



**HAL**  
open science

# Auto-prescription d'antalgiques chez les médecins généralistes des Hauts-de-France

Valentin Ducoroy

► **To cite this version:**

Valentin Ducoroy. Auto-prescription d'antalgiques chez les médecins généralistes des Hauts-de-France. Médecine humaine et pathologie. 2019. dumas-02297012

**HAL Id: dumas-02297012**

**<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02297012>**

Submitted on 25 Sep 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.

UNIVERSITE DE PICARDIE JULES VERNE  
FACULTE DE MEDECINE D'AMIENS

Année 2019

Thèse n° 2019 - 56

**AUTO-PRESCRIPTION D'ANTALGIQUES  
CHEZ LES MEDECINS GENERALISTES DES HAUTS-DE-FRANCE**

**THESE D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE  
Mention Médecine Générale**

**Présentée et soutenue publiquement  
le 12 Juin 2019  
par Monsieur Valentin DUCOROY**

Le Président du Jury,

**Monsieur le Professeur Pierre-Louis DOUTRELOT**

Les Juges,

**Monsieur le Professeur Eric HAVET**

**Madame le Professeur Rachel DESAILLOUD**

**Madame le Professeur Sandrine CASTELAIN**

Le directeur de thèse,

**Monsieur le Docteur Christophe CARTON**

# REMERCIEMENTS

---

**Au Président du jury,**

**Monsieur le Professeur Pierre-Louis DOUTRELLOT**

Professeur des Universités-Praticien Hospitalier

(Médecine physique et de Réadaptation)

Responsable du Centre d'activité MPR Orthopédique

Pôle "Autonomie"

*Vous me faites l'honneur de présider le jury de ma thèse.*

*Soyez assuré de ma sincère reconnaissance et de mon profond respect.*

**Aux membres du jury,**

**Monsieur le Professeur Eric HAVET**

Professeur des Universités-Praticien Hospitalier

Anatomie

Assesseur du Premier Cycle

*Je vous remercie de l'honneur que vous me faites en acceptant de juger ce travail.*

*Soyez assuré de mon profond respect.*

**Madame le Professeur Rachel DESAILLOUD**

Professeur des Universités-Praticien Hospitalier

(Endocrinologie, Diabétologie et Maladies Métaboliques)

*Vous me faites l'honneur d'avoir accepté de participer à ce jury.*

*Veillez trouver ici l'expression de mes sincères remerciements.*

**Madame le Professeur Sandrine CASTELAIN**

Professeur des Universités – Praticien Hospitalier

(Bactériologie, virologie-hygiène hospitalière)

Laboratoire de Bactériologie et Virologie

Pôle biologie, pharmacie et santé des populations

*Vous avez aimablement accepté de juger ce travail, je vous en remercie.*

*Soyez assurée de ma profonde reconnaissance.*

**Monsieur le Docteur Christophe CARTON**

Médecin généraliste à MONTDIDIER

*Grâce à toi, j'ai pu réaliser ce travail de thèse.*

*Je te remercie pour ton encadrement, de t'être rendu disponible, de m'avoir prodigué de précieux conseils et également d'avoir toujours fait preuve de sympathie et de bonne humeur.*

**A Marie,**

pour ton amour, ton soutien de chaque jour tout au long de ces années et durant ce travail, ta confiance en moi, ta joie de vivre et ton sourire. Une nouvelle vie commence...

**A Basile,**

ce petit Minouss' qui égaye ma vie et me comble de bonheur chaque jour.

**A mes parents,**

merci de m'avoir permis de devenir ce que je suis aujourd'hui, de m'avoir soutenu pendant ces longues années. Je vous dois beaucoup.

**A ma sœur Vic' adorée,**

à ces années de chamailleries et d'échanges toujours remplis de tendresse...!

**A Agnès « Moumine » ainsi qu'à l'ensemble de ma famille,**

vous m'avez toujours suivi et avez toujours cru en moi depuis le début. Je vous en remercie.

**A mes amis,**

Pour ceux qui n'y croyaient plus, j'y suis enfin arrivé!!! Merci pour tous ces moments passés ensemble et les nombreux encore à venir, vous êtes juste top! C'est une réelle chance d'avoir des amis comme vous !

**A Yann et Mélanie,**

En souvenir de notre internat, de toutes ces étapes franchies et ces bons moments passés ensemble !

**Aux médecins et secrétaires des maisons médicales de Montdidier et Bray sur Somme,**

pour ces moments de partage et votre bonne humeur quotidienne !

## LISTE DES ABREVIATIONS

---

<b>AMA :</b>	Australian Medical Association
<b>ANSM :</b>	Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des produits de santé
<b>BMA :</b>	British Medical Association
<b>CDOM :</b>	Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins
<b>CFAR :</b>	Collège Français des Anesthésistes-Réanimateurs
<b>CNOM :</b>	Conseil National de l'Ordre des Médecins
<b>CNS :</b>	Conférence Nationale de Santé
<b>CSP :</b>	Code de la Santé Publique
<b>DU :</b>	Diplôme Universitaire
<b>DREES :</b>	Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques
<b>EPU :</b>	Enseignement Post-Universitaire
<b>FMC :</b>	Formation Médicale Continue
<b>GMC :</b>	General Medical Council
<b>OFDT :</b>	Observatoire Français des Drogues et de la Toxicomanie
<b>OFMA :</b>	Observatoire Français des Médicaments Antalgiques
<b>OMS :</b>	Organisation Mondiale de la Santé
<b>ORL :</b>	Oto-Rhino-Laryngologie
<b>SFETD :</b>	Société Française d'Etude et de Traitement de la Douleur
<b>URPS :</b>	Union Régionale des Professionnels de Santé

# TABLE DES MATIERES

---

<b>INTRODUCTION</b> .....	<b>9</b>
<b>MATERIEL ET METHODES</b> .....	<b>13</b>
1 – Le questionnaire.....	13
2 – Le recueil des données.....	13
3 – Analyse statistique.....	14
<b>RESULTATS</b> .....	<b>15</b>
<b>1 – CARACTERISTIQUES DEMOGRAPHIQUES</b> .....	<b>15</b>
a – Age et genre.....	15
b – Déclaration du médecin traitant.....	15
c – Formation médicale complémentaire.....	16
d – Antécédents médicaux et consultation d’un médecin tiers.....	16
<b>2 – AUTOPRESCRIPTION</b> .....	<b>18</b>
a – Auto-prescription d’antalgiques.....	18
b – Les raisons de l’auto-prescription d’antalgiques.....	20
c – Auto-prescription non médicamenteuse.....	21
<b>3 – CONSOMMATION D’ANTALGIQUES</b> .....	<b>22</b>
a – Modalités de la consommation d’antalgiques.....	22
b – Les raisons de l’augmentation et de la diminution de consommation des antalgiques.....	24
c – Auto-prescription et recommandations usuelles.....	25
<b>4 – CONSEQUENCES DE L’AUTO-PRESCRIPTION</b> .....	<b>26</b>
a – Conséquences sur le diagnostic.....	26
b – Conséquences sur la dépendance.....	26
c – Conséquences sur la prescription aux patients.....	26
d – L’auto-prescription comparée à l’hétéro-prescription.....	27
<b>5 – ENCADREMENT DE L’AUTO-PRESCRIPTION DES OPIOIDES</b> .....	<b>27</b>
<b>6 – COMMENTAIRES LIBRES</b> .....	<b>28</b>
<b>7 – PORTRAIT TYPE DU MEDECIN</b> .....	<b>30</b>

<b><u>DISCUSSION</u></b> .....	<b>32</b>
<b>1 – FORCES ET LIMITES DE L’ETUDE</b> .....	32
<b>A – Intérêt de la méthodologie</b> .....	32
<b>B – Biais de l’étude</b> .....	32
a – Biais de sélection.....	33
b – Biais d’analyse et de mesure.....	33
<b>2 – ANALYSE DES RESULTATS</b> .....	34
<b>A – Démographie et généralités</b> .....	34
a – Démographie médicale.....	34
b – Médecin traitant.....	34
c – Formation médicale.....	35
d – Antécédents.....	35
<b>B – Prise en charge des douleurs et consommation d’antalgiques</b> .....	36
a – Recours à un médecin tiers.....	36
b – Consommation d’antalgiques.....	36
c – Auto-prescription non médicamenteuse.....	38
<b>C – Auto-prescription</b> .....	38
a – Les modalités.....	38
b – Les raisons .....	39
c – Le respect des bonnes pratiques d’usage.....	39
<b>D – Conséquences de l’auto-prescription</b> .....	40
a – Sur le diagnostic.....	40
b – Sur l’hétéro-prescription.....	40
<b>E – Encadrement de l’auto-prescription</b> .....	41
<b><u>CONCLUSION</u></b> .....	<b>44</b>
<b><u>BIBLIOGRAPHIE</u></b> .....	<b>46</b>
<b><u>ANNEXES</u></b> .....	<b>50</b>
<b>1 - QUESTIONNAIRE</b> .....	50
<b>2 – DEFINITIONS</b> .....	53





# INTRODUCTION

---

Les médecins se soignent souvent seuls. C'est en tout cas ce qui ressort de plusieurs études et thèses réalisées depuis quelques années [1] [2] [3] [4] [5].

Cela a conduit le Collège Français des Anesthésistes Réanimateurs (CFAR) à initier une campagne de sensibilisation en 2017 sur le thème « Dis doc, t'as ton doc ? », car selon eux, 80% des médecins exerçants en France n'ont pas de médecin traitant. [6] Ce que confirme également une étude réalisée par le Conseil National de l'Ordre des Médecins (CNOM) début 2017 dans laquelle environ 70% des médecins déclarent se soigner seuls. [7]

Du fait de ne pas suivre le parcours de soin habituel, environ 40% d'entre eux considèrent avoir une mauvaise prise en charge de leur santé selon une étude de la littérature de 2003 à 2010 [2].

D'un point de vue général, l'auto-prise en charge et la facilité d'accès à la prescription modifient quelque peu le parcours de soin entre le médecin et le patient dit « classique ». Du fait de ses connaissances, le réflexe de l'autodiagnostic est de mise pour le professionnel de santé et les consultations informelles avec ses collègues sont favorisées en cas doute.

Malgré tout, la majorité des médecins considéraient en 2010 bénéficier d'un bon, voire d'un très bon état de santé. Ils étaient 80 % à le déclarer dans une étude de la Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques du ministère de la santé (DREES) [8].

Cette prise en charge de sa propre santé en tant que soignant amène à évoquer l'auto-prescription dont il n'existe pas de définition concrète mais que nous pouvons extrapoler à la définition de la prescription du médecin. C'est à dire qu' « un professionnel de santé habilité ordonne des recommandations thérapeutiques auprès d'un patient » et donc à lui-même. Le médecin généraliste a une totale liberté de prescription si l'on écarte les médicaments à usage, prescription et délivrance hospitaliers ainsi que certaines prescriptions réservées aux médecins spécialistes [9].

Selon le code de la santé publique (*Art. R4127-8*) : « 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. »

Comme nous pouvons souvent le constater, l'auto-prescription est une pratique courante chez tous les médecins et ce dès l'internat comme l'évoque C. De Villelongue en 2010 qui retrouve une automédication pour plus de 80% des internes en Ile de France pour des pathologies aiguës et plus de 60% pour des pathologies chroniques comme le syndrome anxio-dépressif [10].

Cela est décrit également chez les médecins généralistes exerçant en Rhône-Alpes par G. Labeille en 2013 avec le recours à l'auto-prescription dans 70 à 80% des cas selon le type de symptomatologies aiguës telles les céphalées, les atteintes rhumatologiques, ORL, dentaires ou encore digestives [3].

C. Bouche aborde également ce thème dans une étude qualitative réalisée en 2015 où l'ensemble des médecins, hospitaliers cette fois-ci, pratiquent l'auto-prescription pour des problèmes de santé qu'ils considèrent comme anodins mais aussi pour des renouvellements de traitements chroniques [1].

Comment l'auto-prescription est-elle perçue dans d'autres pays ?

Au Royaume-Uni par exemple, elle est également légale. Cependant, le GMC (General Medical Council), équivalent britannique du conseil de l'Ordre Français, souligne que les médecins doivent éviter de fournir des soins médicaux à eux même mais également à leur famille. Le BMA (British Medical Association), syndicat de médecins anglais, déconseille également fortement cette pratique notamment sur un plan éthique et veut favoriser les consultations avec un autre médecin évitant ainsi les risques d'une automédication [11].

