ainsi, à la question 5 « Si vous n'avez pas consulté de médecin généraliste depuis le début de votre internat, quelles sont selon vous les raisons ? » les réponses : « *Pas eu besoin de consultation* » ; « *Je n'ai pas eu de problème de santé aigu* » ; « *Pas de problème de santé majeure nécessitant un suivi* » etc.... ont été codées en « Absence de maladie ».

Pour une meilleure intelligibilité des résultats, certaines réponses textuelles ont été analysées avec les réponses d'une autre question. Ainsi, les internes évoquant l'utilisation de leur propre numéro RPPS dans à la dernière question « quelles limites donneriez-vous à cette pratique ? » non pas été pris en compte dans cette question, mais leurs réponses ont

Alexis Pierrès – Pourquoi les internes ont-ils recours à l'auto-prescription médicamenteuse ? Enquête auprès des internes de la Faculté de médecine de l'Université d'Aix-Marseille

été intégrées dans la question 11 « Lorsque vous rédigez une ordonnance pour vous-même, demandez-vous l'accord du sénior à qui vous utilisez le numéro RPPS ? ».

1	2. Quelle est votre spécialité ?	3. En quel semestre étiez-vous ?	4. Avez-vous un médecin ?	5. Combien de fois par an ?	6. Si vous n'avez pas consulté de médecin généraliste depuis le début de votre internat, quelles sont selon vous les raisons ?
2	CHIRURGIE GÉNÉRALE	S5	Non	Jamais	Faute de temps. Vous ne pensez pas avoir besoin d'un médecin traitant autre que vous-même
3	GASTROENTÉROLOGIE	S4	Non	Jamais	Vous prenez l'avis de vos séniors pour ce qui concerne votre santé
4	MÉDECINE GÉNÉRALE	S5	Oui	Jamais	Faute de temps. Vous ne pensez pas avoir besoin d'un médecin traitant autre que vous-même. Vous prenez l'avis de vos séniors
5	MÉDECINE GÉNÉRALE	S3	Non	Jamais	Faute de temps. Pas de nouvelle déclaration de médecin traitant faite depuis votre affectation au CHU de Marseille
6	MÉDECINE GÉNÉRALE	S3	Non	Jamais	Vous ne pensez pas avoir besoin d'un médecin traitant autre que vous-même
7	MÉDECINE GÉNÉRALE	S5	Oui	Jamais	Pas de nouvelle déclaration de médecin traitant faite depuis votre affectation au CHU de Marseille. Vous prenez l'avis de vos séniors
8	MÉDECINE NUCLÉAIRE	S1	Oui	Une à deux fois par an	
9	PSYCHIATRIE	S3	Non	Jamais	Pas de nouvelle déclaration de médecin traitant faite depuis votre affectation au CHU de Marseille. Vous ne pensez pas avoir besoin d'un médecin traitant autre que vous-même
10	MÉDECINE GÉNÉRALE	S5	Non	Jamais	Faute de temps. Pas de nouvelle déclaration de médecin traitant faite depuis votre affectation à la Faculté de médecine d'Aix-Marseille
11	MÉDECINE GÉNÉRALE	S3	Non	Jamais	Vous ne pensez pas avoir besoin d'un médecin traitant autre que vous-même. Vous prenez l'avis de vos séniors en ce qui concerne votre santé
12	MÉDECINE GÉNÉRALE	S1	Oui	Jamais	Mon médecin est mon père
13	MÉDECINE GÉNÉRALE	S6	Non	Jamais	Famille de médecin
14	MÉDECINE GÉNÉRALE	S6	Non	Jamais	Faute de temps. Pas de nouvelle déclaration de médecin traitant faite depuis votre affectation à la Faculté de médecine d'Aix-Marseille
15	PSYCHIATRIE	S3	Oui	Jamais	Pas de nouvelle déclaration de médecin traitant faite depuis votre affectation à la Faculté de médecine d'Aix-Marseille
16	MÉDECINE GÉNÉRALE	S5	Non	Jamais	Vous ne pensez pas avoir besoin d'un médecin traitant autre que vous-même
17	PSYCHIATRIE	S8	Non	Jamais	Faute de temps. Pas de nouvelle déclaration de médecin traitant faite depuis votre affectation à la Faculté de médecine d'Aix-Marseille
18	MÉDECINE GÉNÉRALE	S3	Non	Jamais	Pas de nouvelle déclaration de médecin traitant faite depuis votre affectation à la Faculté de médecine d'Aix-Marseille
19	MÉDECINE GÉNÉRALE	S7	Non	Jamais	Pas de nouvelle déclaration de médecin traitant faite depuis votre affectation à la Faculté de médecine d'Aix-Marseille. Vous ne pensez pas avoir besoin d'un médecin traitant autre que vous-même
20	MÉDECINE GÉNÉRALE	S3	Oui	Jamais	Pas de besoin particulier
21	SANTÉ PUBLIQUE ET M	S1	Oui	Jamais	Vous ne pensez pas avoir besoin d'un médecin traitant autre que vous-même. Membres de la famille médecins également.
22	BIOLOGIE MÉDICALE	S1	Oui	Une à deux fois par an	
23	MÉDECINE GÉNÉRALE	S6	Non	Jamais	Pas de nouvelle déclaration de médecin traitant faite depuis votre affectation à la Faculté de médecine d'Aix-Marseille
24	PÉDIATRIE	S6	Non	Jamais	Pas eu besoin

Illustration 3 : Aperçu des réponses au questionnaire transposées dans une feuille de calcul Microsoft Excel 2007®

2.6. Analyse statistique

L'analyse statistique a été effectuée grâce au logiciel SPSS version 15.0. Il nous a permis d'effectuer une première analyse descriptive de l'ensemble des réponses du questionnaire. Les réponses des internes ont été présentées en valeurs absolues et sous forme de pourcentages calculés sur la base de l'ensemble des répondants.

Seules les réponses des sous-questions ci-après ont été exprimées en pourcentage sur la base des internes concernés par ces sous-questions :

- Sous-questions de la question 10 « Si oui, qui a initié le traitement ? » et « Si oui, qui s'occupe du renouvellement d'ordonnance ? »,
- Sous-questions de la question 11 « Lorsque vous rédigez une ordonnance pour vous-même, demandez-vous l'accord du sénior à qui vous utilisez le numéro RPPS ? »,
- Sous-question de la question 12 « Si oui, pour quelle raison ? ».

Nous avons ensuite considéré deux groupes en fonction de la spécialité : les internes de médecine générale d'un côté et les internes des autres spécialités de l'autre, et comparé leurs caractéristiques par une analyse bivariée. Pour cela, nous avons effectué, selon les distributions de la variable, un test du Chi² ou un test de Fisher sur les résultats.

Alexis Pierrès – Pourquoi les internes ont-ils recours à l'auto-prescription médicamenteuse ? Enquête auprès des internes de la Faculté de médecine de l'Université d'Aix-Marseille

Par convention, le seuil de significativité pour les tests statistiques a été fixé à 5%. Une p-valeur inférieure ou égale à 0,05 indiquait une différence statistiquement significative. Une p-valeur comprise entre 0,05 et 0,1 indiquait une tendance à la significativité.

The screenshot shows the SPSS Data Editor interface. The main window displays a dataset with the following columns: 'Horodateur', 's_A', 'spe', '@3 En que', '@4 Av', '@5 Combien de fois par an aller au consult', and 'consult'. The data rows show various dates from 2017 to 2018, genders (femelle, homme), specialties (e.g., MÉDECINE GÉNÉRALE, PÉDIATRIE), and consultation frequencies (e.g., 'Une à deux fois par an', 'Jamais'). A menu is open over the 'Analyse' tab, listing various statistical tests such as 'Frequencies...', 'Descriptives...', 'Explore...', 'Crosstabs...', 'Ratio...', 'Correlate', 'Regression', 'Loglinear', 'Classify', 'Data Reduction', 'Scale', 'Nonparametric Tests', 'Time Series', 'Survival', 'Multiple Response', 'Missing Value Analysis...', 'Complex Samples', 'Quality Control', and 'ROC Curve...'. The status bar at the bottom indicates 'SPSS Processor is ready'.

Illustration 4 : Aperçu des réponses au questionnaire analysées sur le logiciel SPSS vs 15.0

2.7. Documentation

La recherche bibliographique s'est faite via différents moteurs de recherche : PUBMED, The BMJ, DUMAS et SUDDOC. Plusieurs sites internet sont également utilisés : AFFSAPS, HAS, CISMEF, MEDLINE PLUS. La majorité des sources a été obtenue entre novembre 2017 et mars 2018. Dans les moteurs de recherche, nous avons utilisé les termes suivants en Français: « auto-prescription »; « santé des internes »; « déontologie médicale »; « numéro RPPS interne »; « droits des internes », ; et en Anglais: « self prescribing »; medical resident health »; “medical deontology »; « self treatment ».

3. RÉSULTATS DE L'ENQUÊTE

Dans cette partie sont présentés les résultats du questionnaire diffusé auprès des internes de la Faculté de médecine de l'Université d'Aix-Marseille. Les données ont été organisées dans les trois tableaux ci-après selon les trois thèmes abordés dans ce questionnaire.

Au total, 399 questionnaires ont été reçus sur la période du 12/03/2018 au 22/07/2018. Une première analyse descriptive est proposée.

3.1. Caractéristiques sociodémographiques des internes

		Population des internes	
		n	%
1-	Caractéristiques sociodémographiques des internes		
	Homme	109	27%
	Femme	290	73%
2-	Spécialité		
	Médecine Générale	264	66%
	Autres spécialités :	135	34%
	Anatomie et cytologie pathologiques	4	1%
	Anesthésie-Réanimation	6	2%
	Biologie médicale	4	1%
	Cardiologie et maladies vasculaires	2	1%
	Chirurgie générale	10	3%
	Dermatologie	3	1%
	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques	3	1%
	Gastroentérologie et hépatologie	8	2%
	Génétique médicale (clinique, chromosomique et moléculaire)	1	0%
	Gynécologie médicale	1	0%
	Gynécologie obstétrique	9	2%
	Hématologie	0	0%
	Médecine du travail	2	1%
	Médecine interne	6	2%
	Médecine nucléaire	2	1%
	Médecine physique et de réadaptation	3	1%
	Néphrologie	5	1%
	Neurologie	4	1%
	Oncologie	5	1%
	Ophtalmologie	1	0%
	Oto-rhino-laryngologie et chirurgie cervico-faciale	3	1%
	Pédiatrie	19	5%
	Pneumologie	5	1%
	Psychiatrie	21	5%
	Radiodiagnostic et imagerie médicale	3	1%
	Rhumatologie	3	1%
	Santé publique et médecine sociale	2	1%
	stomatologie	0	0%
3-	Semestre en cours (pendant la période de novembre 2017 à mai 2018)		
	S1	99	25%
	S2	4	1%
	S3	75	19%
	S4	13	3%
	S5	116	29%
	S6	38	10%
	S7	34	9%
	S8	7	2%
	S9	8	2%
	S10	5	1%

Tableau 1 : Caractéristiques sociodémographiques des internes

La population interrogée est majoritairement composée de femmes (73%) (question 1). Les internes de médecine générale représentent les deux tiers des répondants et toutes les spécialités ont été représentées par au moins un interne, à l'exception de la stomatologie et de l'hématologie (question 2). Concernant l'avancement dans l'internat,

tous les semestres allant du premier semestre au dixième semestre ont été représentés (question 3).