Au Québec, le code de déontologie des médecins s'oppose à l'auto-traitement : « 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 » [12].

Un des pays les plus réglementés à ce sujet est l'Australie, où dans certains états comme l'état de Victoria l'auto-prescription est interdite [13].

En France en 2008, c'est le Conseil National de l'Ordre des médecins qui met en exergue les difficultés et les risques de la prise en charge du médecin par lui-même dans un rapport intitulé « Le médecin malade ». D'après celui-ci, il semble évident qu'une bonne prise en charge médicale ne peut être une « auto »-prise en charge [14]. Au regard de ce constat, nous nous sommes intéressés à un symptôme fréquemment rencontré et pouvant affecter chacun d'entre nous : la douleur. Elle représente un des principaux motifs de consultation en médecine générale. La douleur est également un enjeu de santé publique comme en témoignent les 3 plans douleurs débutés en 1998 dont la France est pionnière avec un engagement des pouvoirs publics important. On constate également cela en ce qui concerne l'automédication et la prescription : les chiffres de vente de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM) de 2014 évoquent que le paracétamol, la codéine en association et l'Ibuprofène représentent à eux seuls un peu plus de 20% des ventes en officine en quantités délivrées. Le tramadol vient compléter ce podium en 4<sup>ème</sup> position [15].

Les Etats généraux de la santé et de la douleur ont révélé en 2004 que près d'un tiers de la population française souffre de douleurs fréquentes ou chroniques dont les seniors sont les plus touchés [16]. Les douleurs évoluent donc généralement avec l'âge et les médecins n'échappent pas à cette règle. Les chiffres de la démographie médicale du CNOM tendent à un vieillissement de l'âge moyen des médecins généralistes exerçant qui est actuellement de 52 ans avec 27% ayant plus de 60 ans [17]. D'après les témoignages recueillis et proposés dans plusieurs études, ces symptômes algiques sont souvent négligés, niés et non pris en charge de façon optimale du fait souvent d'une importante charge de travail, d'une mauvaise évaluation de la douleur et parfois même de la volonté de peu la traiter car elle n'est justement qu'un symptôme.

Hormis cela, le nombre important d'analgésiques et les différents paliers à disposition des médecins peuvent parfois générer des traitements inadaptés à la situation, que ce soit une sous- ou surconsommation médicamenteuse voir même un mésusage. Certains événements de vie peuvent amener à la prise d'antalgiques et le passage à la dépendance peut être relativement rapide avec ces médicaments potentiellement à risque addictogène, ce d'autant plus facilement du fait de l'accès à l'ordonnance. Il ressort d'une étude du *Journal of addiction medicine*, réalisée par des chercheurs de l'université de Floride et de Bangkok sortie

en octobre 2013, que les principales motivations du mésusage sont la lutte contre la douleur physique, psychique, la consommation plaisir et la peur du syndrome de sevrage [18].

Mais la prise en charge de la douleur ne se résume pas seulement à la prise d'un médicament. En cas de chronicisation des symptômes, elle rentre dans un processus de prise en charge globale avec d'autres moyens thérapeutiques disponibles également. Dans ce cas, l'absence de regard extérieur et d'évaluation par un autre professionnel de santé peut induire un retard ou une absence de diagnostic du fait d'une objectivité incertaine du médecin sur ses propres symptômes.

**Notre hypothèse d'une auto-prescription majoritaire chez les médecins généralistes ainsi qu'une consommation médicamenteuse en France dominée par les antalgiques nous amènent à notre objectif principal : Evaluer les pratiques d'auto-prescription d'antalgiques chez les médecins généralistes des Hauts-de-France.**

## MATERIEL ET METHODES

---

Afin de réaliser ce travail de thèse, nous avons choisi une étude épidémiologique descriptive quantitative nous permettant au mieux de faire un état des lieux de la gestion de l'auto-prescription d'antalgiques chez les médecins généralistes des Hauts-de-France.

### 1 – Le questionnaire

L'élaboration du questionnaire (*Annexe I*) s'est déroulée en plusieurs étapes. Initialement nous souhaitions comparer deux populations cibles que sont les médecins généralistes libéraux et les spécialistes exerçant en milieu hospitalier. Devant l'ampleur de l'étude à mettre en place, le bureau de la commission des thèses nous a judicieusement réorientés vers l'analyse des médecins généralistes uniquement.

L'objectif était d'avoir un questionnaire concis et précis afin d'obtenir le plus de réponses possibles et interprétables. Après validation de la commission des thèses, il comporte au final 16 questions pouvant être classées selon quatre grandes parties :

- les données démographiques et généralités sur le prescripteur (Q 1 – 2 – 3 – 4),
- la prise en charge des douleurs et la consommation d'antalgiques (Q 5 – 9 - 10 – 13),
- l'auto-prescription (Q 6 – 7 – 8 – 11),
- les conséquences de cette auto-prescription (Q 12 – 14 – 15 – 16).

En dernier lieu, les répondants avaient la possibilité de laisser un commentaire libre en fin de questionnaire.

### 2 – Le recueil des données

Le recueil des données s'est effectué du 2 février 2018 au 2 Avril 2018, de façon anonyme et confidentielle, par le biais du site internet spécialisé dans les sondages *Drag'n Survey*. Il n'a pas été réalisé de relance du questionnaire.

La population cible regroupait les médecins généralistes des Hauts-de-France installés ou non. Ils ont pu être contactés par mail contenant un lien d'accès au questionnaire en ligne. L'envoi de mail a pu être possible notamment grâce au bureau de médecine générale de la faculté

d'Amiens permettant le contact de l'ensemble des maitres de stage universitaire ainsi que les médecins remplaçants non thésés. De notre côté, nous avons également contacté un grand nombre d'associations de formation médicale continue des Hauts-de-France, ainsi qu'une liste de mail d'environ 300 médecins généralistes.

Au total plus de 1000 mails ont été envoyés pour un total de 257 réponses (8 ont été exclues car incomplètes).

La récupération des données s'est faite via un fichier Excel avant analyse statistique.

### **3 – Analyse statistique**

L'analyse des données recueillies et les statistiques ont pu être réalisées grâce au site internet *BIOSTATGV* (<https://marne.u707.jussieu.fr/biostatgv/>) avec utilisation des tests du *CHI-2*, de *Fisher* ou *t de Student*.

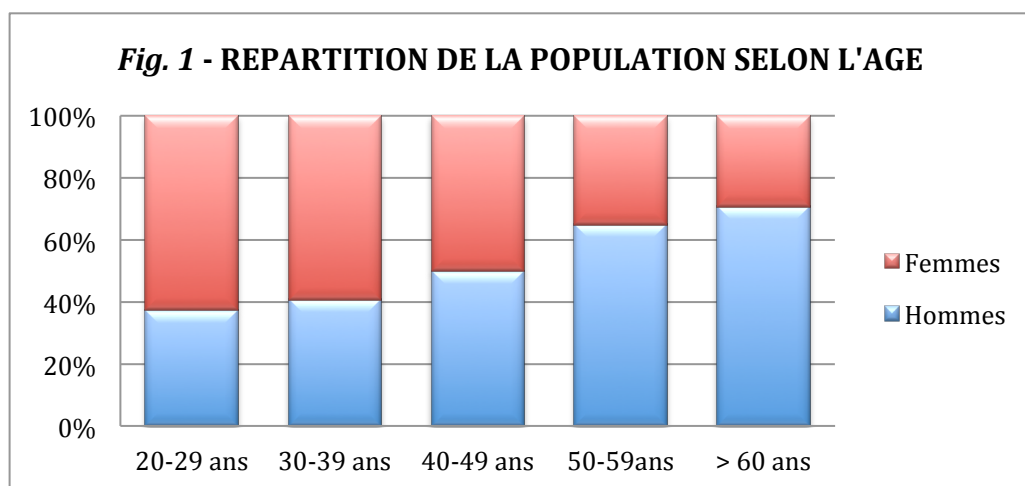
# RESULTATS

## 1 – CARACTERISTIQUES DEMOGRAPHIQUES

### a – Age et genre

Sur l'ensemble des 257 réponses valides que nous avons obtenues, 130 des médecins généralistes répondants étaient des femmes (50,6%) et 127 étaient des hommes (49,4%). L'âge moyen de l'ensemble des participants est de 41,4 ans, avec un âge moyen statistiquement plus élevé chez les hommes, 45,1 ans contre 37,7 ans chez les femmes ( $p < 0,01$ ).

Si l'on étudie la répartition de la population en fonction de l'âge, nous retrouvons qu'entre 20 et 29 ans, les femmes représentent 62,3% des médecins interrogés, 59,3% de 30 à 39 ans, 50% de 40 à 49 ans, 35,1% de 50 à 59 ans et 29,3% pour la catégorie des plus de 60 ans ce qui semble correspondre à une féminisation de la population médicale.



### b – Déclaration du médecin traitant

122 médecins (47%) se sont auto-déclarés comme médecin traitant auprès de l'Assurance Maladie mais ils sont 206 (80%) à déclarer se soigner seuls. Si l'on étudie uniquement les



médecins âgés de plus de 40 ans, qui représentent 103 personnes de l'échantillon, ce sont 94 médecins qui se sont auto-déclarés médecin traitant soit 91,2%.

Comparativement aux médecins ayant déclarés un autre médecin traitant qu'eux même, les médecins s'étant déclarés comme propre médecin traitant ne s'auto-prescrivent statistiquement pas plus de paliers 1 ou de paliers 2 avec respectivement 48,1% contre 56,5% ( $p=0,17$ ) pour les paliers 1 et 39,2% contre 30,3% ( $p=0,13$ ) pour les paliers 2.

### **c – Formation médicale complémentaire**

Une formation médicale complémentaire ayant pour thème principal la prise en charge de la douleur concerne 40 des 257 médecins de l'échantillon (15,6%).

16 d'entre eux non pas spécifié leur formation complémentaire. Pour les autres, les formations médicales continues (FMC) sur la prise en charge de la douleur sont majoritaires (12), 6 ont obtenu un diplôme universitaire (DU) portant sur la douleur, 5 un DU concernant les soins palliatifs et 1 une formation sur la mésothérapie.

Si l'on regarde l'âge des détenteurs de DU, 8 ont moins de 40 ans (72,7%) et l'ensemble des médecins ayant eu une formation médicale continue portant sur la douleur ont plus de 40 ans.

Parmi ces médecins ayant une formation complémentaire, nous ne constatons pas de différence significative pour l'auto-prescription de paliers 1 ou de paliers 2. 65% d'entre eux s'auto-prescrivent des paliers 1 plus de deux fois par an contre 49,7% pour les autres ( $p=0,07$ , ce résultat s'avère significatif si l'on augmente le risque  $\alpha$  à 10%), tandis que 30% d'entre eux s'auto-prescrivent des paliers 2 au moins une fois par an contre 35,9% pour les autres ( $p=0,46$ ).