3.2. Le suivi médical des internes et leur rapport à la médecine générale

	Internes (N=399)		Internes en médecine générale (N ₁ =264)		Internes des autres spécialités (N ₂ =135)		p-valeur	
	n	%	n	%	n	%		
4- Avez-vous un médecin traitant déclaré proche de votre lieu de travail et ou de votre résidence ?								
oui	130	33%	85	32%	45	33%	0.82	○
non	269	67%	179	68%	90	67%		
5- Combien de fois avez-vous consulté un médecin généraliste depuis le début de votre internat ?								
Jamais	305	76%	200	76%	105	78%	0.91	○
au moins une fois par an	94	24%	64	24%	30	22%		
Si vous n'avez pas consulté de médecin généraliste depuis le début de votre internat, quelles sont selon vous les raisons ?								
Pas de nouvelle déclaration de médecin traitant faite depuis votre affectation à la Faculté	141	35%	93	35%	48	36%	0.98	○
Manque de temps	126	32%	78	30%	48	36%	0.21	○
Vous ne pensez pas avoir besoin d'un médecin traitant autre que vous-même	94	24%	63	24%	31	23%	0.81	○
Vous prenez l'avis de vos séniors en ce qui concerne votre santé	67	17%	50	19%	17	13%	0.09	●
6- Vous sentez-vous autorisé(e) à vous absenter de votre stage pour aller consulter un médecin généraliste ?								
oui	109	27%	65	25%	44	33%	0.09	●
non	290	73%	199	75%	91	67%		
Si non, pourquoi ?								
"qui va travailler à ma place pendant mon absence?"	177	44%	124	47%	53	39%	0.14	○
Vous ressentez de la culpabilité à vous absenter	173	43%	116	44%	57	42%	0.74	○
Vous pourriez aisément vous soigner par vos propres moyens	87	22%	63	24%	24	18%	0.16	○
Ce serait mal vu par vos séniors	60	15%	40	15%	20	15%	0.93	○
Les médecins avec qui vous travaillez pourront vous donner leur avis	55	14%	44	17%	11	8%	0.02	●
7- Considérez-vous qu'il soit utile de consulter un médecin pour une maladie que vous pensez pouvoir soigner vous-même ?								
oui	125	31%	73	28%	52	39%	0.03	●
non	274	69%	191	72%	83	61%		
8- Aller consulter un médecin généraliste représente-t-il pour vous un aveu d'échec concernant vos capacités diagnostiques et thérapeutiques ?								
oui	69	17%	50	19%	19	14%	0.22	○
non	330	83%	214	81%	116	86%		
9- Pour vous, est-il difficile de passer du statut de médecin au statut de patient ?								
oui	217	54%	152	58%	65	48%	0.07	●
non	182	46%	112	42%	70	52%		
10- Avez-vous une maladie chronique, même bénigne nécessitant la prise régulière de médicament ?								
oui	107	27%	71	27%	36	27%		
non	295	74%	193	73%	99	73%		
Si oui, qui a initié votre traitement?								
Vous-même	26	24%	20	28%	6	17%	0.19	○
Un autre médecin	81	76%	51	72%	30	83%		
Si oui, qui s'occupe du renouvellement d'ordonnance ?								
Vous-même	86	80%	54	76%	32	89%	0.13	○
Un autre médecin	21	20%	17	24%	4	11%		

Tableau 2 : Le suivi médical des internes et leur rapport à la médecine générale

Parmi les 399 internes interrogés, 33% indiquent avoir déclaré un médecin traitant proche de leur lieu de travail et/ou de résidence (question 4). 76% des internes déclarent ne jamais avoir consulté un médecin généraliste depuis le début de leur internat. Les raisons invoquées sont les suivantes : les internes sont 35% à ne pas avoir fait de nouvelle déclaration d'un médecin traitant depuis leur affectation à la Faculté de médecine de

l'Université d'Aix-Marseille. 32% des internes se plaignent du manque de temps pour consulter. 24% estiment ne pas nécessiter d'un autre médecin traitant qu'eux-mêmes, et 17% prennent l'avis de leurs seniors respectifs en ce qui concerne leur santé.

Quelques internes ont apporté des réponses différentes dans l'item « autre ». Ils sont 10 internes à déclarer se faire soigner par un médecin parmi leurs proches et trois internes ont avoué ne pas consulter par paresse ou négligence (question 5).

Verbatim question 5 :

- « Famille de médecin »
- « Mari médecin généraliste »
- « Ma mère est mon médecin traitant »
- « Mon médecin traitant est mon père »
- « Mon médecin est mon père »
- « MT membre de la famille »
- « Père qui est médecin généraliste »
- « Médecin traitant mon père aussi »
- « Membres de la famille médecins également »
- « Conjointe et père médecin : avis auprès d'eux »
- « Négligence »
- « Pas envie »
- « Pas envie »

Parmi les internes interrogés, 73% ne se sentent pas autorisés à s'absenter de leur stage pour aller consulter un médecin généraliste. Pour expliquer leurs raisons, 44% des internes ont sélectionné l'item « qui va travailler à ma place pendant mon absence? ». 43% des internes ressentent de la culpabilité à s'absenter. 22% estiment qu'ils peuvent aisément se soigner par leur propre moyen. 15% pensent que ce serait mal vu par leurs seniors et 14% des internes estiment qu'ils peuvent être conseillés auprès des médecins avec qui ils travaillent. Enfin, ils sont 5 internes à avoir répondu dans l'item « autre », qu'un rendez-vous chez un médecin n'était pas à prendre sur une journée de travail (question 6).

Verbatim question 6 :

- « Si nécessité ou choix personnel de consulter son médecin traitant, rendez-vous à prévoir hors des horaires de travail, comme tout le monde. »
- « Ce serait mal vu par nos seniors, J'estime que ce temps n'est pas à prendre sur du temps de travail... j'aurai tendance à y aller sur un repos de garde »
- « Je considère que je devrai prendre RDV en dehors de mes horaires de travail »
- « Rendez-vous sur du temps off si besoin »
- « On peut s'arranger pour y aller sur des repos de garde ou sur des demi-journées de formation personnelle si on n'est pas mourant »

69% des internes ne considèrent pas utile d'aller consulter un médecin pour un symptôme qu'ils pensent pouvoir soigner eux-mêmes (question 7).

17% des internes considèrent qu'aller consulter un médecin généraliste représente un aveu d'échec sur leurs capacités diagnostiques et thérapeutiques (question 8).

54% des internes déclarent qu'il est difficile pour eux de passer du statut de médecin au statut de patient quand ils vont consulter un confrère (question 9).

27% des internes ont déclaré souffrir d'une pathologie chronique nécessitant la prise régulière de médicaments. Parmi eux, ils sont 24% à déclarer avoir initié eux-mêmes leur traitement et 80% s'occupent du renouvellement d'ordonnance (question 10).

3.3. L'auto-prescription médicamenteuse

	Internes (N=399)		Internes en médecine générale (N ₁ =264)		Internes des autres spécialités (N ₂ =135)		p-valeur	
	n	%	n	%	n	%		
11- Avez-vous déjà eu recours à l'auto-prescription médicamenteuse ?								
Oui	371	93%	248	94%	123	91%	0.3	○
Jamais	28	7%	16	6%	12	9%		
Si oui, pour quelle(s) raison(s)?								
Pour une question de gain de temps et d'accès facile aux ordonnanciers	362	91%	240	91%	122	90%	0.18	○
Parce que vous estimez pouvoir vous soigner vous-même	170	43%	127	48%	43	32%	0.003	●
Vous ne souhaitez pas exposer vos problèmes de santé à un confrère	54	14%	42	16%	12	9%	0.07	◐
Par peur du non respect du secret médical	16	4%	9	3%	7	5%	0.35	○
Par manque de confiance en vos confrères quand il s'agit de votre propre santé	8	2%	4	2%	4	3%	0.45	○
Quels médicaments vous êtes-vous déjà prescrits ?								
AINS ou corticoïdes	265	66%	180	68%	85	63%	0.30	○
Antibiotiques	244	61%	160	61%	84	62%	0.75	○
Antalgiques de palier 2	137	34%	97	37%	40	30%	0.16	○
Anxiolytiques	49	12%	33	13%	16	12%	0.85	○
Hypnotiques	24	6%	14	5%	10	7%	0.40	○
Antidépresseurs	15	4%	8	3%	7	5%	0.28	○
Antalgiques de palier 3	3	1%	2	1%	1	1%	1.00	○
Lorsque vous rédigez une ordonnance pour vous-même, demandez-vous l'accord du sénior à qui vous utilisez le numéro RPPS ?								
oui	87	23%	74	30%	13	11%	0.001	●
non	284	77%	174	70%	110	89%		
Y-a-t-il des médicaments que vous refusez de vous auto-prescrire ?								
oui	320	80%	205	78%	115	85%	0.07	◐
non	51	13%	43	16%	8	6%		
Si oui, lesquels ?								
Antalgiques de palier 3	290	73%	184	70%	106	79%	0.06	◐
Antidépresseurs	286	72%	183	69%	103	76%	0.14	○
Hypnotiques	269	67%	172	65%	97	72%	0.18	○
Anxiolytiques	222	56%	142	54%	80	59%	0.30	○
Antalgiques de palier 2	52	13%	27	10%	25	19%	0.02	●
Antibiotiques	39	10%	21	8%	18	13%	0.09	◐
AINS ou corticoïdes	18	5%	8	3%	10	7%	0.05	●
12- Pensez-vous que l'auto-prescription médicamenteuse soit une pratique à risque pour les internes ?								
oui	256	64%	169	64%	87	64%	0.93	○
non	143	36%	95	36%	48	36%		
Si oui, pour quelles raisons?								
Manque d'objectivité	222	87%	149	88%	73	84%	0.34	○
Isolement face à la maladie	204	80%	131	78%	73	84%	0.23	○
Retard ou erreur de diagnostic	145	57%	98	58%	47	54%	0.54	○
Risque addictogène (psychotropes, antalgiques palier II ou III, etc...)	146	57%	94	56%	52	60%	0.53	○
Mésusage de certains médicaments (non respect des indications / usage récréatif)	141	55%	80	47%	61	70%	0.001	●
13- Votre automédication vous semble-t-elle conforme aux recommandations en termes d'indications, de contre-indications et de posologie ?								
Oui, tout à fait conforme	211	53%	142	54%	69	51%	0.61	○
Non	188	47%	122	46%	66	49%		
14- Etes-vous en faveur de l'autorisation de l'auto-prescription médicamenteuse pour les internes ?								
oui	311	78%	204	77%	107	79%	0.65	○
non	88	22%	60	23%	28	21%		
Si oui, quelles limites donneriez-vous à cette pratique ?								
Aucune	67	17%	42	16%	25	19%	0.51	○
Choix limité de médicament (antalgiques palier I-II/pilule contraceptive/etc...)	244	61%	187	71%	57	42%		

Tableau 3 : L'auto-prescription médicamenteuse

93% des internes reconnaissent avoir recours à l'auto-prescription médicamenteuse. 91% des internes choisissent l'auto-prescription pour une question de gain de temps et d'accès facile aux ordonnanciers. 43% des internes estiment qu'ils peuvent se soigner eux-

Alexis Pierrès – Pourquoi les internes ont-ils recours à l'auto-prescription médicamenteuse ? Enquête auprès des internes de la Faculté de médecine de l'Université d'Aix-Marseille

mêmes. 14% ne souhaitent pas exposer leur problème de santé à un confrère. 4% ont fait part de la peur du non-respect du secret médical et 2% des internes ne font pas confiance à leur confrère concernant leur propre santé (question 11).

Parmi tous les internes interrogés, 66% se sont déjà prescrit des AINS ou des corticoïdes ; 61% des antibiotiques ; 34% des antalgiques de palier 2 ; 12% des anxiolytiques ; 6% des hypnotiques ; 4% des antidépresseurs et 1% des antalgiques de palier 3 (question 11).