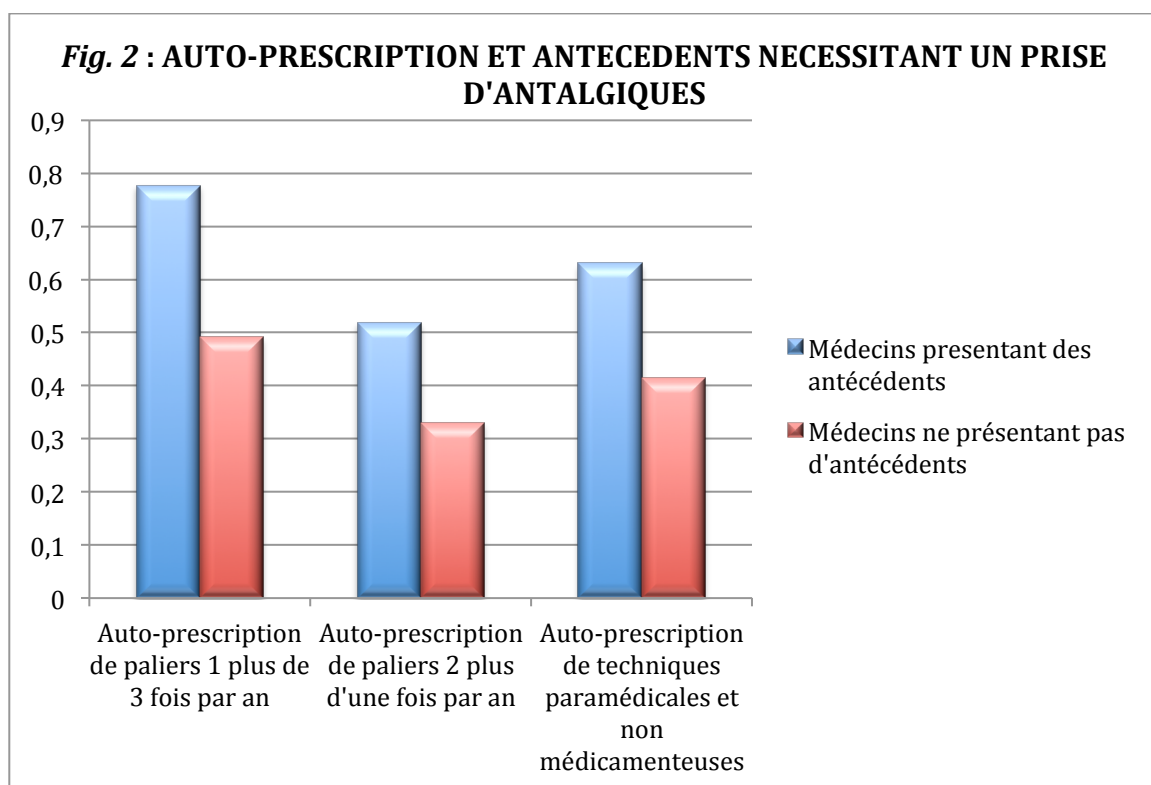
### **d – Antécédents médicaux et consultation d'un médecin tiers**

La prise d'antalgiques de façon régulière liée à des antécédents concerne 27 médecins (10,5%) avec un âge moyen parmi eux de 49 ans. Cela concerne 10 hommes et 17 femmes.

Parmi eux, 10 médecins (37%) consultent un médecin tiers pour la prise en charge de leur douleur. En ce qui concerne l'ensemble de la population étudiée, ils sont 54 (21%) dont 33 femmes (61%) et 21 hommes (39%) à parfois consulter un autre médecin ( $p=0,08$ )

Les médecins présentant des antécédents s'auto-prescrivent des paliers 1 plus de trois fois par an dans 77,7% des cas contre 49,1% chez ceux n'en présentant pas ( $p=0,03$ ) et ils s'auto-prescrivent des paliers 2 plus d'une fois par an dans 51,8% des cas contre 33% ( $p=0,05$ ).

Ces mêmes médecins font également appel plus souvent aux techniques paramédicales et non médicamenteuses puisqu'ils sont 63% à y avoir recours contre 41,3% pour les autres ( $p=0,03$ ).



**Tableau 1 : Caractéristiques générales de la population**

<b>Genre</b>	Femmes 50,6%		Hommes 49,4%
<b>Age moyen</b>	Général 41,4 ans	Femmes 37,7 ans	Hommes 45,1 ans
<b>Formation complémentaire sur la douleur</b>	OUI 15,6%		
<b>Propre médecin traitant</b>		Pour la CPAM	Au sens médical
	Total	47%	80%
	Plus de 40 ans	91,2%	88,3%
<b>Antécédents avec prise d'antalgiques régulière</b>	10,5%		

## 2 – AUTOPRESCRIPTION

### a – Auto-prescription d'antalgiques

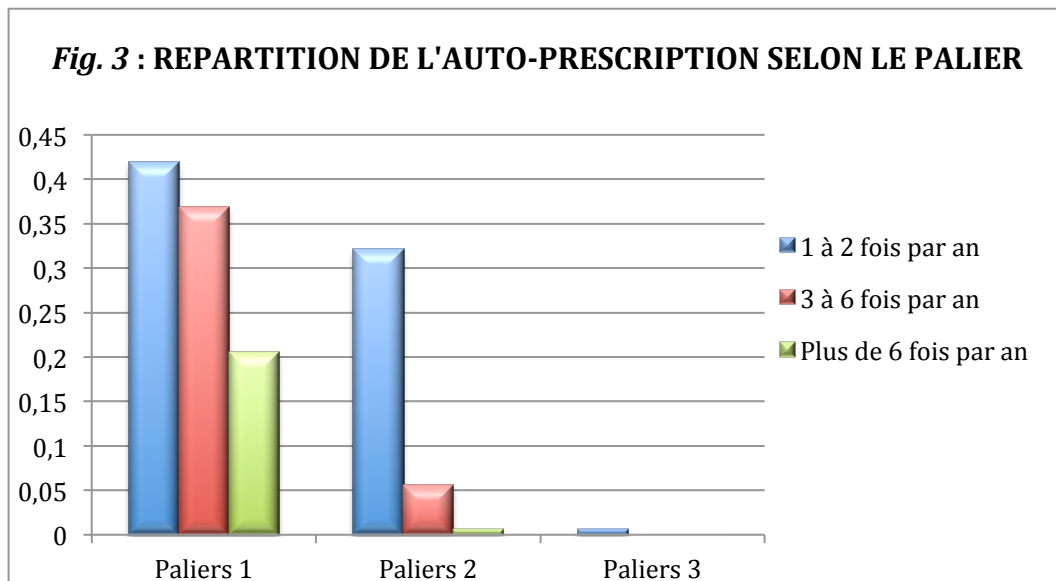
De manière générale, l'auto-prescription d'antalgiques est largement majoritaire avec 233 médecins sur les 257 ayant répondu au questionnaire soit **90,6%** qui la pratiquent.

Si l'on se penche sur le détail de cette auto-prescription, on retrouve essentiellement des paliers 1 et dans une moindre mesure des paliers 2.

Parmi les médecins s'auto-prescrivant des antalgiques, 42,1% (98) s'auto-prescrivent des paliers 1 une à deux fois par an, 36,9% (86) trois à six fois par an et 20,6% (48) plus de six fois par an.

Pour ce qui est des paliers 2, ils sont 32,2% (75) à s'en auto-prescrire une à 2 fois par an, 5,6% (13) trois à 6 fois par an et 0,7% (2) plus de six fois par an.

L'auto-prescription de paliers 3 reste très rare. Seuls deux médecins déclarent s'en prescrire une à deux fois par an pour des problèmes ostéo-articulaires. D'autres médecins en ont parfois eu recours dans certaines situations : une fracture-tassement vertébrale, des céphalées, une calcification d'épaule, des arthralgies ou encore pour des douleurs dentaires.



Si on compare l'auto-prescription selon l'âge du médecin, nous constatons qu'il n'existe pas de différence significative entre les médecins de plus ou moins de 50 ans pour l'auto-prescription de paliers 1 plus de 2 fois par an (51,3% pour les moins de 50 ans versus 53,8%,  $p=0,7$ ). La différence statistiquement significative concerne pour ces mêmes populations, l'auto-prescription de paliers 2 plus d'une fois par an (39,1% pour les moins de 50 ans versus 25,6%,  $p=0,03$ ).

On ne retrouve pas de différence significative pour l'auto-prescription des paliers 1 et 2 selon le sexe. Chez les femmes l'auto-prescription de paliers 1 plus de deux fois par an est de 52,6% contre 51,2% chez les hommes ( $p=0,8$ ) et l'auto-prescription de paliers 2 plus d'une fois par an est de 33,6% chez les femmes contre 36,3 chez les hommes ( $p=0,65$ ).

**Tableau 2 : Auto-prescription selon l'âge et le sexe**

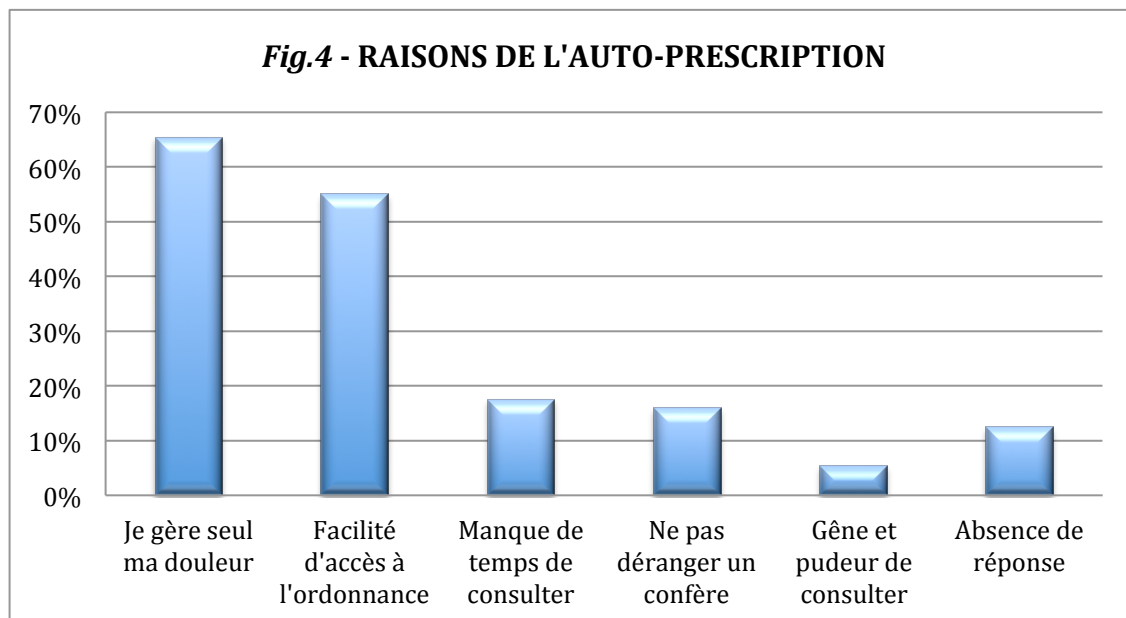
	Auto-prescription de paliers 1 plus de 2 fois par an		Auto-prescription de paliers 2 plus d'1 fois par an	
<b>Médecins de moins de 50 ans</b>	51,3%	$p = 0,7$	39,1%	$p = 0,03$
<b>Médecins de plus de 50 ans</b>	53,8%		25,6%	
<b>Femmes</b>	52,6%	$p = 0,8$	33,6%	$p = 0,65$
<b>Hommes</b>	51,2%		36,2%	

## b – Les raisons de l’auto-prescription d’antalgiques

Pour cette question, nous suggérons aux répondants plusieurs propositions nous paraissant les plus propices à l’auto-prescription. Les médecins pouvaient également répondre par un commentaire libre.

Les deux raisons les plus fréquemment évoquées étaient le fait de s’estimer « capable de gérer seul sa douleur » pour 65,4% (168) et « la facilité d’accès à l’ordonnance » pour 55% (140) d’entre eux. Nous retrouvons ensuite « le manque de temps de consulter un tiers » dans 17,5% (45) des cas, et « afin de ne pas déranger un confrère » dans 16% (41). « La gêne du regard de l’autre et la pudeur de consulter » était retrouvés dans 5,4% (14) des réponses.

32 personnes, soit 12,4%, n’ont pas répondu à cette question.