Parmi les internes ayant recours à l'auto-prescription médicamenteuse, ils sont 23% à demander au préalable l'accord du sénior à qui ils utilisent le numéro RPPS. Cinq internes déclarent utiliser leur propre numéro RPPS depuis qu'ils possèdent leur licence de remplacement (question 11).

Verbatim question 11 :

- « Je prescris avec mon RPPS j'ai la licence de remplacement »
- « Licence de remplacement en poche, je me les prescris à moi-même »
- « Je me prescris avec mon propre RPPS (remplaçant) »
- « Je me prescrit des médicaments sous mon rpps »
- « Je m'autoprescris des médicaments avec mon nom (pas celui d'un sénior) »

80% des internes affirment qu'ils refusent de se prescrire certains médicaments. Par ordre de fréquence, 73% des internes refusent de se prescrire des antalgiques de palier 3 ; 72% des antidépresseurs ; 67% des hypnotiques ; 56% des anxiolytiques ; 13% des antalgiques de palier 2 ; 10% des antibiotiques et 5% des AINS ou corticoïdes. Ils seraient donc 95% à s'autoriser l'auto-prescription d'AINS ou corticoïdes ; 90% des antibiotiques ; 87% des antalgiques de palier 2 ; des 44% des anxiolytiques ; 33% des hypnotiques ; 28% des antidépresseurs et 27% des antalgiques de palier 3 s'ils considéreraient en avoir besoin (question 11).

64% des internes considèrent que l'auto-prescription médicamenteuse est une pratique à risque pour leur santé. Les raisons évoquées sont les suivantes : 87% d'entre eux reconnaissent un manque d'objectivité dans cette pratique ; 80% s'inquiètent d'un risque d'isolement face à la maladie. Les risques d'addiction et de retard ou erreur diagnostique sont chacun partagés par 57% d'entre eux et 55% s'inquiètent du risque de mésusage des médicaments prescrits (question 12).

Les internes sont 53% à considérer que leur automédication est tout à fait conforme aux recommandations en termes d'indications, de contre-indications et de posologie (question 13).

78% des internes sont favorables à ce qu'on leur autorise le droit à l'auto-prescription médicamenteuse. 17% des internes ne souhaitent qu'aucune limite ne soit donnée à leur droit d'auto-prescription alors que 61% des internes proposent que cette pratique soit limitée à un choix restreint de médicaments comme les antalgiques de palier 1 et 2, les pilules contraceptives, les AINS-corticoïdes et les antibiotiques. Enfin, dans les propositions libres on peut noter la redondance des propositions d'autoriser l'auto-prescription médicamenteuse à condition de sensibiliser les internes à cette pratique, d'interdire de prescrire des médicaments utilisés dans le domaine psychiatrique et d'autoriser de prescrire uniquement les traitements utilisés en médecine générale (question 14).

Verbatim question 14 :

« Autorisation avec éducation et prévention du mésusage »

« Sensibilisation des internes »

« Ce qu'un généraliste peut prescrire (ex : donc pas de chimio per os ni biothérapie, etc.) »

« Cadre bien connu des médicaments selon sa pratique professionnelle »

« Contrôle par médecin sénior dont on utilise le RPPS »

« Eviter chez les "semestres jeunes" qui n'ont peut-être pas encore tout à fait l'expérience nécessaire pour certaines pathologies »

« Il ne faudrait pas autoriser les psychotropes car notre profession est exposée au problème de "burn out", il est donc important de ne pas repousser le recours à une aide psychologique »

« Le risque est à mon sens l'abus, comme dans toute prescription, mais là le côté pratique le rend accessible beaucoup plus vite. Néanmoins je ne suis pas choquée que les internes s'auto prescrivent des médicaments pour des pathologies bénignes aiguës »

« Pas de possibilité de prescriptions d'antidépresseurs et anxiolytiques, pallier 3 en antalgiques, pour les corticoïdes seulement en cure très courte et pas à plus d'1mg/kg »

« Consulter si échec thérapeutique ou si touche à la sphère psychiatrique ou la prise en charge psychique est aussi importante que la prise en charge médicamenteuse »

« Encourager les internes à bien se soigner... une meilleure attention à la santé des collègues ? »

« Les mêmes que les médicaments prescriptibles en médecine générale »

« Obligation d'un suivi médical au moins annuel (organisé par la fac ?) »

« Pas d'ordonnance sécurisée ou de médicaments à prescription hospitalière »

« Bobologie, compresses pansements, ampoules glucose sérum physiologique, bandes strap, spasmofon etc. »

« Renouvellement dans une certaine limite de temps »

« Usage personnel de généraliste et non spécialisé »

Dans un second temps, une analyse comparative des réponses a été effectuée. Les réponses des internes de médecine générale et les internes des autres spécialités ont été comparées entre elles dans une analyse bivariée afin de percevoir l'influence de la spécialité dans le suivi médical et le rapport des internes à l'auto-prescription médicamenteuse. Pour rappel, le seuil de significativité (p-valeur) pour ces tests statistiques a été fixé à 5%. Il y a donc une différence significative dans les réponses entre les deux groupes si la p-valeur est inférieure ou égale à 0,05. On parle de tendance à la significativité pour une p-valeur comprise entre 0,05 et 0,1.

3.4. Influence de la spécialité

Le suivi médical et le rapport à l'auto-prescription médicamenteuse des internes se révèlent être différents selon la spécialité sur quelques aspects, dont certains de manière significative.

Les internes en médecine générale ont tendance à ressentir plus de réticence à s'absenter de leur stage pour aller consulter un médecin généraliste ($p= 0,09$) et sont significativement plus nombreux à avoir recours à l'avis des médecins avec qui ils travaillent ($p= 0,02$) (question 6)

Les internes spécialistes sont significativement plus nombreux à trouver utile de consulter un médecin pour un symptôme qu'ils pensaient pouvoir soigner eux-mêmes ($p= 0,03$) (question 7).

Les internes en médecine générale ont tendance à ressentir plus de difficulté à passer du statut de médecin à celui de patient ($p= 0,07$) (question 9).

La proportion d'internes en médecine générale considérant qu'ils peuvent se soigner eux-mêmes est significativement plus importante que celle des autres internes ($p= 0,003$) (question 11)

Les internes en médecine générale ont tendance à moins vouloir exposer leur problème de santé à un confrère ($p= 0,07$) (question 11).

Les internes de médecine générale sont significativement plus nombreux à demander l'accord du sénior à qui ils empruntent le numéro RPPS avant de rédiger une ordonnance pour eux-mêmes ($p>0,001$) (question 11).

Alexis Pierrès – Pourquoi les internes ont-ils recours à l'auto-prescription médicamenteuse ? Enquête auprès des internes de la Faculté de médecine de l'Université d'Aix-Marseille

Les internes spécialistes sont significativement plus nombreux à refuser de se prescrire des antalgiques de palier 2 ($p=0,02$), des antalgiques de palier 3 ($p= 0,06$) et des AINS ou des corticoïdes ($p= 0,05$). Ils ont tendance à moins vouloir se prescrire des antibiotiques ($p= 0,09$) (question 11).

Les internes spécialistes sont significativement plus nombreux à craindre un mésusage des traitements auto-prescrits ($p=0,001$) (question 12).

Aucune différence significative n'a été notée concernant :

- Le taux de déclaration de médecin traitant proche du lieu de travail ou de résidence ($p=0,82$) (question 4) ;
- La fréquence de consultation chez un médecin généraliste ($p= 0,91$) (question 5) ;
- L'éventuel aveu d'échec concernant leurs capacités diagnostiques et thérapeutiques à l'idée de consulter un médecin généraliste ($p= 0,22$) (question 8) ;
- Le taux d'internes initiant eux-mêmes un traitement pour une pathologie chronique ($p= 0,19$) et s'occupant de leur renouvellement d'ordonnance ($p= 0,13$) (question 10) ;
- Le taux d'internes ayant recours à l'auto-prescription médicamenteuse ($p= 0,3$) (question 11) ;
- Le choix des médicaments prescrits (question 11) ;
- Le taux d'internes considérant que l'auto-prescription est une pratique à risque ($p=0,93$) (question 12) ;
- Le taux d'internes favorables à l'autorisation de l'auto-prescription médicamenteuse pour les internes ($p=0,42$) et le taux d'internes souhaitant une limitation du choix des médicaments dans cette pratique ($p= 0,51$) (question 14).

4. DISCUSSION DES RÉSULTATS ET COMPARAISON AVEC LES TRAVAUX DE LA LITTÉRATURE

L'objectif principal de cette enquête était de comprendre pourquoi les internes sont si nombreux à avoir recours à l'auto-prescription médicamenteuse. Les raisons invoquées sont les suivantes :

- Un suivi médical inadapté
- Un manque de temps à consacrer à leur santé
- Une réticence à aller consulter un autre médecin
- Un sentiment d'autosuffisance
- Une facilité d'accès aux ordonnanciers

4.1. Les déterminants de l'auto-prescription médicamenteuse

4.1.1. Un suivi médical inadapté

Les premiers résultats de cette étude montrent que le suivi médical des internes est médiocre. Seulement un tiers des internes interrogés indique avoir déclaré un médecin traitant proche de leur lieu de travail ou de résidence (question 4). Il s'agit d'une proportion faible mais qui correspond aux taux observés dans les études précédentes sur les internes en France. En effet, un rapport de 2016 de la commission des jeunes médecins du conseil national de l'Ordre des médecins (CDOM), signalait que 41% des internes français avaient déclaré ne pas avoir de médecin traitant [25]. Les résultats de la thèse de T. Le Quintrec montraient que seulement 28,6% des internes avaient un médecin traitant à moins de trente kilomètres de chez eux. Ils étaient d'ailleurs 60,5% à considérer leur suivi médical comme insuffisant ou moyen [22]. A titre de comparaison, 93% de la population générale déclare son médecin généraliste à moins de trente minutes de son domicile [26]. M. Paillard montrait dans sa thèse que l'instabilité géographique des internes est un facteur déterminant dans le faible taux de déclaration de médecin traitant [27]. En effet, l'affectation à un nouveau terrain de stage à chaque changement de semestre, oblige souvent les internes à changer de ville, voire de département, et nuit à la mise en place d'un bon suivi médical et à leur volonté de trouver un nouveau médecin traitant.

Concernant la fréquence de consultation chez un médecin généraliste, cette étude montre que 76% des internes n'ont jamais consulté depuis le début de leur internat

(question 5). Ces résultats sont supérieurs à ceux trouvés par T. Le Quintrec. Un peu plus de la moitié des internes interrogés n'avaient pas consulté de médecin depuis le début de l'internat [22]. A titre de comparaison, une étude du CNAM de 2003 portant sur la population française montrait que 84% des actifs de 25 à 29 ans (ce qui correspond à une grande majorité des internes), consultaient un médecin généraliste plus de quatre fois par an [28].

Ils sont 35% à ne pas avoir fait de nouvelle déclaration de médecin traitant depuis le début de leur internat. Ce qui correspond à la raison principale avancée expliquant l'absence de consultation chez un médecin (question 5). Les internes recherchaient-ils avant tout dans la consultation médicale, une prise en charge médicale globale et une coordination des soins, avec un médecin qui les suit, plutôt qu'un savoir ou qu'une expertise qu'ils ont acquis avec leurs études ? Ils sont d'ailleurs 76% à considérer avoir besoin d'un autre médecin traitant qu'eux-mêmes (question 5), ce qui rappelle l'importance, même pour les internes, de pouvoir consulter un médecin référent plutôt qu'un médecin qui ne prendrait pas en charge le suivi médical.