D'autres réponses ont été évoquées en commentaires libres :

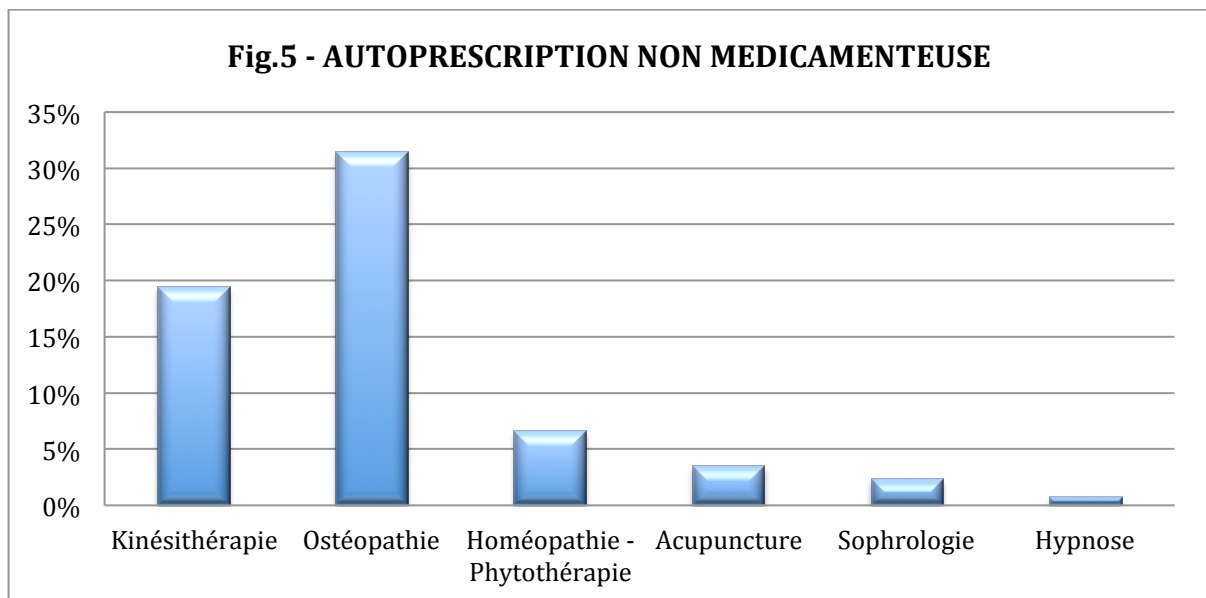
- *Je gère seul ma douleur car mes troubles sont le plus souvent bénins et la prise d'antalgiques m'est très occasionnelle.*
- *Je gère seul mon auto-prescription d'antalgiques, je souffre uniquement d'arthrose banale.*
- *Je m'auto-prescris des antalgiques uniquement en cas de syndrome grippal.*
- *Je prends parfois conseil auprès d'un spécialiste.*
- *C'est une façon d'obtenir le remboursement des médicaments dont j'ai besoin pour des troubles bénins.*

### c – Auto-prescription non médicamenteuse

Par prescription non médicamenteuse, nous évoquons les techniques et méthodes pouvant agir sur les symptômes algiques telles que la kinésithérapie, l'ostéopathie mais aussi, l'acupuncture, la sophrologie, l'hypnose, ou encore l'homéopathie et la phytothérapie.

Plus de la moitié de la population étudiée ne s'est jamais auto-prescrit l'une de ces techniques soit 145 personnes (56,4%). Les deux techniques les plus plébiscitées par les répondants sont la kinésithérapie et l'ostéopathie respectivement pour 50 (19,4%) et 81 (31,5%) répondants. Si l'on regarde les personnes ayant répondu positivement à ces deux propositions, nous arrivons à 30 soit 11,6%.

Le recours aux autres techniques est plus marginal avec 9 (3,5%) réponses pour l'acupuncture, 17 (6,6%) pour l'homéopathie et la phytothérapie, 2 (0,7%) pour l'hypnose et 6 (2,3%) pour la sophrologie.



Les raisons évoquées pour le recours à la kinésithérapie et l'ostéopathie sont principalement pour des pathologies d'origine arthralgique et musculo-tendineuse (tendinopathies, lombosciatalgies, rachialgies, hernies discales, dorsalgies, dérangements intervertébraux mineurs, traumatismes, fractures, névralgies cervico-brachiales, arthrose). L'utilisation de la sophrologie ressort pour des céphalées de tension ou pour un accouchement et la prise de traitements homéopathiques pour des douleurs abdominales, des migraines, des lombalgies ou des atteintes ORL banales.

Parmi les médecins s'auto-prescrivant des paliers 1 et 2 plus de deux fois par an, ils sont 61,5% à s'auto-prescrire également des techniques non médicamenteuses versus 37,2% pour ceux s'en auto-prescrivant moins de deux fois par an ( $p=0,08$ ), ce résultat s'avère significatif pour un risque  $\alpha$  entre 5 et 10%.

La comparaison est similaire et de façon significative pour les paliers 1 uniquement avec un résultat de 50% versus 36,5% ( $p=0,03$ ). En ce qui concerne les paliers 2 malgré un résultat de 53,3% versus 43% ( $p=0,43$ ), la différence n'est pas significative, certainement de part la différence de taille des échantillons.

Enfin, les médecins présentant des antécédents s'auto-prescrivent significativement ( $p=0,03$ ) plus de traitements non médicamenteux (63%) que les autres (41%).

### **3 – CONSOMMATION D'ANTALGIQUES**

#### **a – Modalités de la consommation d'antalgiques**

Concernant la consommation d'antalgiques des médecins des Hauts-de-France en réponse à la question 9 de l'étude, nous retrouvons :

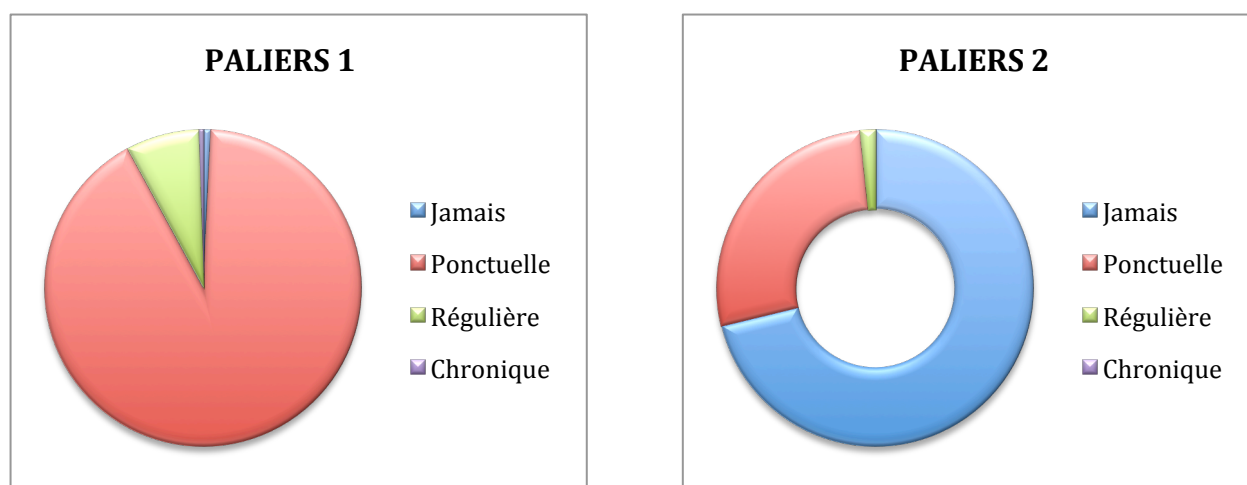
- 85,6% (220) de consommation ponctuelle (inférieure à une fois par semaine) de paliers 1,
- 27,3% (70) en ce qui concerne la consommation ponctuelle de paliers 2 et
- 0,4% (1) pour les paliers 3.

La consommation régulière (supérieure à une fois par semaine) de paliers 1 concerne 7% (18) de la population étudiée et un seul répondant, soit 0,4% déclare une consommation chronique (quotidienne). 7% (18), n'en consomme jamais.

Les paliers 2 ne sont jamais consommés par 71,2% (183) des personnes répondants au questionnaire, 1,5% (4) en consomme de façon régulière et aucune de façon chronique.

Evoquons les paliers 3 qui ne sont jamais consommés par la quasi-totalité de la population étudiée soit 99,6% (256).

**Fig.6 : FREQUENCE DE CONSOMMATION DES ANTALGIQUES**



Si l'on s'intéresse aux réponses selon l'âge, la consommation varie très peu comparativement à la population totale étudiée. Chez les moins de 40 ans, la consommation ponctuelle de paliers 1 représente 84,4% ( $p=0,64$ ) et celle des paliers 2, 23% ( $p=0,41$ ) ; tandis que chez les plus de 50 ans, elle représente 82,9% pour les paliers 1 ( $p=0,56$ ) et 22,3% pour les paliers 2 ( $p=0,40$ ). La consommation ponctuelle de paliers 1 ou 2 chez les plus de 40 ans ou plus de 50 ans n'est pas statistiquement supérieure comparée à celle de la population totale étudiée.

Et si l'on compare la consommation d'antalgiques de paliers 1 et 2 chez les moins de 30 ans et les plus de 50 ans, le résultat est le même, il n'y a pas de différence significative sur la consommation.

Selon le genre, la consommation d'antalgiques est également comparable chez les femmes et les hommes. Pour les femmes, elles consomment des paliers 1 ponctuellement à hauteur de 86,2% d'entre elles et des paliers 2 à hauteur de 23,1%. La consommation régulière féminine atteint 6,9% pour les paliers 1 et 2,3% pour les paliers 2 tandis que 74,6% des femmes n'en consomment jamais.

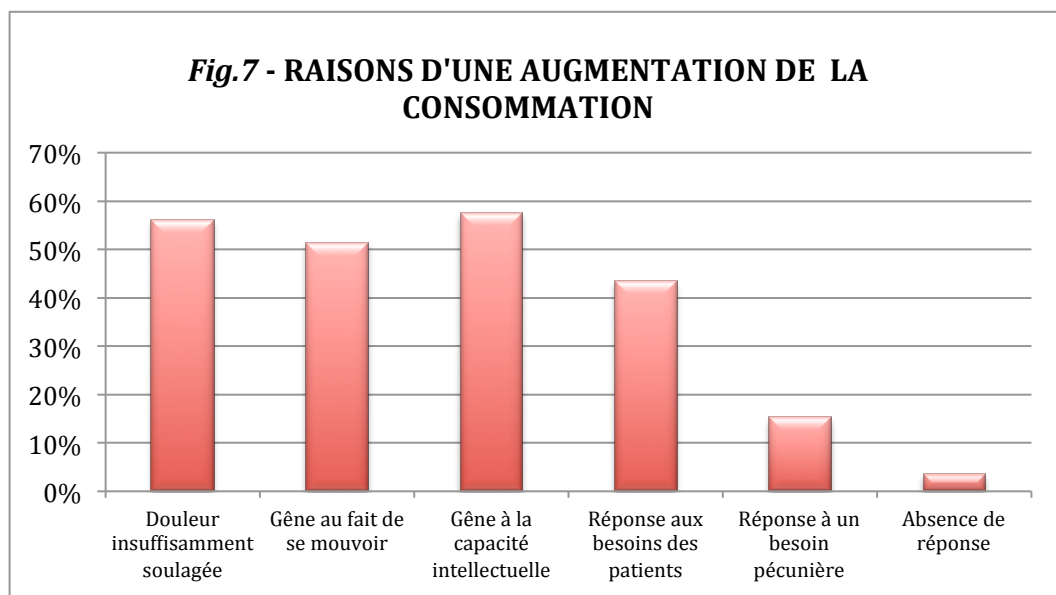
Quant aux hommes, 85% d'entre eux consomment des paliers 1 de façon ponctuelle ( $p=0,8$ ) et 7,1% de façon régulière ( $p=0,95$ ). Les paliers 2 sont consommés de façon ponctuelle par 31,5% des hommes ( $p=0,12$ ) et de façon régulière par 0,8% ( $p=0,62$ ). 67,7% ne consomment jamais de paliers 2 ( $p=0,22$ ).

Enfin, le seul élément modifiant la consommation d'antalgiques est la présence d'antécédents entraînant des symptômes douloureux avec une consommation régulière de paliers 1 nettement supérieure dans cette catégorie : elle s'élève à 44% contre 2% chez les autres ( $p<0,01$ ).

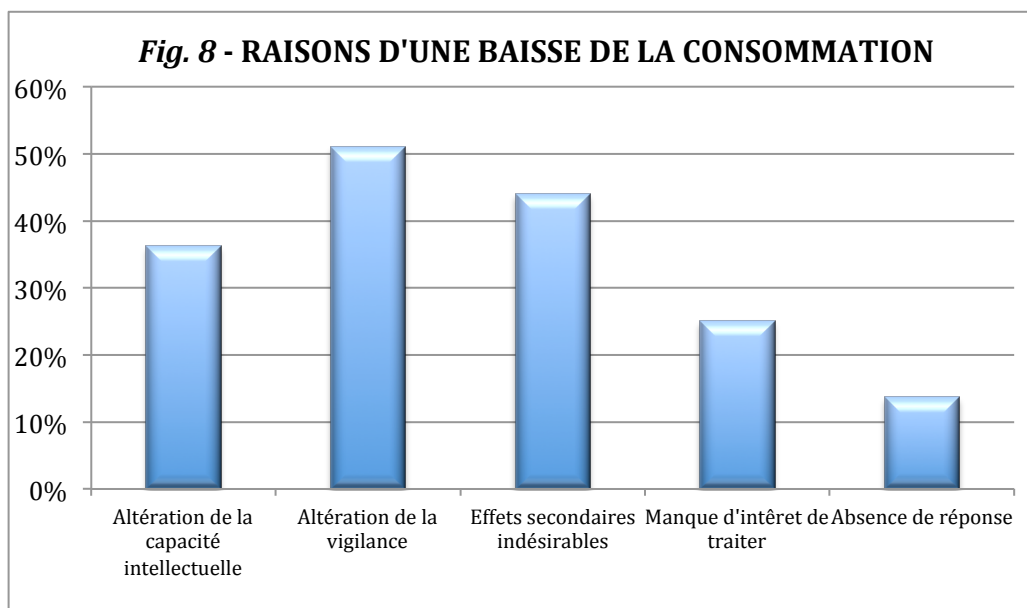


## **b – Les raisons de l'augmentation et de la diminution de consommation des antalgiques**

En cas de symptômes algiques, plusieurs raisons peuvent amener à augmenter la consommation d'antalgiques que ce soit en terme de posologie ou de palier. Parmi les raisons les plus fréquemment citées, on retrouve « une douleur insuffisamment soulagée » à 56%, « une douleur gênant le fait de se mouvoir » à 51,4%, « une douleur gênant la capacité intellectuelle » telle que des céphalées à 57,5% ou encore « le fait devoir répondre aux besoins des patients » à 43,5%. Dans une moindre mesure, on retrouve une augmentation de la consommation d'antalgiques « pour travailler afin de répondre à un besoin pécuniaire » à 15,2%. Aucune réponse n'a été donnée pour 3,5% des répondants.