Une autre donnée qui ressort de l'étude est le recours à l'avis d'un sénior. En effet, 17% des internes déclarent prendre l'avis de leurs maîtres de stage en ce qui concerne leur santé (question 5). Cependant, on peut imaginer que cet avis ne fasse pas suite à une écoute et à un examen approfondi de la plainte de l'interne mais plutôt à une consultation informelle, trop brève pour être de qualité. Il s'agit d'un phénomène qui a été décrit par les anglo-saxons : « les consultations de couloir » ou « Hallway consultations ». L'interne bénéficierait d'une consultation informelle avec un médecin, entre deux portes ou deux patients, sans examen clinique approprié et la plupart du temps sans ordonnance pour un traitement mais avec simplement des conseils délivrés à l'oral. Cette consultation au rabais serait source de nombreuses erreurs de diagnostic. O. Ridet déclarait dans sa thèse que plus d'un tiers des internes interrogés avaient eu recours à des consultations de couloir au cours de leur internat [11].

4.1.2. Un manque de temps

La deuxième raison pouvant expliquer le recours à l'auto-prescription médicamenteuse vient du manque de temps dont bénéficient les internes à consacrer à leur santé (question 5). Ils sont en effet 32% à déclarer ne pas consulter de médecin faute de temps.

Cette constatation fait référence aux amplitudes horaires de travail importantes chez les internes, incompatibles la plupart du temps avec les horaires d'ouverture d'un cabinet médical. 73% des internes ont également fait part qu'ils ne se sentent pas autorisés à s'absenter de leur stage pour une raison médicale (question 6). Les raisons principales sont le sentiment d'être indispensable au fonctionnement du service dans lequel ils travaillent et la culpabilité qu'ils peuvent ressentir à quitter leur poste, ne serait-ce que pour une simple consultation médicale (question 6). Dans sa thèse, C. Mousnier corrobore ces données. Le manque d'effectifs à l'hôpital et une pression hiérarchique pesante expliquaient que la moitié des internes jugeait ne pas pouvoir s'absenter de leur lieu de stage pour raison médicale. M. Paillard ajoute quant à elle, dans une étude réalisée sur la base d'entretiens, que certains internes faisaient part d'un certain laxisme concernant leur santé. Ils ne se donnaient pas le temps de prendre rendez-vous pour se rendre en consultation [28]. D'ailleurs, deux internes ont répondu qu'ils n'avaient simplement « pas envie » pour justifier l'absence de consultation chez un médecin généraliste. Un autre interne lui admettait ne pas y aller « par négligence » (*Verbatim* question 5)

4.1.3. Une réticence à aller consulter

Plus de la moitié des internes (54%) déclarent qu'il est difficile de passer du statut de médecin au statut de patient quand ils vont consulter un confrère (question 9). Plusieurs études se sont intéressées à la consultation médecin-médecin malade et aux difficultés que le médecin malade pouvait exprimer [3 ; 29]. Eric Galam, Professeur associé de médecine générale à l'Université Paris-Diderot, dans son étude « Soigner les médecins malades », souligne la difficulté d'acceptation de la maladie chez nos confrères [29]. Devenir malade représenterait un changement radical de position et surtout de statut pour le médecin qui doit renoncer à la place qu'il avait avant et « *passer de l'autre côté du bureau* », sans pour autant effacer le savoir et l'expérience qu'il a acquis en tant que médecin. Son statut de médecin lui offre un avantage certain par rapport à un patient lambda : il dispose d'une compréhension plus grande de la maladie, de ses conséquences et des traitements. Par le jeu de ses connaissances et du réseau, il peut bénéficier d'un accès aux soins privilégié et plus rapide. Cependant des inconvénients à être à la fois médecin et malade existent : absence d'objectivité face à ses propres symptômes, angoisses liées à la connaissance médicale, tendance à la dramatisation des signes cliniques. Ces conclusions sont partagées par le rapport de la commission nationale permanente adopté lors des assises du conseil

national de l'Ordre des médecins du 28 juin 2008, intitulé « Le médecin malade » [3]. Il précise la nuance qu'il y a entre être malade et devenir patient, les médecins auraient tendance à refuser l'idée de devenir patient et l'auto-prescription leur permettrait de conserver leur identité sociale de soignant.

Pourtant les internes interrogés sont peu nombreux (17%) à considérer qu'aller consulter un médecin généraliste représente un aveu d'échec sur leurs capacités diagnostiques et thérapeutiques (question 8). Cette notion de faiblesse voire de honte avait pourtant été retrouvée dans les entretiens d'A. Prud'Homme et d'A. Richard à Grenoble. Il semble sur ce point là que le ressenti des quinze internes qu'elles avaient interrogé n'était pas représentatif de la majorité des internes.

La peur du non respect du secret médical semble peu présente dans notre étude. Seulement 4% des internes y font allusion (question 11). Pourtant la littérature montre que les préoccupations des médecins autour de la confidentialité de leur santé sont un obstacle majeur à la consultation d'un confrère [6 ; 19 ; 30], notamment en cas de pathologies psychiatriques. En effet, parmi les médecins qui se prescrivent des psychotropes, 85,2% déclaraient le faire par crainte d'être jugés par un confrère dans une étude de 2011 portant sur l'auto-prescription médicamenteuse des médecins généralistes et ses déterminants en Haute-Normandie [31].

4.1.4. Un sentiment d'autosuffisance

Dans notre étude, 69% des internes considèrent qu'il n'est pas utile de consulter un médecin pour un symptôme qu'ils pensent pouvoir soigner eux-mêmes (question 7). Ils sont même 93% à déclarer avoir recours à l'auto-prescription médicamenteuse (question 11). Leur panel d'auto-prescription est large, les anti-inflammatoires (66%) et les antibiotiques (61%) sont les médicaments les plus prescrits. Il faut noter que 37% des internes se sont prescrits des antalgiques de palier 2 (question 11). Pour autant, le recours à des traitements plus lourds comme des antalgiques de palier 3 (1%) ou des psychotropes (antidépresseurs 4%, hypnotiques 6% et anxiolytiques 12 %) est peu partagé chez nos confrères (question 11). Peut-on conclure alors que les internes auraient une attitude responsable vis-à-vis de l'auto-prescription ? Et qu'ils se fixent des limites dans le degré de sévérité d'une pathologie au-delà desquelles ils consulteraient un confrère ? Cette hypothèse est à pondérer, car si l'on s'intéresse aux traitements que les internes refusent de

s'auto-prescrire, ils seraient tout de même 44% à ne pas s'interdire de s'auto-prescrire des anxiolytiques, 33% des hypnotiques, 28% des antidépresseurs et 27% des antalgiques de palier 3 s'ils considéraient en avoir besoin. Dans la thèse de J. Chiriaco, traitant de la consommation de substances psychoactives chez les internes, leur consommation n'était pas plus importante que la population générale : 22% des internes auraient eu recours au moins une fois à des psychotropes (anxiolytiques, hypnotiques, et antidépresseurs). Cependant, la part de l'auto-prescription était très élevée à 76% [32]. Qu'en était-il de leur suivi ? Peut-on se satisfaire de la consommation de telles substances sans le regard externe et objectif d'un autre médecin que soi-même ?

Dans le suivi et le traitement d'une maladie chronique, encore une fois l'interne-malade se place comme acteur incontournable dans sa prise en charge médicale. Ils seraient 27% à souffrir d'une pathologie chronique nécessitant un traitement régulier (question 10). Parmi eux, le médecin ayant initié le traitement est l'interne lui-même dans 24% des cas. Et le rapport s'inverse même en ce qui concerne le renouvellement d'ordonnance qui est réalisé par l'interne lui-même dans 80% des cas.

Les études portant sur le suivi des pathologies chroniques des internes sont contradictoires. L'étude de M. Paillard montrait que les internes ayant des antécédents de maladies chroniques conséquents avaient un suivi médical régulier [28]. Pourtant, O. Ridet indiquait que le suivi des pathologies chroniques des internes n'était pas optimal. 63% des internes étaient suivis par un médecin pour leur maladie mais seulement 25% d'entre eux le consultaient systématiquement et l'auto-prescription était pratiquée la plupart du temps (fréquemment à toujours pour 58% des internes interrogés) [11]. C. Schreck à Rennes révélait quant à elle que seulement 37,5% des internes déclarant avoir un problème de santé chronique se faisait suivre régulièrement. Pour les autres la consultation d'un confrère ne se faisait qu'en cas de complication, voire jamais [8]. On peut donc conclure que même dans le cadre d'une pathologie chronique, le suivi paraît insuffisant et négligé, et que l'interne-malade se substitue bien souvent au médecin chargé de son suivi médical.

4.1.5. Une facilité d'accès aux ordonnanciers indéniable

Le recours à l'auto-prescription médicamenteuse paraît être la façon la plus rapide et la plus simple de se procurer un traitement. En effet, pourquoi l'interne qui soigne ses patients et délivre quotidiennement des ordonnances de traitements, ne pourrait-il pas

utiliser le même ordonnancier pour se soigner lui-même quand il en a besoin ? La tentation est grande... D'ailleurs, ils sont 91% à avouer avoir recours à l'auto-prescription pour une question de gain de temps et d'accès facile aux ordonnanciers (question 11). Dans leurs entretiens, A. Prud'homme et A. Richard notaient également que tous les internes interrogés utilisaient les ordonnances des services où ils étaient en stage. Certains se posaient la question de la légalité de l'auto-prescription et avaient des scrupules à être à la fois prescripteur et patient. Ils avaient cependant moins d'appréhension à utiliser une ordonnance hospitalière que celle d'un médecin installé [19]. M. Paillard confirmait cette tendance, les internes privilégiaient les ordonnances du CHU car ils avaient moins l'impression de se prescrire des médicaments sur le nom d'un confrère mais plutôt sur celui d'une institution [28].

Dans cette étude les internes qui ont recours à l'auto-prescription ne sont que 23% à demander l'accord préalable de leur sénior avant d'utiliser leur numéro RPPS, numéro qui identifie le prescripteur (question 11). Nous ne leur avons pas demandé pourquoi, mais il semble probable que beaucoup le fassent à l'abri des regards, sans devoir rendre de compte au médecin à qui ils ont emprunté le tampon.

Certains semblaient ne pas avoir de remords à avoir recours à l'auto-prescription sous prétexte qu'ils utilisent leur propre numéro RPPS depuis qu'ils possèdent leur licence de remplacement (question 11). Il nous semble intéressant de rappeler le cadre juridique de l'exercice de la médecine en tant qu'étudiant remplaçant.

Dès sa demande d'autorisation de remplacement, l'étudiant-interne va être enregistré dans le RPPS où il figurera en tant qu'étudiant remplaçant. L'étudiant va disposer ainsi d'un identifiant national attribué pour toute sa vie professionnelle et d'une carte de professionnel de santé en Formation (CPF). Mais attention, l'identification au RPPS et la possession de cette carte ne sont pas synonymes d'une autorisation à exercer. Ainsi, l'étudiant remplaçant ne pourra pas faire de prescriptions avec son seul numéro RPPS. Il devra utiliser les feuilles de soins et ordonnances laissées à sa disposition par le médecin remplacé et qui réunira donc le numéro RPPS du prescripteur ainsi que le numéro de la structure concernée, c'est-à-dire le numéro FINESS attribué par l'Assurance Maladie. Il faut noter également qu'une licence de remplacement n'est pas suffisante pour pouvoir exercer le remplacement de manière effective. Un contrat de remplacement doit également

être signé et l'interne doit souscrire un contrat d'assurance de type RCP spécifique qui ne pourrait pas le protéger si son exercice ne rentrait pas dans le cadre d'un remplacement déclaré au Conseil de l'Ordre des Médecins. Les internes disposant d'une licence de remplacement ne sont donc pas plus à même de signer des ordonnances, même avec leur numéro RPPS, si celles-ci ne sont pas réalisées dans le cadre d'un remplacement, déclaré au conseil de l'Ordre des médecins. En conséquence, se justifier d'avoir recours à l'auto-prescription médicamenteuse sous prétexte d'utiliser son propre numéro RPPS ne paraît pas valable pour un interne.