En ce qui concerne les raisons pouvant entraîner une diminution de la consommation d'antalgiques, reviennent par ordre décroissant de fréquence: « l'altération de la vigilance » à 51%, « les autres effets indésirables » tels que des nausées ou des vertiges comme mentionnés en commentaires libres à 44%, « l'altération de la capacité intellectuelle » à 36,2% et « le manque d'intérêt de traiter une douleur car elle n'est qu'un symptôme » à 25%. 13,6% des répondants se sont abstenus à cette question.



### **c – Auto-prescription et recommandations usuelles**

Dans la grande majorité des cas, 88% (226), les médecins respectent les recommandations d'usage des antalgiques dans leurs auto-prescriptions.

Dans les situations de non-respect, nous retrouvons :

- l'utilisation d'antalgiques de palier supérieur en première intention, cela représente 9,7% (25) des cas.
- l'association de deux antalgiques de même palier dans 2% (5) des cas.
- l'utilisation dans le but de rechercher des effets secondaires dans 1,6% (4) des cas, comme le fait d'atténuer la sensation de fatigue avec du tramadol ou encore en cas de stress chez un médecin (0,3%, commentaires libres).

Les hommes sont représentés majoritairement à 8% mais de façon non significative par rapport aux femmes (4%) dans le fait de ne pas respecter les recommandations de bonnes pratiques d'utilisation des antalgiques ( $p=0,1$ ).

## 4 – CONSEQUENCES DE L’AUTO-PRESCRIPTION

### a – Conséquences sur le diagnostic

Dans 93,7% (241) des cas, l’auto-prescription n’a jamais eu de conséquence sur le diagnostic d’un symptôme algique pour les médecins. Seuls 2,7% (7) évoquent un retard diagnostic et 3,5% (9) rendent compte d’une absence de diagnostic suite à l’auto-prescription d’antalgiques. Aucun d’entre eux ne déclare avoir déjà été soumis à une erreur de diagnostic.

### b – Conséquences sur la dépendance

Seul un médecin (0,3%) évoque une tendance à la dépendance du fait d’une auto-prescription d’antalgiques.

### c – Conséquences sur la prescription aux patients

200 médecins soit 77,8% considèrent que l’auto-prescription d’antalgiques n’influence pas les prescriptions faites aux patients.

Dans 22,2% des cas donc, l’auto-prescription influence l’hétéro-prescription. Les effets secondaires des antalgiques et notamment des paliers 2 sont la principale cause évoquée dans cette influence et sont cités à 14 reprises.

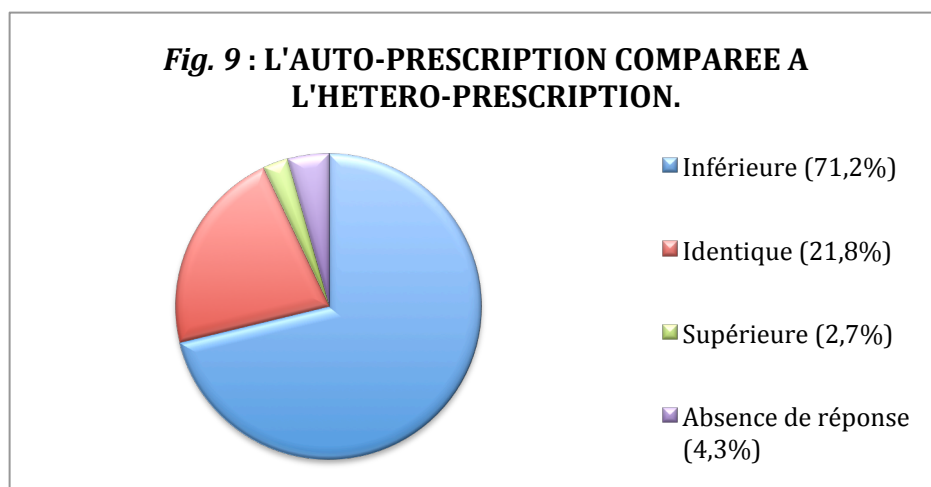
Les médecins ayant répondu « oui » à cette question évoquent également :

- *des habitudes d’auto-prescription et d’efficacité de certains antalgiques,*
- *une précaution vis à vis de l’effet addictogène de certains médicaments,*
- *d’être plus à l’écoute des patients concernant leurs douleurs,*
- *de traiter la cause et pas seulement la douleur,*
- *de favoriser une prescription de durée et de dose minimale efficace,*
- *de souvent prescrire un palier 2 d’emblée,*
- *de faire attention de ne pas banaliser la prescription des antalgiques.*

Si nous nous intéressons uniquement aux auto-prescripteurs de paliers 2, ce sont 25,6% d’entre eux qui jugent que leur auto-prescription influence leur hétéro-prescription. En comparaison avec la population totale, le fait de s’auto-prescrire des paliers 2 ne constitue pas un facteur influençant la prescription faite aux patients (25,6% versus 22,2% avec  $p=0,51$ ).

#### **d – L’auto-prescription comparée à l’hétéro-prescription**

A travers cette question, nous souhaitons savoir si les médecins dans des situations et symptômes algiques similaires à ceux rencontrés chez leurs patients avaient tendance à se prescrire de façon identique, supérieure ou inférieure des antalgiques. Il en ressort que dans 71,2% (184) des cas, les médecins s’auto-prescrivent moins d’antalgiques qu’ils n’en prescriraient à leurs patients. L’auto-prescription est identique à l’hétéro-prescription dans 21,8% (56) des cas et elle est supérieure dans 2,7% des cas. 11 médecins (4,3%) n’ont pas répondu à cette question.



#### **5 – ENCADREMENT DE L’AUTO-PRESCRIPTION DES OPIOIDES**

Pour 43,2% (111) des médecins, l’encadrement de l’auto-prescription de certains médicaments comme les antalgiques opioïdes devraient être plus strict.

Les raisons évoquées sont :

- *leurs possibles effets secondaires*
- *une surveillance des gros consommateurs (contrôle par le médecin conseil à partir d’une certaine consommation)*
- *une prescription obligatoire par un médecin autre que soit même pour les opioïdes forts et stupéfiants*
- *uniquement pour la morphine et les stupéfiants*

Parmi les commentaires des 51,4% (132) des médecins non favorables à un encadrement plus strict, on retrouve comme arguments :

- *les médecins sont suffisamment responsables*
- *le refus du toujours plus de contraintes*

14 médecins (5,4%) ne se sont pas prononcés sur cette question.

61,1% des médecins s'auto-prescrivant des paliers 2 ou 3 ne sont pas favorables à un encadrement plus strict de l'auto-prescription des antalgiques opioïdes, ce qui est statistiquement non significatif ( $p=0,3$ ) au regard des 54,5% des médecins ne s'auto-prescrivant pas de paliers 2 et 3 et également non favorable à cet encadrement plus strict.

L'âge et le sexe ne permettent pas non plus de retrouver une différence significative en ce qui concerne le lien à l'encadrement des auto-prescriptions d'opioïdes.

## **6 – COMMENTAIRES LIBRES**

A la fin du questionnaire, un champ d'expression libre était proposé aux répondants afin de recueillir leurs commentaires et leurs ressentis à propos de l'étude et du sujet abordé.

Voici les propos recueillis :

- *Un médecin ne doit pas pouvoir s'auto-prescrire de palier 3 (ou un traitement substitutif par opioïdes d'ailleurs), c'est un non-sens.*
- *L'encadrement plus strict devient de la coercition, il faut mieux informer et éduquer, rendre responsable, mais c'est toujours plus difficile que de légiférer à tout va sans résultat. Amener à une auto responsabilisation est plus intéressant mais pas dans les faux semblant de la façon de faire actuelle. Si quelqu'un d'averti dévie, ce n'est pas en compliquant la vie à tous que l'on améliore la situation de quelques-uns.*
- *Je ne vois pas pourquoi étant considérés aptes à traiter la douleur des patients nous ne serions pas aptes à soulager la nôtre.*
- *Consommation ponctuelle et rarissime pour moi.*
- *Je n'ai jamais pris de tramadol car trop effets secondaires qui durent 10 h selon les patients, et fréquents, 20% des cas.*

- *Le médecin est une personne responsable*
- *Le cordonnier est souvent le plus mal chaussé. Le médicament est une réponse simple et rapide au problème de la douleur quand on n'a pas le temps d'utiliser d'autres solutions comme la kinésithérapie ou le sport en raison des obligations financières imposées par l'activité professionnelle (charges, impôts...)*
- *Je ne me sens pas trop dans le test étant donné que je ne me suis prescrit que quelques fois du paracétamol. Si besoin de plus je pense voir avec un confrère.*
- *Ce sont surtout les médicaments en vente libre qui devraient être interdits*
- *Un médecin connaît les indications et contre-indications, effets secondaires des médicaments. S'il abuse de l'auto-prescription des paliers deux ou trois, il doit avoir d'autres problèmes que ses douleurs seules. S'il travaille en groupe, ses confrères doivent je pense, faire la démarche d'aller vers lui. Sinon, ses patients alertent souvent les autres soignants. A eux peut être de la contacter... La confraternité, ça existe.*
- *En utilisant des antalgiques et en ayant mal moi-même, je m'aperçois qu'il en faut quelques fois peu (j'ai une fracture de côte, j'ai pris 5 comprimés d'ibuprofène et quelques grammes de doliprane en 8 jours). Je ne parle pas des douleurs cancéreuses.*
- *Les motivations de notre auto-prescription sont les mêmes que nos patients : liberté, disponibilité... La différence majeure tient à nos connaissances du médicament. Pour l'auto-prescription, non médicamenteuse, nous dépendons d'un autre professionnel, moins de liberté, moins de disponibilité.*
- *Les échelles de douleur souvent erronées, amenant à une sur ou sous consommation. Nouvelle échelle prenant en compte le côté psychologique de la personne ?*
- *J'entends par auto-prescription (le fait d'aller acheter et/ou consommer l'antalgique en automédication sans forcément rédiger une ordonnance)*
- *C'est très pratique de pouvoir s'auto-prescrire, et en plus c'est remboursé!*
- *Consommation de médicaments inférieure aux patients car auto-rééducation, amélioration des mesures hygiéno-diététiques (sommeil pour migraines, sport, auto-massages, étirements, corrections posturales pour cervicalgies chroniques)*
- *Pas très sujet aux douleurs pour le moment donc peu consommateur.*
- *Ayant vécu plusieurs erreurs médicales de confrères sur plusieurs membres proches de ma famille, je souhaite pouvoir garder absolument le contrôle d'un éventuel prescripteur qui ne serait pas moi-même*

- *Je ne vais pas demander à un confrère du cabinet de me faire une prescription d'antalgique ni autre d'ailleurs (antibiotiques par exemple), par contre je ne me prescrirai jamais de palier 3 seul de peur d'être dans l'excès car lorsqu'on a très mal notre jugement est altéré. Et j'ai retrouvé un confrère inanimé au cabinet car il s'était auto-médicamenté en morphine pour pouvoir tenir le rythme*
- *Nous sommes déjà suffisamment encadrés dans notre pratique quotidienne....*
- *Il faut se former pour la prise en charge des douleurs*
- *Très bon sujet amenant à révéler la fragilité du personnage du médecin de famille, indestructible mais à la fois humain tout simplement.*
- *Bon sujet car l'auto-prescription des médecins est une question parfois abordée par les patients eux-mêmes en consultation et peu de travaux me semblent avoir été réalisés sur ces questions. Merci et bon courage.*

## **7 – PORTRAIT TYPE DU MEDECIN**

Si l'on se réfère aux résultats de l'étude, nous pouvons dresser un portrait type du médecin répondeur et sa relation à l'auto-prescription d'antalgiques.