4.2. L'auto-prescription médicamenteuse, une pratique à risque

Le rapport de la commission nationale permanente adopté lors des Assises du conseil national de l'Ordre des médecins du 28 juin 2008, intitulé « Le médecin malade » nous alerte sur les dangers que représente l'auto-prescription médicamenteuse. Elle serait source de « *comportements thérapeutiques complètement incohérents par rapport à la réalité de la pathologie et par rapport aux risques délétères que fait courir au propre médecin son comportement de prescripteur* ».

Dans notre étude, bien que 93% des internes déclarent avoir recours à l'auto-prescription médicamenteuse, ils sont 64% à reconnaître qu'elle comporte des risques pour leur santé (question 12).

Parmi eux, ils sont 87% à décrire le manque d'objectivité comme le risque majeur de l'auto-prescription. La perception des symptômes d'un médecin malade peut être en effet altérée par la peur et l'angoisse de certaines maladies, au risque de le pousser dans des traitements non fondés voire dangereux.

Le sentiment d'isolement face à la maladie arrive en deuxième position (80%). L'absence de suivi médical représenterait donc à la fois une cause et une conséquence de l'auto-prescription médicamenteuse. Le médecin ayant recours à cette pratique risquerait d'entrer dans un cercle vicieux, de plus en plus éloigné de l'avis et de l'aide de ses confrères, il se retrouverait seul face à sa maladie.

Le risque d'addiction est également très partagé (57%). Ce ressenti est d'après nos résultats tout à fait justifié. En effet, si l'on revient sur les médicaments que les internes se prescrivent (question 11), l'utilisation répandue d'antalgique de palier 2 et la part non

Alexis Pierrès – Pourquoi les internes ont-ils recours à l'auto-prescription médicamenteuse ? Enquête auprès des internes de la Faculté de médecine de l'Université d'Aix-Marseille

négligeable d'interne ayant recours aux anxiolytiques et aux hypnotiques sont autant de conduites qui peuvent mener à une consommation prolongée, voire d'une addiction qui sera difficile à sevrer, surtout si les internes concernés échappent à un contrôle médical extérieur et objectif sur leur consommation.

L'erreur ou le retard diagnostique est également très partagé (57%). Ce résultat est à mettre en confrontation avec le sentiment d'autosuffisance exprimé par les internes dans notre étude. Pour rappel, ils étaient 69% à considérer qu'il n'est pas utile de consulter un médecin pour un symptôme qu'ils pensent pouvoir soigner eux-mêmes (question 7). Enfin, le risque de mésusage était cité en dernier mais était exprimé par tout de même 55% des internes conscients que l'auto-prescription est une pratique à risque. Les internes ne sont d'ailleurs que 53% à déclarer que leur automédication est tout à fait conforme aux recommandations en termes d'indications, de contre-indications et de posologie (question 13). Lors de leurs entretiens, A. Prud'homme et A. Richard faisaient part d'usage récréatif de certains médicaments et même de possibles trafics de stupéfiants [19]. Dans son étude, J. Hérault montrait que l'expérimentation de médicaments à usage récréatif concernait 3% des internes pour des hypnotiques, 4% pour des anxiolytiques et moins de 1% pour des opiacés. Et ils étaient environ un quart à déclarer avoir débuté cette consommation pendant l'Internat [33].

Les risques qui ont été détaillés dans cette étude sont également partagés dans l'étude menée par L. Simon. Le manque d'objectivité et l'absence de suivi régulier étaient les deux principaux risques évoqués mais dans des proportions moindres (pour 73% et 65% des internes). Un tiers des internes citaient le risque d'erreur diagnostique et seulement 18% évoquaient le risque d'addiction [23].

4.3. Faut-il autoriser l'auto-prescription médicamenteuse pour les internes ?

Comme nous l'avons vu dans l'introduction, le cadre légal de l'auto-prescription n'est pas précis et le terme d'auto-prescription n'est jamais mentionné dans le code de santé publique.

Dans notre étude, 78% des internes interrogés sont favorables à autoriser l'auto-prescription médicamenteuse (question 14). Cela paraît cohérent au vu de leurs pratiques et de la façon dont la majorité se soigne. Ils paraissent pour autant conscients des risques que

peut entraîner l'auto-prescription et 61% des internes considèrent qu'il faudrait limiter ce droit au traitement de pathologies bénignes et de proscrire par exemple l'auto-prescription de substances psychoactives (question 14). Enfin, quelques internes mettent en avant la nécessité de sensibiliser les internes sur l'auto-prescription médicamenteuse pendant leur formation afin d'éviter toute utilisation abusive ou dangereuse (question 14 *verbatim*).

L'autorisation de l'auto-prescription médicamenteuse n'est pas de l'avis du conseil national de l'Ordre des médecins. Toujours dans le rapport du CNP de 2008 sur « le médecin malade », l'interdiction de l'auto-prescription pour tous les médecins était évoquée, ainsi que la nécessité de déclarer un médecin traitant autre que soi-même afin de permettre un suivi objectif et extérieur [3].

Dans le monde, plusieurs Etats ont d'ailleurs décidé d'interdire l'auto-prescription. C'est le cas de l'état de Victoria en Australie depuis 1995 afin d'améliorer la santé des médecins et de réduire le risque d'abus et de dépendance [34].

Le Code de déontologie des médecins du Québec s'oppose également à l'auto-traitement. Il est écrit que « *Le médecin doit, sauf dans les cas d'urgence ou dans les cas qui manifestement ne présentent aucune gravité, s'abstenir de se traiter lui-même* » [35].

Comme au Québec, il n'existe pas de loi interdisant l'auto-prescription aux Etats-Unis, cependant le code de déontologie médical « The AMA Code of Medical Ethics » stipule que les médecins ne devraient pas se soigner eux-mêmes ni les membres de leur famille « *physicians generally should not treat themselves or members of their immediate families* » tout en ajoutant qu'il n'y avait pas de problème à ce qu'un médecin se prescrive des traitements de routine pour une durée courte et pour des problèmes mineurs, mais qu'en dehors de l'urgence, il n'était pas recommandé pour les médecins de prescrire pour eux-mêmes ou pour leur famille des médicaments à prescription contrôlée comme les dérivés opiacés et les substances psychoactives : « *The AMA sees no issue with a physician providing routine care for short-term, minor problems; however, except in emergencies, it is not appropriate for physicians to write prescriptions for controlled substances (I, II, IV) for themselves or immediate family members.* » [36].

La tendance actuelle, en France comme par ailleurs, serait donc plutôt de contrôler voire d'interdire l'auto-prescription à tous les médecins, même à ceux expérimentés, plutôt que

d'élargir cette autorisation aux internes. Pourtant il semble qu'une telle législation en France soit très impopulaire. Elle est massivement rejetée par les médecins et serait perçue comme une remise en cause de leurs capacités diagnostiques et thérapeutiques [20 ; 5 ; 37 ; 38].

D'ailleurs, une étude australienne de 2005 s'est interrogée sur l'efficacité de l'interdiction de l'auto-prescription dans l'Etat de Victoria après dix ans de législation. La loi semblait contre-productive. Elle pouvait être facilement contournée par des médecins qui utilisent le nom de leurs patients ou des membres de leur famille pour obtenir les médicaments voulus [39].

4.4. Influence de la spécialité

Le recours à l'auto-prescription médicamenteuse est très élevé chez les internes de médecine générale comme chez les internes spécialistes (question 11). Ces derniers ne sont pas mieux suivis que les internes de médecine générale, d'après le faible taux de déclaration de médecin traitant proche de leur lieu de travail ou de résidence et la fréquence de consultation chez un médecin généraliste dans les deux sous-groupes (questions 4 et 5).

L'hypothèse de départ était de retrouver des taux plus élevés de déclaration de médecin traitant et un recours plus fréquent à la consultation d'un médecin généraliste chez les internes spécialistes car le suivi médical relève moins de leur domaine que de celui des internes de médecine générale. Cela n'est pas retrouvé dans notre étude, néanmoins les internes en médecine générale sont plus nombreux à se considérer aptes à se soigner eux-mêmes ($p= 0,003$). Ils ont tendance à moins vouloir exposer leur problème de santé à un confrère ($p= 0,07$) (question 11) et ont tendance à ressentir plus de difficulté à passer du statut de médecin à celui de patient ($p= 0,07$) (question 9). C'est d'ailleurs ce qui avait été retrouvé dans une étude australienne de 2003, les médecins généralistes étaient plus réticents à consulter un autre médecin généraliste que les médecins spécialistes qui, en conséquence, avaient moins recours à l'automédication [6]. Les internes spécialistes sont également plus nombreux à considérer utile de consulter un médecin pour un symptôme qu'ils pensent pouvoir soigner eux-mêmes ($p= 0,03$) (question 7). A l'inverse, aller

consulter un médecin généraliste ne semble pas représenter, ni pour les uns, ni pour les autres, un aveu d'échec sur leurs capacités diagnostiques et thérapeutiques.

L'auto-prescription médicamenteuse semble raisonnable chez les internes de médecine générale comme chez les autres internes comme le montre leur faible taux de prescription de traitements psychotropes et d'antalgiques de palier 3 (question 11). Cela dit, nous constatons que les internes de médecine générale seraient plus enclins à se prescrire des antalgiques de palier 2 ($p= 0,02$), des antalgiques de palier 3 ($p= 0,06$) et des anti-inflammatoire ($p= 0,05$) s'ils le considéraient utile (question 11). A. Prud'homme et A. Richard avaient noté que les internes spécialistes qu'elles avaient interrogés semblaient moins enclins à s'auto-médiquer dans des domaines autres que les leurs [19]. Est-il possible alors expliquer ces résultats par une utilisation plus fréquente de ces molécules en médecine générale ?

Ils sont autant en médecine générale que dans les autres spécialités à considérer que l'auto-prescription soit une pratique à risque (64%), et il n'y a pas de différence significative dans les raisons évoquées à l'exception du risque de mésusage qui est nettement plus ressenti par les internes spécialistes ($p=0,001$) (question12).

4.5. Solutions à apporter, ouverture et perspectives

Le recours à l'auto-prescription est donc multifactoriel, et il ne semble pas y avoir de réponse simple et radicale afin de réduire les risques d'une telle pratique. La solution qui nous paraît la plus productive est mentionnée par quelques internes dans le questionnaire. Ils seraient favorables à une sensibilisation de cette pratique pendant leur formation (question 14 *verbatim*). Il semble en effet intéressant de préparer les internes et d'attirer leur attention sur les risques d'une telle pratique. Une prise en charge médicale ne se réduit pas à l'écriture d'une ordonnance. C'est aussi un moment d'écoute et d'examen clinique qui ne peut pas se faire par le médecin-malade lui-même, mais par un confrère qui aura une analyse neutre et objective.

Le médecin-malade est un patient à part, son statut, ses connaissances et ses peurs le poussent inévitablement à intervenir dans les décisions diagnostiques et thérapeutiques qui concernent sa santé. Plus que tout autre patient, il est nécessaire de lui proposer un suivi médical sur-mesure. Les programmes d'aide aux médecins en France et à l'étranger se

développent depuis une vingtaine d'année et ont été étudiés dans plusieurs thèses [8 ; 11 ; 19 ; 21 ; 40]. On retiendra le programme IMHOTEP, créé en 2009 en Haute-Normandie. Il s'agit d'un service de médecine préventive indépendant dédié aux médecins libéraux. Il propose :

- Une évaluation des facteurs de risques personnels et professionnels sur la santé ;
- Un dépistage et une surveillance périodique de la santé des adhérents ;
- Une aide à l'orientation diagnostique et thérapeutique ;
- Un soutien psychologique si nécessaire et
- Un accès privilégié à une liste de médecins spécialistes ayant accepté de prendre en charge leurs confrères malades dans le plus grand respect du secret médical [41].

Mais qu'en est-il du ressenti du soignant ? Traiter un confrère est complexe. La peur du jugement de valeur et de l'erreur médicale, ou encore la contagion émotionnelle que l'on peut ressentir face à un confrère malade qui nous ressemble, sont autant de paramètres qui créent un véritable jeu de miroir entre les deux acteurs de cette consultation si particulière entre médecin et médecin-malade. Elle perturbe la distance et l'écoute que l'on a habituellement avec son patient. C'est devant ce constat qu'il a été proposé d'attribuer aux médecins qui le souhaitent une habilitation pour la prise en charge de leurs confrères. Les Facultés de médecine de Paris-Didérot et de Toulouse-Rangueil proposent en effet un Diplôme Inter-Universitaire « Soigner les Soignants » [42]. Ce DIU a pour but de former des médecins capables d'aider, d'accompagner et de prendre en charge des confrères pour leur permettre de concilier projet personnel de santé et de vie, et exercice professionnel. Cette formation s'adresse à tous les médecins avec une expérience clinique de plus de trois ans.

4.6. Les forces et les biais de l'étude

Le choix d'un format digital pour élaborer le questionnaire a permis une diffusion large et un sondage relativement important d'internes (399), et ce gratuitement. Il est possible d'expliquer cela par un accès facilité au questionnaire avec la possibilité de répondre au moment voulu, soit depuis un ordinateur, une tablette ou un Smartphone (Illustration 1). Sa simplicité de remplissage en cliquant sur les réponses souhaitées permettait également de compléter le questionnaire en moins de dix minutes ce qui laisse à penser que la grande majorité des internes qui a débuté le questionnaire, l'ait terminé et envoyé.

Il était également important que les internes soient assurés du respect de leur anonymat. C'est pourquoi aucune identification n'était demandée avant de remplir le questionnaire. Cela a donné l'espoir d'une plus grande sincérité dans les réponses sans qu'il y ait un risque de stigmatisation sur les pratiques des internes sondés.

Tous les questionnaires reçus étaient complets. En effet, pour envoyer leurs réponses, les internes étaient obligés de répondre à tous les items. Cela a donné une plus grande valeur aux données collectées et a permis de comparer les réponses de tous les internes interrogés.

Enfin la saisie des données informatiques a rendu possible une analyse sur une feuille de calcul Excel® puis sur le logiciel de statistique SPSS® ce qui empêchait toute perte de données ainsi qu'une analyse claire et très rapide des réponses (Illustrations 3 et 4).

L'échantillon peut néanmoins être considéré comme relativement représentatif de la population totale des internes de la Faculté de médecine de l'Université Aix-Marseille puisque 22% (399 internes) d'entre eux ont répondu au questionnaire.

Seuls les internes de la Faculté de médecine de l'Université Aix-Marseille ont été sondés. Essentiellement pour des questions logistiques. Il semblait difficile d'obtenir les adresses e-mail d'internes inscrits dans d'autres Facultés en France pour diffuser le questionnaire. Et si tel avait été le cas, l'analyse des données aurait demandé une charge de travail trop importante. Cette étude n'est donc pas représentative de l'ensemble des internes français. Il aurait été intéressant de réaliser une enquête multicentrique, et d'évaluer l'influence de la Faculté d'origine dans les raisons du recours à l'auto-prescription chez les internes.

Les internes en médecine générale sont sur-représentés dans l'étude. En effet, les internes en médecine générale représentent 33% des internes, toute spécialité confondue, inscrits à la Faculté de médecine de l'Université Aix-Marseille pour l'année 2017-2018. Dans l'étude, ils représentent 66% des répondants (question 2). Cette différence de recrutement peut être expliquée par le mode de diffusion du questionnaire. En effet, le DUMG a autorisé la diffusion du questionnaire sur les adresses e-mail personnelles des internes de médecine générale alors que les autres internes devaient, soit trouver le questionnaire sur les groupes Facebook® utilisés, soit consulter leur adresse e-mail sur

l'ENT de la Faculté pour trouver le questionnaire. Par expérience, ces adresses sont trop peu souvent consultées. Il semblerait que beaucoup d'internes spécialistes n'aient pas ouvert l'e-mail envoyé.

Il est impossible de s'assurer que certains médecins qui ont terminé leur internat n'aient pas répondu à notre questionnaire. En effet, il semble probable que les groupes Facebook® où le questionnaire a été diffusé recense d'anciens internes. Nous avons fait appel à la bonne foi des répondants. Il était clairement stipulé dans le message accompagnant le questionnaire que l'étude était destinée uniquement aux internes actuellement inscrits à la Faculté (Illustration 2).

Par souci d'anonymat, il a été décidé d'autoriser le remplissage du questionnaire sans aucune demande d'identification. Le risque était que des internes répondent plusieurs fois au questionnaire. Pour éviter cela, il était rappelé dans message d'introduction de n'y répondre qu'une seule fois (Illustration 2).

Les femmes ont été nettement plus nombreuses que les hommes à répondre au questionnaire (73%) (question 1). Malheureusement, il n'a pas été possible d'obtenir auprès du service de la scolarité la proportion de femmes et d'hommes internes inscrits à la Faculté. Il est donc inenvisageable de conclure sur la représentativité de ce pourcentage et de savoir si les femmes sont plus sensibilisées que les hommes sur la question de l'auto-prescription médicamenteuse. A titre de comparaison, la part des femmes dans l'ensemble des spécialités médicales et chirurgicales représentait 55,3% des postes pourvus suite à l'affectation des postes des internes après les épreuves classantes ECNi de 2016 [68]. Ce qui laisse à penser que le sujet a plus intéressé les femmes que les hommes.

Bien entendu, il existe un biais inhérent aux enquêtes réalisées par un auto-questionnaire qui sont soumises à la subjectivité d'évaluation des répondants. Le sujet abordé est intime et traite d'une pratique très controversée parmi les médecins. Il est possible que des internes aient volontairement minimisé leur recours à l'auto-prescription et nié la consommation de certains médicaments comme par exemples des psychotropes ou les dérivés opiacés.

5. CONCLUSION ET AVIS PERSONNEL

L'auto-prescription médicamenteuse est une pratique très répandue chez les internes en médecine. Cette étude avait pour objectif de comprendre les raisons de ce recours en cas de maladie. Les internes interrogés se justifient tout d'abord par l'absence d'un bon suivi médical et par un manque de temps à consacrer à leur santé. Ils expriment également leur réticence à aller consulter un autre médecin et sont beaucoup à se considérer aptes à se soigner eux-mêmes. Leur statut de soignant et l'accès facilité aux ordonnanciers les poussent en effet à se soigner eux-mêmes sans bénéficier au préalable d'une consultation avec un confrère.

Les internes sont néanmoins conscients que l'auto-prescription comporte des risques pour leur santé. Ils les nomment clairement : manque d'objectivité, isolement face à la maladie, risque d'addiction, erreur ou retard diagnostique et risque de mésusage des médicaments prescrits.

Ces résultats sont en accord avec les conclusions issues des entretiens réalisés par Amélie Prud'homme et Anne Richard sur quinze internes de différentes spécialités en France métropolitaine. Les raisons spontanément exprimées par les quinze internes ont été retrouvées et validées par cette étude statistique interrogeant près de quatre cents internes. Ces deux enquêtes se complètent et renforcent les conclusions qui ont été retrouvées.

Il semblait intéressant de déterminer si les internes en médecine générale étaient plus disposés que les internes spécialistes à pratiquer l'auto-prescription médicamenteuse. L'hypothèse était que les internes de médecine générale seraient moins susceptibles de consulter un autre médecin généraliste en cas de maladie et qu'en conséquence leur recours à l'auto-prescription serait plus fréquent. En effet, les internes en médecine générale sont plus nombreux que les internes spécialistes à estimer pouvoir se soigner eux-mêmes. Ils ont tendance à moins vouloir exposer leurs problèmes de santé à un confrère et à ressentir plus de difficulté à passer du statut de médecin à celui de patient. Alors que les internes spécialistes sont plus nombreux à considérer utile de consulter un médecin pour un symptôme qu'ils pensent pouvoir soigner eux-mêmes. Néanmoins, le recours à l'auto-prescription est très élevé de part et d'autre. La spécialité ne semble donc pas influencer directement sur l'auto-prescription médicamenteuse.

Les internes sont largement favorables à autoriser l'auto-prescription médicamenteuse mais la plupart considère néanmoins nécessaire de limiter cette pratique. Certaines classes thérapeutiques seraient à proscrire selon eux. Il est pourtant peu envisageable que l'auto-prescription pour les internes devienne une pratique validée et autorisée. Mais, selon la littérature, interdire et sanctionner l'auto-prescription médicamenteuse ne semble pas non plus permettre de limiter cette pratique et de réduire les risques qui en découlent. Tout d'abord, cela serait très mal vécu par les médecins, qui verraient leurs capacités thérapeutiques diminuées. De plus, il serait simple de contourner cette restriction. Néanmoins, il me paraît judicieux de statuer, d'un point de vue déontologique, comme c'est le cas au Québec ou aux Etats-Unis, sur la question de l'auto-prescription, pour l'interne, comme pour le médecin plus expérimenté, qui ne reste pas moins vulnérable aux risques d'une telle pratique.

La réponse à cette problématique se trouve sans doute dans un accompagnement sur-mesure du médecin-malade. Soigner un médecin est un exercice difficile, mais au-delà de l'obligation morale, l'assistance à un confrère malade est aussi une obligation déontologique et confraternelle. Comme le rappelle l'article R.4127-56 du code de la santé publique : « *Les médecins doivent entretenir entre eux des rapports de bonne confraternité [...] et se doivent assistance dans l'adversité* » [43]. Le serment d'Hippocrate à la fin de cette thèse y fait également référence « *J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité* ». Le terme adversité devant être entendu au sens large, englobant les difficultés de santé, matérielles, morales, sociales et professionnelles.

C'est pourquoi je pense qu'une formation dédiée à « soigner les soignants » devrait être enseignée au sein de la Faculté de Médecine d'Aix-Marseille comme c'est le cas dans les Universités de Paris-Diderot et de Toulouse-Rangueil. En plus d'apprendre à mieux soigner ce « patient pas comme les autres », cette formation permettrait à chaque interne de comprendre la réelle nécessité de bien se soigner lui-même, « *medice cura te ipsum* », non pas tout seul, mais en s'accordant le temps d'être examiné, d'être écouté et d'être conseillé, même pour des pathologies qu'il pense bénignes.