Il est âgé de 41,1 ans, homme ou femme (49,4% / 50,6%), auto-déclaré comme médecin traitant (91,2%) et se soigne seul (88,3%). Il ne présente pas d'antécédent nécessitant une prise d'antalgiques régulière (89,5%), ne consulte pas d'autre médecin pour la prise en charge de ses douleurs (79%) et pratique l'auto-prescription d'antalgiques (90,6%).

Cette pratique concerne les paliers 1 une à deux fois par an (41,1%) tout comme les paliers 2 (32,2%) mais jamais les paliers 3 (99,1%).

Les principales raisons sont qu'il estime pouvoir gérer seul sa douleur (65,4%) et le fait d'accéder librement à l'ordonnance (55%)

Sa consommation d'antalgique de palier 1 est ponctuelle (85,6%) et il ne consomme quasiment jamais de palier 2 et 3 (71,2% / 99,6%).

Cette consommation peut être augmentée en cas de douleurs insuffisamment soulagées (56%), gênant la capacité à se mouvoir (51,4%) ou la capacité intellectuelle (57,5%).

A l'inverse, il diminue sa consommation si les antalgiques utilisés peuvent entraîner une baisse de la vigilance (51%) ou des effets secondaires indésirables (44%).

Il respecte les recommandations usuelles de prescription (88%), et son auto-prescription n'a jamais eu de conséquences néfastes (93,7%).

Concernant le recours aux techniques non médicamenteuses, il y fait peu appel (43,6%).

Par rapport à ses patients, il indique que son auto-prescription n'influence pas l'hétéro-prescription (77,8%), qu'elle est également inférieure en cas de symptômes similaires (71,2%).

Enfin il n'est pas favorable à un encadrement plus strict de l'auto-prescription d'opioïdes forts ou de stupéfiants (51,4%).



# **DISCUSSION**

## **1 – FORCES ET LIMITES DE L'ETUDE**

### **A – Intérêt de la méthodologie**

Lors du choix de la méthodologie et pour réaliser un état des lieux de l'auto-prescription des antalgiques, il nous est apparu plus opportun de réaliser une étude quantitative, du fait d'un sujet touchant l'ensemble des médecins généralistes, pour obtenir des informations chiffrées en plus grand nombre et dont l'analyse statistique serait plus pertinente. Du fait des réponses anonymes, le médecin est peut-être plus à même d'évoquer sa propre santé et ses pratiques professionnelles.

Un questionnaire relativement court a permis de collecter 257 réponses soit un taux de réponse d'environ 25%. De plus, les nombreux commentaires aux questions libres nous portent à croire que le sujet a attiré la curiosité et montrent l'intérêt des médecins répondants. En comparaison avec d'autres études portant sur un sujet similaire, les taux de réponses étaient de 10,5% [19], 23% [3], ou encore 32,3% [20].

Les réponses au questionnaire étant anonymes et récupérées via un site internet, aucune relance n'a été faite afin de ne pas importuner les médecins ayant déjà répondu.

L'élaboration des questions nous a permis au final de dégager plusieurs parties comme indiqué dans le chapitre matériels et méthodes et d'étudier les principaux axes du sujet.

Cependant lors de notre analyse de résultats, il nous est apparu que certaines questions non évoquées dans le questionnaire auraient été judicieuses, notamment des précisions sur les types d'antécédents personnels des médecins ou le fait d'être médecin remplaçant ou installé.

Pour des raisons de simplicité d'analyse et d'effectifs que nous avons pensé trop faibles lors de l'élaboration du questionnaire, nous avons abordé les douleurs de façon générale sans distinguer les douleurs nociceptives et neuropathiques.

## **B – Biais de l'étude**

### **a – Biais de sélection**

Du fait de la protection de données confidentielles, l'envoi du questionnaire et le recueil d'adresses mail via l'URPS ou le Conseil départemental de l'Ordre des médecins ne sont pas possibles. Comme détaillé précédemment, l'envoi s'est donc fait de façon différente. Ce biais d'échantillonnage s'explique par le fait d'envoi à des groupes de médecins spécifiques (non thésés et maîtres de stage via la faculté, groupes d'EPU et FMC). Ce qui peut expliquer une population d'étude jeune.

D'autre part, quelques médecins m'ont signalé avoir reçu le mail à plusieurs reprises mais il était bien stipulé au début du questionnaire de ne pas en tenir compte en cas de réception en doublon.

Un questionnaire adressé par cette voie initie un biais de recrutement car les médecins non informatisés ou ne consultant que rarement leurs courriers électroniques sont exclus de l'étude.

Nous pouvons évoquer également un biais d'auto-sélection inhérent à ce type d'étude, les personnes intéressées par le sujet ou confrontées à des antécédents liés à la prise d'antalgiques répondent plus facilement et leurs pratiques peuvent être différentes de la population cible. Inversement, les médecins touchés par une addiction à certains antalgiques ou faisant preuve de mésusage ont pu ne pas souhaiter répondre au questionnaire.

### **b – Biais d'analyse et de mesure**

Nous avons essayé de construire des questions simples et courtes afin de faciliter la compréhension du questionnaire et réduire le temps de réponse. Seuls 8 questionnaires renvoyés incomplets (soit 3 %) n'ont pu être analysés, ce qui est peu au vu des 265 réponses reçues.

Un biais de mémorisation est possible notamment pour des questions évoquant des événements et des pratiques antérieures.

Il faut rester également prudent quant à la validité et à la puissance de certains résultats, certaines analyses croisées ont été réalisées avec des effectifs faibles.

## **2 – ANALYSE DES RESULTATS**

### **A – DEMOGRAPHIE ET GENERALITES**

#### **a – Démographie médicale**

La démographie médicale en France des médecins généralistes retrouve un âge moyen en 2017 de 52 ans (49 ans chez les femmes et 54 ans chez les hommes) avec une répartition de 46% de femmes et 54% d'hommes [17], cet âge moyen est identique dans les Hauts-de-France. Nous retrouvons cet équilibre de répartition hommes/femmes dans notre étude avec respectivement 49,4% et 50,6%. Mais comme nous le soulignons précédemment, l'âge moyen de notre échantillon est plus jeune à 41,4 ans. Malgré cette différence d'âge, il ressort quand même une féminisation de la population étudiée avec une répartition inversement proportionnelle avant 40 ans et après 50 ans (fig.1) comme retrouvé dans l'Atlas de la démographie médicale.

Nous pouvons expliquer l'âge moyen plus bas par le fait d'un taux de réponse plus élevé chez les médecins remplaçant ou installés depuis peu, peut-être plus concernés et sensibles au travail de thèse auquel ils ont été confrontés récemment ainsi qu'un intérêt et une réactivité à répondre au courrier électronique plus importante. A la différence d'un questionnaire papier, le mail incite à une réponse immédiate et spontanée. Cependant, si elle n'est pas donnée de suite, elle peut rapidement être oubliée ou le mail effacé.

#### **b – Médecin traitant**

Dans notre échantillon, seuls 47% des médecins se sont auto-déclarés médecin traitant auprès de l'Assurance Maladie ce qui est faible par rapport aux résultats retrouvés dans d'autres études qui oscillent entre 65 et 84% [20] [3] [21] [22]. Cela s'explique une nouvelle fois du fait de la jeunesse de notre échantillon car si l'on étudie l'auto-déclaration chez les plus de 40 ans, nous atteignons un taux de 91,2% soit près du double de notre population totale. Une question sur l'exercice professionnel, à savoir si le médecin est installé ou non, aurait été judicieuse afin d'étudier les 2 populations et d'obtenir des résultats plus concordants aux autres études. L'âge et l'installation peuvent être considérés comme facteurs de confusion dans ce cas.

Le fait de prendre soi-même en charge sa santé est retrouvé chez 80% des médecins interrogés ce qui est comparable à ce que l'on retrouve dans 2 enquêtes réalisées en 2017, l'une par le CNOM où 70% déclarent se soigner seuls [7] et l'autre portant sur 701 médecins généralistes avec un résultat de 84% [23]. Dans cette dernière, les médecins évoquent le côté pratique et le manque de temps de consulter, raisons que nous décrirons par la suite.

Nous pouvons déduire des résultats de notre étude et de ceux retrouvés dans les autres travaux que le fait de s'auto-déclarer comme médecin traitant influe peu sur le fait d'être en réalité son propre médecin traitant.

### **c – Formation médicale**

Le thème de la prise en charge des douleurs en formation médicale continue est ressortie chez 15,6% de notre échantillon principalement dans le cadre d'EPU, de FMC et de DU. Nous pouvons constater que les DU concernent principalement une population plus jeune que les participants aux FMC, probablement dû à l'évolution croissante de leur diversité depuis leur création en 1984 [24]. Le fait d'une formation médicale complémentaire sur la prise en charge des douleurs n'influe en rien dans notre étude sur l'auto-prescription d'antalgiques avec des résultats similaires dans les deux populations.

### **d – Antécédents**

Comme nous aurions pu le penser, l'existence d'antécédents engendrant des douleurs majeure les auto-prescriptions d'antalgiques de paliers 1 et 2. Cela fait apparaître également dans ce cas que les médecins concernés se tournent vers eux-mêmes en premier lieu pour la prise en charge de leurs douleurs. Comme nous le citons précédemment, ce facteur peut entraîner un biais de recrutement avec un intérêt particulier du sujet à répondre au questionnaire.

Il aurait été également intéressant de détailler les différents antécédents des 10,5% de médecins concernés afin d'établir les étiologies susceptibles de favoriser une auto-prescription d'antalgiques.

## **B – Prise en charge des douleurs et consommation d’antalgiques**

### **a – Recours à un médecin tiers**

Pour la prise en charge de leurs douleurs, seuls 1/5 des médecins consultent un médecin tiers. Parmi eux, une grande majorité de femmes. Nous retrouvons cela pour l’ensemble des pathologies dans plusieurs études sur le sujet.

Dans la revue *Impact Médecine* de Mars 2003, dans un article s’intitulant « *Comment les docteurs se soignent ?* », une étude portant sur 200 médecins généralistes indique que 93% s’auto-médiquent et qu’en cas de problème médical non détaillé, seuls 7% consultent un autre médecin. Sinon, ils se tournent d’abord vers une connaissance ou vers un spécialiste en premier recours [25]. L. Cauchard en 2006 reprend plusieurs études, concluant qu’il est difficile pour un médecin de se tourner vers un collègue et qu’il existe souvent un déni du problème de santé. Le risque lorsqu’un médecin consulte un tiers est que le médecin consulté n’agisse pas comme il le ferait avec un patient classique et que celui-ci ne se positionne pas comme un « malade » [26]. Enfin L. Gillard dans sa thèse sur la santé des médecins généralistes retrouve qu’une grande majorité d’entre eux gèrent eux même les examens complémentaires et les traitements nécessaires à la prise en charge de leur santé. Ils sont même 23% à n’avoir pas consulté lorsqu’ils ont été confrontés à un événement médical préoccupant [27].

Devant ce constat, plusieurs acteurs du monde médical interpellent et relancent régulièrement le sujet avec notamment le CFAR (Collège Français des Anesthésistes Réanimateurs). Dans sa campagne « *Dis doc, t’as ton doc ?* » en 2017, il rappelle que le choix d’un médecin généraliste personnel est important pour leur santé mais aussi pour la prise en charge des patients et la qualité des soins [6]. Cette campagne fait partie d’un des grands axes du gouvernement dans la stratégie d’amélioration de la qualité de vie au travail des professionnels de santé libéraux qui incite les praticiens à prendre un médecin traitant autre qu’eux-mêmes [23].

### **b – Consommation d’antalgiques**

Au contraire de ce que nous aurions pu penser, l’âge n’est pas un facteur augmentant la consommation d’antalgiques, du moins il n’est pas ressorti comme tel dans notre étude. La consommation de paliers 1 et 2 est quasi identique chez les moins de 40 ans et les plus de 50

ans, de même que chez les moins de 30 ans, probablement du fait d'une utilisation pour des symptômes algiques identiques (traumatismes, céphalées, atteintes ostéo-articulaires, atteintes ORL...). On peut penser que l'arthrose aurait pu jouer un rôle sur la consommation liée à l'âge mais il est fort possible que cette pathologie ne touche pas encore notre population d'étude trop jeune (seuls 11 répondants sont âgés de plus de 65 ans).

Le seul déterminant retrouvé influençant cette consommation est la présence d'antécédents entraînant des symptômes douloureux. Dans ce cas, on constate une consommation de paliers 1 très nettement supérieure (44% vs 2% avec  $p < 0,01$ ).

Nos résultats sont comparables à l'étude de R. Legris où la consommation ponctuelle est de l'ordre de 70% pour les paliers 1 et de 27% pour les paliers 2. Il conclut également qu'il n'existe pas de lien entre l'âge et la consommation [19]. G. Labeille retrouve lui aussi une consommation de paliers 2 dans l'année supérieure à 25% [3]. Une étude réalisée par le CNOM sur la santé des jeunes médecins évoque une consommation de paliers 1 ponctuellement à 62,4% et de paliers 2 à 31,7% [28].

Il est difficile de comparer la population de médecins généralistes étudiée à la population générale mais en 2015, 72,1% des français se sont fait délivrer sur ordonnance au moins un antalgique toute classe confondue, dont 59,9% un palier 1 de type paracétamol et 18,2% un antalgique opioïde [29]. Il n'est pas comptabilisé dans cela les antalgiques de paliers 1 vendus sans ordonnance.

L'ANSM a procédé entre 2006 et 2015 à un recueil des ventes de boîtes d'antalgiques en France. Il en ressort une baisse de consommation toutes substances confondues mais une forte augmentation de 53% pour le paracétamol due en grande partie à l'arrêt de la commercialisation du dextropropoxyphène en 2011. A noter que le paracétamol est le médicament le plus vendu en France [30].

Nous avons cherché à connaître les raisons pouvant conditionner l'augmentation de cette consommation d'antalgiques chez les médecins. Mis à part bien sûr le fait de douleurs non soulagées et gênant les capacités à se mouvoir, raisons les plus fréquemment mentionnées, il est rapporté chez plus de 40% d'entre eux le fait de répondre aux besoins des patients. Pour corroborer cela, en commentaires, certains évoquent pouvoir augmenter leur consommation afin d'assurer leur journée de travail car leur situation professionnelle ne leur permet pas de s'arrêter. Comme retrouvé dans plusieurs travaux de thèse [1] [4], cela montre les difficultés

de prise en charge d'un médecin lorsqu'il est lui-même confronté à un problème de santé, inhérentes à la profession.

### **c – Auto-prescription non médicamenteuse**

Afin de soulager leurs douleurs, un peu moins de la moitié des médecins se sont déjà auto-prescrit des techniques antalgiques et substances non médicamenteuses. Si l'on compare avec la consommation d'antalgiques, on constate une certaine analogie. Cela montre que pour une analgie, les répondants ne se tournent pas uniquement vers les médicaments.

Les techniques les plus utilisées sont l'ostéopathie et la kinésithérapie, peut-être dû à leur accessibilité et aussi par le fait qu'elles traitent les maux retrouvés les plus fréquemment chez l'adulte jeune que sont les rachialgies, et les atteintes arthrosiques et rhumatismales chez les personnes de plus de 65 ans [31].

D'ailleurs, nous constatons que les médecins présentant des antécédents nécessitant la prise d'antalgiques prennent en charge leur douleur par le biais de techniques non médicamenteuses de façon significativement plus importante que les autres.

Nous pouvons nous poser la question de savoir si ces médecins seraient également plus prescripteurs de ces techniques non médicamenteuses à leurs patients. Malheureusement nous n'avons pas anticipé cette question lors de l'élaboration de notre questionnaire ce qui ne permet pas d'y répondre.

## **C – Auto-prescription**

### **a – Les modalités**

L'auto-prescription est majoritaire dans l'ensemble des études portant sur ce thème. Dans plusieurs d'entre elles, elle est même quasi systématique [1] [4] [32] pour des situations aiguës et même chroniques. Une méta-analyse de 27 études évaluant l'auto-médication chez les médecins et les étudiants en médecine retrouve dans 76% des enquêtes un auto-traitement dans plus de 50% des cas [33]. Si nous ajoutons à cela que les antalgiques de palier 1 et 2 sont les médicaments les plus vendus en France [15], cela peut expliquer que plus de 90% des médecins de notre échantillon pratiquent l'auto-prescription d'antalgiques. Parmi eux, 57,5%

s'auto-prescrivent des paliers 1 au moins trois fois par an et 38,5% des paliers 2 au moins une fois par an. Même s'il l'on ne peut pas comparer exactement avec les études réalisées par G. Labeille [3] et R. Legris [19] sur l'auto-prescription du fait de questions posées différemment, nous constatons tout de même une certaine similitude dans les résultats notamment en ce qui concerne les paliers 2 avec respectivement 27,6% sur l'année écoulée et 40,4% sans limitation de durée. Les paliers 1 n'ont pas été spécifiquement étudiés dans ces études.

Cette auto-prescription débute dès l'internat comme nous le montre L. Simon en 2016 dans sa thèse sur l'automédication des internes. Elle retrouvait une automédication ou auto-prescription de paliers 1 de l'ordre de 90%, de paliers 2 à 36% et de paliers 3 à hauteur de 0,8% [5]. Ces résultats très similaires aux nôtres renforcent également le fait de n'avoir pas retrouvé de lien entre l'âge et l'auto-prescription d'antalgiques.

### **b – Les raisons**

Les principales raisons évoquées par les médecins concernant l'auto-prescription d'antalgiques sont majoritairement qu'ils s'estiment capables de gérer eux-mêmes leurs douleurs mais aussi une facilité d'accès à l'ordonnance. Dans une moindre mesure, on retrouve un manque de temps de consulter un confrère et le fait de ne pas vouloir le déranger. Enfin certains éprouvent une gêne à aller consulter un tiers. On retrouve ces réponses de façon quasi similaires dans des études portant sur la prise en charge des problèmes de santé par les médecins eux-mêmes, sur l'automédication et l'auto-prescription [1] [19] [5]. Que ce soit pour une symptomatologie douloureuse ou une autre pathologie, les médecins pratiquent donc majoritairement l'auto-prescription tant qu'ils s'estiment capables de gérer leur pathologie. De façon très marginale, certains médecins de notre échantillon font également part du fait que l'auto-prescription leur permet d'obtenir le remboursement de ces médicaments pour des troubles bénins.

### **c – Le respect des bonnes pratiques d'usage**

L'accès à l'ordonnance peut induire une auto-prescription ne respectant pas les règles d'usage des antalgiques. Cependant, il ressort de notre étude que 88% des médecins obéissent à ces bonnes pratiques. Ces résultats sont tout à fait comparables avec ceux de R. Legris [19] qui étudiait uniquement les paliers 2 et de L. Simon [5].



Certaines pratiques retrouvées peuvent relever du mésusage comme la recherche d'un des effets secondaires du médicament, pour la gestion du stress ou pour atténuer la fatigue. Ces utilisations concernent une extrême minorité des médecins, cependant l'un d'eux évoque une dépendance aux antalgiques de paliers 2. Le mésusage est un risque pouvant évoluer vers l'addiction. Ce risque existe dans la population générale mais est ici facilité par l'auto-prescription.

Sans que cela ne s'avère significatif ( $p=0,1$ ), nous avons pu relever un ratio de 2 hommes pour 1 femme dans le non respect des recommandations usuelles. Cette observation évoque une analogie avec les consommations à risque de la population générale [34].

Il est ressorti en commentaires libres un exemple grave de mésusage qui témoigne que l'auto-prescription d'antalgiques opioïdes peut être un risque.

## **D - Conséquences de l'auto-prescription**

### **a – Sur le diagnostic**

Les médecins pensent le plus souvent pouvoir être épargnés par la maladie [33] ou se refusent à l'envisager. L'autodiagnostic et l'auto-prescription sont très développés, qu'importe l'âge. Les douleurs ont tendance à être négligées et minimisées n'étant que des symptômes [35] mais celles-ci peuvent être annonciatrices d'une pathologie. Cependant, peu de médecins interrogés ont déjà été confrontés à un retard, une erreur ou une absence de diagnostic par auto-prise en charge. Parallèlement à cela, il aurait été intéressant de savoir s'ils pensaient pouvoir y être confronté du fait de l'auto-prescription. Comme suggérer dans l'étude sur « *Les médecins, des patients pas comme les autres* » de Gay-Portalier, le statut et les connaissances du médecin semblent être un non avantage dans sa prise en charge [36] du fait d'un non respect du parcours de soin classique.

### **b – Sur l'hétéro-prescription**

A la différence de la prise en charge d'autres symptômes, la douleur est propre à chacun. Pour des maux similaires, certains vont avoir tendance à minimiser, à supporter et d'autres à sur-exprimer ce qui peut rendre délicat la prescription d'antalgiques. En matière d'auto-

prescription d'antalgiques, la prise en charge de la douleur est de ce fait plus objective. Le fait de s'auto-prescrire certains médicaments peut influencer l'hétéro-prescription, plus de 20% des médecins le pense et évoquent notamment pour cela les habitudes d'auto-prescription et les effets indésirables déjà ressentis. Dans une étude de 1989 sur l'auto-médication des médecins généralistes, 75% d'entre eux ayant testé une molécule modifiaient leur opinion sur celle-ci et leurs prescriptions notamment concernant la tolérance et l'efficacité [37].

Nous constatons également qu'à situations similaires, plus de 70% des médecins s'auto-prescrivent moins d'antalgiques qu'ils n'en prescriraient à leurs patients. Que ce soit pour la prise en charge des douleurs ou d'autres pathologies, les médecins attribuent plus d'importance à la maladie qu'aux symptômes. En découle une auto-prescription moindre, contrairement aux patients qui quant à eux, consultent pour soulager leurs symptômes. Plusieurs observations de la thèse de J. Chapusot-Filipozzi en témoignent. En effet, celui-ci montre un délai de prise en charge plus long que ceux des patients, une attitude plus attentiste, une faculté à relativiser ou encore une minimisation des symptômes [38]. Il apparaît même dans un article publié dans *Impact Médecine* en 2003 que 81% des médecins ne s'accorderaient pas d'arrêt de travail alors qu'il le ferait pour leurs patients [25]. Les obligations de la profession libérale peuvent également expliquer une partie de ces réponses. A l'inverse, parfois des médecins s'auto-prescrivent d'emblée des antalgiques de paliers 3 pour des symptômes tels que des douleurs dentaires ou des céphalées. Il semble peu probable qu'ils en fassent de même pour leurs patients dans ces cas.

## **E – Encadrement de l'auto-prescription**

Comme en témoigne le Dr Jouan installé depuis 2015 dans l'état du Queensland en Australie, les prescriptions à soi-même ou à sa famille peuvent être interdites [23]. Dans ce même pays, l'état de Victoria a interdit l'auto-prescription d'hypnotiques et d'antalgiques opioïdes en 1995 [39]. Il ressort d'une étude de 2005 que cette interdiction n'a fait que déplacer le problème. En effet, les médecins désireux de se procurer ces médicaments les obtenaient via leurs confrères ou par le biais d'ordonnances faites à d'autres personnes [40].

Dans plusieurs pays comme le Royaume-Uni, les Etats Unis, le Canada ou encore la Belgique [12] [41], les équivalents au conseil de l'ordre préconisent une auto-prescription limitée et

mesurée. En France, le conseil national de l'Ordre appelle dans son rapport de 2008, à une limitation intelligente de l'auto-prise en charge et de l'auto-prescription [14].

Au vu de cela, nous voulions savoir si les médecins seraient favorables à un encadrement plus strict de l'auto-prescription plus spécifiquement pour les antalgiques opioïdes et les stupéfiants. Ils sont 43,2% à avoir répondu favorablement à cela sans différence significative en rapport à l'âge et au sexe. En comparaison, ils étaient 33,8% favorables à une limitation d'auto-prescription pour les médicaments à risque addictogène dans l'étude de G. Labeille [3] et 30% dans l'étude de C. Stepowski [20]. Cela peut témoigner d'une sensation de dangerosité à l'addiction des antalgiques opioïdes ou au besoin de consulter un médecin tiers en cas de nécessité de prise de ce type de médicaments.