Bibliographie

1. CARMF, Caisse Autonome de Retraite des Médecins de France. *Rapport du directeur*, année 2005. 2006, 27-32. [En ligne] <http://www.carmf.fr/doc/documents/rapport/rapport-du-directeur-2005.pdf>. Consulté le 16 décembre 2017.
2. Prost T, Rey S, Fourcade N et al. L'état de la santé en France, rapport 2015, Paris : collection études et statistiques : 2016, 326 p. [En ligne] https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rappeds_v11_16032015.pdf. Consulté le 14 novembre 2017.
3. Leriche B, Biencourt M, Bouet P et al. Le médecin malade, Rapport de la commission nationale permanente adopté lors des assises du conseil national de l'Ordre des médecins; 2008, 81 p. [En ligne] <https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/lemedecinmalade.pdf>. Consulté le 14 novembre 2017.
4. Queneau P. L'automédication, source d'accidents : réflexions et recommandations pour des mesures préventives. *Médecine*. 2008 ; 4(5) : 203-6.
5. Stepowski C. L'auto-prescription médicamenteuse des médecins généralistes et ses déterminants en haute-Normandie. Thèse de médecine. Université de Rouen Normandie; 2011. [En ligne] <http://www.sudoc.fr/152195173>. Consulté le 19 janvier 2018.
6. Davidson SK, Schattner PL. Doctors' health-seeking behaviour : a questionnaire survey. *Med J Aust*. 2003 Sep 15;179(6):302-5. [En ligne] <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12964913>. Consulté le 22 décembre 2017.
7. Code de la santé publique. Article R4127-8 [En ligne] <http://www.legifrance.gouv.fr>. Consulté le 15 novembre 2017.
8. Schreck C. Comment les Internes de Rennes prennent-ils en charge leur santé, sur le plan préventif, physique et psychique. Thèse de médecine. Université de Rennes I; 2013. [En ligne] <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01288422/document>. Consulté le 18 janvier 2018.
9. Stoesser K, Cobb NM. Self-treatment and informal treatment for depression among resident physicians. *Fam Med*. 2014. [En ligne] <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25646832>. Consulté le 23 mars 2018.
10. Deforge T. Les habitudes de soins des internes de la région Champagne-Ardenne en 2012, toutes spécialités confondues. Thèse de médecine. Université de Reims Champagne-Ardenne; 2012.
11. Ridet O. Comment les internes en médecine générale prennent-ils en charge leur propre santé ? Enquête menée auprès des internes en médecine générale de la faculté de Poitiers. Thèse de médecine. Université de Poitiers; 2013. [En ligne] <http://petille.univ-poitiers.fr/notice/view/24962>. Consulté le 17 février 2018.
12. Guide pratique de l'interne en médecine : CROM-édition ; 2014 29-32. [En Ligne] http://sihp.fr/usrfile/331/GUIDE%20DE%20L_INTERNE%20-%20Version%20Finale%20-%202003%202014.pdf. Consulté le 20 décembre 2017
13. Delahaye V. Comment les internes picards prennent-ils en charge leur santé en termes de prévention, de dépistage et d'automédication ?. Thèse de médecine. Université de Picardie Jules Verne; 2015. [En ligne] <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01288422/document>. Consulté le 03 janvier 2018.

14. Christie J, Rosen I, Bellini L et al. Prescription drug use and self-prescription among resident physicians. JAMA. 1998 ; 280(14): 1253-5. [En ligne] <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9786376>. Consulté le 03 janvier 2018.
15. Hughes PH, Conard SC, Baldwin DC, Storr CL, Sheehan DV. Resident physician substance use in the United States, JAMA, 1991, vol. 265 (pg. 2069-2073). [En ligne] <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2013925>. Consulté le 04 janvier 2018.
16. Markwell AL, Wainer Z. The health and wellbeing of junior doctors: insights from a national survey, MJA, 2009, vol. 191 (pg.441-444). [En ligne] <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19835538>. Consulté le 04 janvier 2018.
17. Code de la santé publique. Article R6153-3 [En ligne] <http://www.legifrance.gouv.fr>. Consulté le 15 novembre 2017.
18. Code de la santé publique. Article R6153-7 [En ligne] <http://www.legifrance.gouv.fr>. Consulté le 15 novembre 2017.
19. Prud'homme A, Richard A. Pourquoi les internes en France métropolitaine pratiquent l'automédication et l'autoprescription? étude qualitative. Thèse de médecine. Grenoble: Université Joseph Fourier; 2013. [En ligne] <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00859879/document>. Consulté le 18 janvier 2018.
20. Labeille G. Etude de l'autoprescription médicamenteuse chez les médecins généralistes de Rhône-Alpes. Thèse de médecine. Université Claude Bernard-Lyon I; 2013. [En ligne] <http://www.sudoc.fr/171883888>. Consulté le 7 janvier 2017.
21. Mousnier-Lompère C. Problématique de santé et suivi médical des internes en médecine générale de la Faculté de Médecine Pierre et Marie Curie. Thèse de médecine. Université Pierre et Marie Curie-Paris 6; 2015. [En ligne] <http://www.cmge-upmc.org/IMG/pdf/mousnier-these-pdf.pdf>. Consulté le 18 janvier 2018.
22. Le Quintrec T. Le suivi médical des étudiants en diplôme d'études spécialisées (DES) de médecine à la Faculté d'Angers. Thèse de médecine. Université d'Angers; 2013. [En ligne] <http://dune.univ-angers.fr/documents/dune670>. Consulté le 18 janvier 2018.
23. Simon L. Les internes sont-ils conscients des risques de leur automédication ? Thèse de médecine. Université Paris Descartes; 2016. [En ligne] <https://docplayer.fr/62255541-These-pour-le-diplome-d-etat-de-docteur-en-medecine.html>. Consulté le 18 janvier 2018.
24. Hem E, Stokke G, Tyssen R et al. Self-prescribing among young Norwegian doctors: a nine-year follow-up study of a nationwide sample. BMC Med. 2005. [En ligne] <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1276798>. Consulté le 02 février 2018.
25. Commission des jeunes médecins, CNOM. La santé des étudiants et des jeunes médecins, 2016 : 37-57. [En ligne] https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/sante_et_jeunes_medecins.pdf. Consulté le 02 février 2018.
26. INSEE. Offre de soins de premier recours : proximité ne rime pas toujours avec accessibilité [En ligne]. http://www.insee.fr/fr/themes/document.asp?ref_id=ip1418. Consulté le 08 mars 2018.
27. Paillard M. La santé des internes nantais en médecine générale : observation des déterminants des pratiques d'auto-prescription et d'automédication. Thèse de

- médecine. Université Nantes ; 2016 [En ligne] <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01288422v1>. Consulté le 20 mars 2018.
28. CNAM, Les français et leur santé : profils de consommation de soins. 2003 76 – 85.
 29. Galam E. Soigner les médecins malades : première partie, un patient (pas tout à fait) comme les autres. Echange entre professionnels. Médecine: 2013; 1-4. [En ligne] http://www.bichat-larib.com/publications.documents/5002_MEDECINE-nov15-Soigner_les_medecins_.pdf. Consulté le 30 mars 2018.
 30. Thompson W T, Cupples M E, Sibbett C H et al. Challenge of culture, conscience, and contract to general practitioners' care of their own health: qualitative study. BMJ. 29 sept 2001;323(7315):728-731. [En ligne] <https://www.bmj.com/content/323/7315/728>. Consulté le 17 janvier 2018.
 31. Marette C. L'auto-prescription médicamenteuse des médecins généralistes et ses déterminants en Haute-Normandie. Thèse de médecine. Université de Rouen Normandie; 2011. [En ligne] <http://www.sudoc.fr/152195173>. Consulté le 19 janvier 2018.
 32. Chiriaco J. Consommation de substances psychoactives chez les internes en médecine : revue de la littérature et enquête auprès des internes parisiens. Paris 6 ; 2005.
 33. Héroult J. Consommation de substances psychoactives des internes en médecine, enquête auprès des Facultés d'Angers et de Lyon. Thèse de médecine : Angers ; 2012. [En ligne] <https://www.exercer.fr/numero/107/page/122/pdf>. Consulté le 19 janvier 2018.
 34. State Government of Victoria. Drugs, Poisons and Controlled Substances Regulations 2006 Version 010.S.R.No.57/2006. Authorised Version incorporating amendments as at 16 June 2011. [En ligne] [http://www.legislation.vic.gov.au/domino/Web_Notes/LDMS/LTObject_Store/LTObjSt6.nsf/DDE300B846EED9C7CA257616000A3571/CBB80677A53FB2B4CA2578B1000601ED/\\$FILE/06-57sra010%20authorised.pdf](http://www.legislation.vic.gov.au/domino/Web_Notes/LDMS/LTObject_Store/LTObjSt6.nsf/DDE300B846EED9C7CA257616000A3571/CBB80677A53FB2B4CA2578B1000601ED/$FILE/06-57sra010%20authorised.pdf). Consulté le 22 mars 2018.
 35. Code de déontologie des médecins (du Québec); article 70; R.R.Q. 1981 c. M-9, r. 4.1. [En ligne] www.publicationsduquebec.gouv.qc.ca. Consulté le 20 avril 2018.
 36. AMA Council on Ethical and Judicial Affairs. Code of Medical Ethics. Opinion 8.19 - Self-Treatment or Treatment of Immediate Family Members. 2012. [En ligne] <https://journalofethics.ama-assn.org/article/ama-code-medical-ethics-opinion-physicians-treating-family-members/2012-05>. Consulté le 20 avril 2018.
 37. Verjus AL. Médecins libéraux des Savoie et Isère : étude épidémiologique des besoins d'un système de soins dédié à leur propre santé. Thèse de médecine. Grenoble: Université Joseph Fourier; 2012. [En ligne] <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00751354/document>. Consulté le 20 janvier 2018.
 38. Legris R. L'autoprescription des antalgiques de palier II chez le médecin généraliste. Thèse de médecine. Grenoble : Université Joseph Fourier; 2014. [En ligne] <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01072809/document>. Consulté le 20 janvier 2018.
 39. Kay M, Del Mar CB, Mitchell G. Does legislation reduce harm to doctors who prescribe for themselves? Aust Fam Physician. 2005.
 40. Gontharet-Mariette MH. Définition du médecin traitant idéal pour la prise en charge de ses confrères : étude qualitative par focus group auprès de médecins

- généralistes hauts-normands. Thèse de médecine. Université de Rouen Normandie ; 2013. [En ligne] <http://www.sudoc.fr/174794401>. Consulté le 10 janvier 2018.
41. IMHOTEP Haute-Normandie [En ligne] <http://imhotepfn.blogspot.fr/> Consulté le 10 janvier 2018.
 42. Soigner les soignants, diplôme inter-universitaire [En ligne] <https://formation.univ-paris-diderot.fr/formations/diu-soigner-les-soignants-specificites-et-ressources> Consulté le 12 janvier 2018.
 43. Code de la santé publique. Article R.4127-56 [En ligne] <http://www.legifrance.gouv.fr>. Consulté le 15 novembre 2015.

Annexe – Questionnaire

Ci-après, la version papier du questionnaire qui a été diffusé aux internes inscrits pendant l'année universitaire 2017-2018 à la Faculté de médecine de l'Université d'Aix-Marseille.

Pourquoi les internes ont-ils recours à l'auto-prescription médicamenteuse ? Enquête auprès des internes de la Faculté de médecine de l'Université d'Aix-Marseille

Bonjour,

Chers collègues internes, cette étude vous concerne,

Dans le but d'améliorer la prise en charge de la santé des internes en médecine, j'effectue ma thèse sur l'auto-prescription médicamenteuse chez les internes de la Faculté de médecine de l'Université d'Aix-Marseille.

Cette étude a pour objectif principal d'évaluer les raisons pour lesquelles les internes ont recours à l'auto-prescription médicamenteuse dans le traitement des pathologies qui relèvent de la médecine générale.

Le temps de remplissage est d'environ 8 minutes. Il comporte 14 questions.

Ces données resteront strictement confidentielles et anonymes et aucune connexion à un compte Google(R) ne vous sera demandée. En contre-partie, je vous demande de ne répondre qu'une seule fois à ce questionnaire.

Je vous remercie par avance pour votre participation.

Alexis PIERRES, interne Médecine Générale, cinquième semestre, Faculté de médecine, Université d'Aix-Marseille

Email : alexis.pierres@yahoo.fr

Sous la direction du Docteur Jacques BARGIER, MCA, médecin généraliste exerçant à Mouriès, Bouches du Rhône.

*Obligatoire

VOUS CONCERNANT

1. 1. Êtes-vous? *

Une seule réponse possible.

- Une femme
 Un homme

2. 2. Quelle est votre spécialité ? *

Une seule réponse possible.

- ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES
- ANESTHÉSIE-RÉANIMATION
- BIOLOGIE MEDICALE
- CARDIOLOGIE ET MALADIES VASCULAIRES
- CHIRURGIE GENERALE
- DERMATOLOGIE ET VÉNÉRÉOLOGIE
- ENDOCRINOLOGIE, DIABÈTE, MALADIES MÉTABOLIQUES
- GASTROENTÉROLOGIE ET HÉPATOLOGIE
- GÉNÉTIQUE MÉDICALE (CLINIQUE, CHROMOSOMIQUE ET MOLÉCULAIRE)
- GYNÉCOLOGIE MÉDICALE
- GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE
- HÉMATOLOGIE
- MÉDECINE DU TRAVAIL
- MÉDECINE GÉNÉRALE
- MÉDECINE INTERNE
- MÉDECINE NUCLÉAIRE
- MÉDECINE PHYSIQUE ET DE RÉADAPTATION
- NÉPHROLOGIE
- NEUROCHIRURGIE
- NEUROLOGIE
- ONCOLOGIE
- OPHTALMOLOGIE
- OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE ET CHIRURGIE CERVICO-FACIALE
- PÉDIATRIE
- PNEUMOLOGIE
- PSYCHIATRIE
- RADIODIAGNOSTIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE
- RHUMATOLOGIE
- SANTÉ PUBLIQUE ET MÉDECINE SOCIALE
- STOMATOLOGIE

3. 3. En quel semestre étiez-vous pendant la période de novembre 2017 à mai 2018? *

Une seule réponse possible.

- S1
- S2
- S3
- S4
- S5
- S6
- S7
- S8
- S9
- S10

CONCERNANT VOTRE SUIVI MEDICAL

4. 4. Avez-vous un médecin traitant déclaré proche de votre lieu de travail et/ou de résidence? *

Une seule réponse possible.

- Oui
- Non

5. 5. Combien de fois avez-vous consulté un médecin généraliste depuis le début de votre internat? *

Une seule réponse possible.

- Au moins trois fois par an *Passez à la question 7.*
- Jamais *Passez à la question 6.*

5. Combien de fois avez-vous consulté un médecin généraliste depuis le début de votre internat?

6. Si vous n'avez pas consulté de médecin généraliste depuis le début de votre internat, quelles sont selon vous les raisons? *

Plusieurs réponses possibles.

- Manque de temps
- Pas de nouvelle déclaration de médecin traitant faite depuis votre affectation à la Faculté de médecine d'Aix-Marseille
- Vous ne pensez pas avoir besoin d'un médecin traitant autre que vous-même
- Vous prenez l'avis de vos seniors en ce qui concerne votre santé
- Autre : _____

7. 6. Vous sentez-vous autorisé(e) à vous absenter de votre stage pour aller consulter un médecin généraliste? *

Une seule réponse possible.

- Oui *Passez à la question 9.*
- Non *Passez à la question 8.*

6. Vous sentez-vous autorisé(e) à vous absenter de votre stage pour aller consulter un médecin généraliste ?

8. Si non, pourquoi ? *

Plusieurs réponses possibles.

- « Qui va travailler à ma place pendant mon absence ? »
- Vous ressentez de la culpabilité à vous absenter
- Vous pourriez aisément vous soigner par vos propres moyens
- Ce serait mal vu par vos seniors
- Les médecins avec qui vous travaillez pourront vous donner leur avis
- Autre : _____

7. Considérez-vous qu'il soit utile de consulter un médecin pour une maladie que vous pensez pouvoir soigner vous-même ? *

Une seule réponse possible.

- Oui
- Non

8. Aller consulter un médecin généraliste représente-t-il pour vous un aveu d'échec concernant vos capacités diagnostiques et thérapeutiques ? *

Une seule réponse possible.

- Oui
- Non

9. Pour vous, est-il difficile de passer du statut de médecin au statut de patient ? *

Une seule réponse possible.

- Oui
- Non

10. Avez-vous une maladie chronique, même bénigne, nécessitant la prise régulière de médicament ? *

Une seule réponse possible.

- Oui Passez à la question 13.
- Non Passez à la question 15.

10. Avez-vous une maladie chronique, même bénigne, nécessitant la prise régulière de médicament ?

13. Si oui, qui a instauré votre traitement ? *

Une seule réponse possible.

- Vous-même
- Un autre médecin

14. Si oui, qui s'occupe du renouvellement d'ordonnance ? *

Une seule réponse possible.

- Vous-même
 Un autre médecin

CONCERNANT L'AUTO-PRESCRIPTION MÉDICAMENTEUSE

Pour rappel l'auto-prescription médicamenteuse se définit comme la prescription par un médecin, et pour lui-même, de médicaments délivrables sous ordonnance.

Concernant les internes, ils signent les ordonnances par délégation tacite des praticiens dont-ils relèvent en utilisant leur numéro RPPS. Le droit de prescrire s'effectue uniquement dans le cadre de leur lieu d'affectation. Aucune prescription n'est possible en dehors de celui-ci. L'auto-prescription médicamenteuse n'est donc pas autorisée pour les internes.

15. 11. Avez-vous déjà eu recours à l'auto-prescription médicamenteuse ? *

Une seule réponse possible.

- Oui *Passez à la question 16.*
 Jamais *Passez à la question 21.*

11. Avez-vous déjà eu recours à l'auto-prescription médicamenteuse ?

16. Si oui, pour quelle(s) raison(s) ? *

Plusieurs réponses possibles.

- Vous ne souhaitez pas exposer vos problèmes de santé à un confrère
 Par peur du non respect du secret médical
 Par manque de confiance en vos confrères quand il s'agit de votre propre santé
 Pour une question de gain de temps et d'accès facile aux ordonnanciers
 Parce que vous estimez pouvoir vous soigner vous-même
 Autre : _____

17. Quels médicaments vous êtes-vous déjà prescrit ? *

Plusieurs réponses possibles.

- Des antalgiques de palier II
 Des antalgiques de palier III
 Des AINS ou des corticoïdes
 Des antibiotiques
 Des hypnotiques
 Des anxiolytiques
 Des antidépresseurs

18. Lorsque vous rédigez une ordonnance pour vous-même, demandez-vous l'accord du sénior à qui vous utilisez le numéro RPPS ? *

Une seule réponse possible.

- Oui
 Non

19. Y-a-t-il des médicaments que vous refusez de vous auto-prescrire ? *

Une seule réponse possible.

- Oui *Passez à la question 20.*
 Non *Passez à la question 21.*

Y-a-t-il des médicaments que vous refusez de vous auto-prescrire ?

20. Si oui, lesquels ? *

Plusieurs réponses possibles.

- Des antalgiques de palier II
 Des antalgiques de palier III
 Des AINS ou des corticoïdes
 Des antibiotiques
 Des hypnotiques
 Des anxiolytiques
 Des antidépresseurs
 Autre : _____

21. 12. Pensez-vous que l'auto-prescription médicamenteuse soit une pratique à risque pour les internes ? *

Une seule réponse possible.

- Oui *Passez à la question 22.*
 Non *Passez à la question 23.*

13. Pensez-vous que l'auto-prescription médicamenteuse soit une pratique à risque pour les internes ?

22. Si oui, lesquels ? *

Plusieurs réponses possibles.

- Manque d'objectivité dans l'auto-diagnostic
 Retard ou erreur de diagnostic
 Isolement face à la maladie
 Mésusage de certains médicaments (par exemple des antibiotiques sur une angine virale / usage récréatif)
 Risque addictogène (psychotropes, antalgiques palier II ou III, etc...)

23. 13. Votre automédication vous semble-t-elle conforme aux recommandations en termes d'indications, de contre-indications et de posologie ?

Une seule réponse possible.

- Oui, tout à fait conforme
 Non

24. 14. Êtes-vous en faveur de l'autorisation de l'auto-prescription médicamenteuse pour les internes ? *

Une seule réponse possible.

- Oui *Passez à la question 25.*
 Non *Passez à "Je vous remercie pour votre participation !".*

14. Êtes-vous en faveur de l'autorisation de l'auto-prescription médicamenteuse pour les internes ?

25. Si oui, quelles limites donneriez-vous à cette pratique ? *

Plusieurs réponses possibles.

- Aucune
 Choix limité de médicament (antalgiques palier I-II/pilule contraceptive/AINS-corticoïdes etc.)
 Autre : _____

Je vous remercie pour votre participation !

Fourni par
 Google Forms

SERMENT D'HIPPOCRATE

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

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

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

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.

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

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

Admis(e) dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. **Reçu(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.

RÉSUMÉ

Titre : Pourquoi les internes ont-ils recours à l'auto-prescription médicamenteuse ? Enquête auprès des internes de la Faculté de médecine de l'Université d'Aix-Marseille.

Introduction : L'auto-prescription médicamenteuse est fréquente chez les médecins. Les internes ne font pas exception selon la littérature. Pourtant leur statut de soignant leur permet, en théorie, d'accéder facilement à l'avis d'un confrère susceptible de les soigner en cas de maladie.

L'objectif principal de cette étude est de comprendre les raisons du recours à l'auto-prescription médicamenteuse chez les internes.

L'objectif secondaire est de déterminer si les internes en médecine générale sont plus disposés que les internes spécialistes à pratiquer l'auto-prescription médicamenteuse.

Méthode : Il s'agit d'une étude transversale menée sur la base d'un auto-questionnaire anonyme diffusé en ligne et adressé aux internes inscrits à la Faculté de Médecine de l'Université d'Aix-Marseille pendant l'année 2017-2018.

Résultats : 399 internes ont répondu au questionnaire. 93% des internes ont déjà eu recours à l'auto-prescription médicamenteuse au cours de leur internat. 91% évoquent une question de gain de temps et d'accès facile aux ordonnanciers pour justifier cette pratique et 43% estiment pouvoir se soigner eux-mêmes. 76% n'ont jamais consulté de médecin généraliste depuis le début de leur internat du fait notamment d'un manque de temps à consacrer à leur santé (32%). Seuls 31% des internes considèrent utile de consulter un médecin pour une maladie qu'ils pensent pouvoir soigner eux-mêmes et 54% déclarent qu'il est difficile de passer du statut de médecin à celui de patient lors d'une consultation avec un confrère.

Les internes sont majoritairement conscients que l'auto-prescription médicamenteuse comporte des risques pour leur santé (64%). Ils les nomment clairement : manque d'objectivité, isolement face à la maladie, risque d'addiction, erreur ou retard diagnostique et risque de mésusage des médicaments prescrits. Ils sont cependant largement favorables à autoriser l'auto-prescription médicamenteuse (78%), proposant pour la majorité d'entre eux de limiter cette pratique dans le choix des médicaments.

Le recours à l'auto-prescription médicamenteuse est très élevé chez les internes en médecine générale comme chez les internes spécialistes. Respectivement 94% et 91%. Néanmoins les internes en médecine générale sont plus nombreux à estimer pouvoir se soigner eux-mêmes ($p=0,003$). Ils ont tendance à moins vouloir exposer leurs problèmes de santé à un confrère ($p=0,07$) et à ressentir plus de difficulté à passer du statut de médecin à celui de patient ($p=0,07$). Alors que les internes spécialistes sont plus nombreux à considérer utile de consulter un médecin pour un symptôme qu'ils pensent pouvoir soigner eux-mêmes ($p=0,03$).

Conclusion : Cette étude confirme que l'auto-prescription médicamenteuse est une pratique ancrée dans les habitudes de santé des internes. Ils se justifient tout d'abord par l'absence d'un bon suivi médical et par un manque de temps à consacrer à leur santé. Ils expriment également leur réticence à aller consulter un autre médecin et sont beaucoup à se considérer aptes à se soigner eux-mêmes grâce notamment à un accès privilégié aux ordonnanciers. La spécialité ne semble pas influencer directement le recours à l'auto-prescription médicamenteuse.

Mots-clés : Auto-prescription, santé des internes, médecin-malade.