La prescription d'opioïdes ou de stupéfiants nécessite une réévaluation du traitement régulière, une évaluation du risque d'addiction, de mésusage [42] et de dépendance [43], ce qui est peu aisé en cas d'auto-prescription. Cependant la consommation de ce type de médicaments, comme nous avons pu le voir, concerne une minorité de médecins et ce de façon le plus souvent ponctuelle. Un seul participant de l'étude évoquait une dépendance. Il serait néanmoins important de détecter ces médecins pratiquant une auto-prescription à risque de mésusage et de surconsommation. Le pharmacien pourrait ici jouer un rôle d'alarme, mais son lien professionnel avec le médecin le place dans une position délicate.

Comme l'évoque un des médecins en commentaires libres : « Si un médecin abuse de paliers 2 ou 3, il doit avoir d'autres problèmes que ses douleurs seules. Dans ce cas, s'il travaille en groupe, ses confrères doivent faire la démarche d'aller vers lui ». La bienveillance et la confraternité ont toute leur place dans ces situations. Cela nous incite à dire que les médecins doivent être vigilants à la santé de leurs collègues et discuter de leurs difficultés comme ils discutent ensemble de cas de patients. Dans la majorité des études déjà réalisées sur le sujet, la mise en place d'une structure de prévention, d'aide, de suivi et une amélioration de l'offre de soins dédiées à la profession [3] [4] [5] seraient privilégiées afin d'améliorer la prise en charge du médecin et limiter l'auto-prescription. Ils sont 80% à être favorables à la création d'un programme de médecine préventive pour les médecins libéraux d'après l'enquête réalisée par le Conseil départemental de l'Ordre des Médecins de Seine maritime en 2008 ce qui conduira à la création de ce service en 2010 [35]. Ce projet n'a perduré qu'une année faute de financement mais surtout, contrairement aux résultats de l'étude, par manque d'enthousiasme de la part des médecins libéraux qui n'ont été qu'une cinquantaine à consulter

[44]. Vue la majoration de l'auto-prescription et de la consommation de médicaments chez les médecins ayant des antécédents, il serait intéressant de cibler ces médecins peut être plus fragiles, plus à risque et donc plus à aider. La difficulté réside dans le fait d'une acceptation d'un suivi de leur part.

D'après les remarques qui ressortent de notre étude, si des mesures d'encadrement de l'auto-prescription étaient mises en place en France et ce, même uniquement pour certaines molécules, une majorité de médecins s'y opposeraient sous couvert de toujours plus de contraintes.

## CONCLUSION

---

Chaque individu est confronté au symptôme douleur, c'est même l'un des motifs de consultation parmi les plus fréquents en médecine générale. Les antalgiques sont par conséquent les médicaments les plus consommés et les plus prescrits en France. Les médecins ne font, bien entendu, pas exception à cette règle et leur statut leur permet en cas de symptôme algique de pratiquer l'auto-prescription, ce qu'ils font en grande majorité.

Dans ce contexte, l'objectif principal de notre étude était d'analyser les pratiques d'auto-prescription d'antalgiques chez les médecins généralistes des Hauts-de-France.

Conformément à notre hypothèse de départ, cette étude nous a permis de valider une auto-prescription d'antalgiques grandement majoritaire chez les médecins généralistes avec plus de 90% d'entre eux qui la pratiquent et ce peu importe l'âge, le sexe ou la formation. Pour cela, ils évoquent une capacité à gérer eux même leurs douleurs et une facilité d'accès à l'ordonnance.

Leur consommation d'antalgiques est principalement ponctuelle. Elle concerne 85,6% des médecins pour les paliers 1 et 27,3% d'entre eux pour les paliers 2. L'auto-prescription de techniques non médicamenteuses telles que la kinésithérapie ou l'ostéopathie concerne quant à elle moins d'un médecin sur 2, probablement du fait d'un manque de temps et d'un manque d'intérêt pour ce type de prise en charge.

Le principal facteur influençant de façon significative l'auto-prescription est la présence d'antécédents avec algies chroniques qui majore l'auto-prescription, la consommation de paliers 1 et 2 ainsi que le recours aux méthodes antalgiques non médicamenteuses.

Pour ce qui est du rapport au patient, 77,8% des médecins considèrent que leur auto-prescription n'influe pas sur l'hétéro-prescription et ils sont dans le même temps, 71,2% à s'auto-prescrire moins d'antalgiques qu'ils ne le feraient pour leurs patients.

La méthodologie de l'étude a permis un taux de réponses intéressant mais entraîne des biais de recrutement et d'échantillonnage avec une population étudiée plus jeune que la population

générale des médecins libéraux des Hauts-de-France. Malgré cela, nous avons pu remarquer que l'âge n'est pas un facteur influençant l'auto-prescription.

En grande majorité, les médecins s'auto-prescrivent des antalgiques tant qu'ils s'estiment capables de gérer leurs pathologies avant de se tourner vers un confrère.

On constate une consommation d'antalgiques dans un respect global des recommandations usuelles avec une notion de mésusage très marginale qu'il faudrait pouvoir cependant détecter afin d'éviter les dérives. Malgré les rares cas de mésusage rapportés dans notre étude, nous pensons qu'un travail par questions directes est peu contributif pour étudier ce sujet. Il serait donc intéressant de réaliser un travail portant sur le déclaratif des médecins en rapport avec leurs expériences, leur vécu, leur carrière et les constats chez leurs collègues et confrères. De même qu'une étude qualitative ciblant les médecins ayant des antécédents amenant à des douleurs chroniques apporterait plus d'explications sur leur prise en charge, leur parcours de soin et les éventuels problèmes liés à la prise médicamenteuse.

Enfin, il ressort parmi la population étudiée une opposition à un cadre légal plus strict sur l'auto-prescription d'antalgiques opioïdes.

Au final, notre étude révèle « la fragilité du personnage de médecin de famille, indestructible mais à la fois humain tout simplement », comme cité par l'un des participant. Il semble important d'être attentif et bienveillant avec ses collègues et oser soi-même se tourner vers eux.

## BIBLIOGRAPHIE

---

- 1 – BOUCHE C. *Comment se prennent en charge les médecins lorsqu'ils sont eux mêmes confrontés à un problème de santé?*. Étude au sein des centres hospitaliers généraux du Nord-Pas-de-Calais. Thèse Med : Faculté de Médecine Henri Warembourg de Lille. 2015.
- 2 – GALLICE L. *La santé des médecins généralistes libéraux français*. A partir d'une étude de la littérature de 2003 à 2013. Thèse Med : Université de Toulouse III Faculté de médecine et de pharmacie. 2014.
- 3 – LABELLE G. *Etude de l'auto prescription médicamenteuse chez les médecins généralistes de Rhône Alpes*. Thèse Med : Université Claude Bernard - Lyon I. 2013.
- 4 – MACHUELLE L. *Comment les médecins généralistes du Nord-Pas-De-Calais prennent-ils en charge leurs problèmes de santé ?*. Thèse Med : Université Lille II, faculté de médecine Henri Warembourg. 2015.
- 5 – SIMON L. *Les internes sont-ils conscients des risques de leur automédication?*. Thèse Med : Faculté de Médecine Paris Descartes. 2016.
- 6 – CFAR. *Dis doc, t'as ton doc?*. Campagne nationale pour changer le modèle culturel des médecins. 2017.
- 7 – WHAT'S UP DOC ? Le magazine des jeunes médecins. *Un médecin ça se soigne tout seul*. 06/06/2017.
- 8 – DESPRES P, GRIMBERT I, LEMERY B, BONNET C, AUBRY C, COLIN C. *Santé physique et psychique des médecins généralistes. Etude et résultats*. DREES. Juin 2010. n°731.
- 9 – CNOM. *Liberté de prescription*. Article 8
- 10 – DE VILLELONGUE C. *Les pratiques d'automédication chez les internes en médecine générale d'Île de France en 2008-2009*. Thèse Med : Université Paris Descartes. 2010.

- 11 – OXTOBY K. *Doctor's self prescribing*. BMJ Careers 2012. 344 : e13. 10/01/2012
- 12 – RICHER S. *Le médecin de famille devrait-il se traiter lui-même ou non?* Can Fam Physician. 2009. 55(8): 784–785.
- 13 – AMA. « *Can i prescribe?* ». 14/10/2013
- 14 – BIENCOURT M, BOUET P, CARTON M, CRESSARD P, FAROUDJA JM, LUCAS J, MONTANE F, MOULARD JC, LERICHE B. *Le médecin malade*. Rapport de la Commission nationale permanente adopté lors des Assises du Conseil national de l'Ordre des médecins. 2008.
- 15 – ANSM. *Analyse des ventes de médicaments en France en 2013*. 06/2014
- 16 – CNS. *Projet de programme national douleur 2013-2017*. Avis du 17/09/2013.
- 17 – BOUET P., RAULT JF., LEBRETON-LEROUVILLOIS G. CNOM. *Atlas de la démographie médicale en France*. Situation au 1<sup>er</sup> Janvier 2016.
- 18 – MERLO, LISA J, MPE, SINGHAKANT, SUPACHOKE MD, CUMMINGS, SIMONE M, COTTLER, LINDA B. *Reasons for misuse of prescription medication among physicians undergoing monitoring by a physician health program*. MPH Journal of Addiction Medicine. 10/2013. Volume 7. Issue 5. 349:353.
- 19 – LEGRIS R. *L'auto prescription des antalgiques de palier II chez le médecin généraliste*. Thèse Med : Faculté de médecine de Grenoble. 2014.
- 20 – STEPOWSKI C. *L'auto prescription médicamenteuse des médecins généralistes et ses déterminants en Haute Normandie*. Thèse Med : Université de Rouen. 2011.
- 21 – SUTY R. *Attitude des médecins généralistes envers leur propre santé*. Thèse Med : Université Henri Poincaré de Nancy. 2006.
- 22 – DREES. *Santé physique et psychique des médecins généralistes*. n°731. 2010.
- 23 – ROUX C. *Quand le médecin est un patient malgré lui*. Revue le Généraliste. N° 2797. 19/05/2017
- 24 – CNOM. *Titres et mentions autorisés sur les plaques et ordonnances*. 06/2017.



- 25 – IMPACT MEDECIN n°29. 07/03/2003. p26.33. ISSN. 1635.3420.
- 26 – CAUCHARD L, COURTET P. *La médecine peut-elle nuire à la santé des médecins ? Correspondance en onco-hématologie. Avril-mai-Juin 2011. Vol VI. N°2. 106:110.*
- 27 – GILLARD L. *La Santé des généralistes. Thèse Med : Université Paris Descartes. 2006*
- 28 – LE BRETON-LEROUVILLOIS G sous la direction du Dr MOURGUES JM. Commission jeunes médecins – Section santé publique et démographie médicale. *La santé des étudiants et jeunes médecins. 2016*
- 29 – OFMA. *Baromètre de délivrance des antalgiques. Population générale. 2015*
- 30 – HIDER-MLYNARZ K, COURALIE P, MAISON P. *Trends in analgesics consumption in France over the last 10 years and comparaison of patterns accross europe. British journal of clinical pharmacology. 06/05/2018.*
- 31 – Dr REBECCA O’HAYON N, Dr ESCHER M. *Self médication with analgesics: what are the risks ? Revue Med Suisse. 2010. 6:1338-41.*
- 32 – LEVASSEUR G, SCHWEYER FX. *Priorités et programmes régionaux de santé : Enquête auprès des médecins généralistes enseignants de Bretagne. Santé publique 2003. Vol 15. N°3. 359-368.*
- 33 – MONTGOMERY A, BRADLEY C, ROCHFORT A, PANAGOPOULOU E. *A review of self-medication in physicians and medical students Medicine. 2011. vol 61. n°7. 490:497.*
- 34 – OFDT. *Les usages de drogue féminins. 03/2019*
- 35 – CDOM de Seine Maritime. *Enquête sur la santé des médecins généralistes de Haute Normandie. 12/2008.*
- 36 – GAY-PORTALIER. *Les médecins, des patients comme les autres ? . Etude qualitative de 15 médecins en Rhône Alpes. Thèse Med. Université Lyon. 2001.*
- 37 – MAHEU E. *L’Automédication des médecins. Prescrire. 11/1989. Tome 9. N° 90.*
- 38 – CHAPUSOT –FILIPOZZI J. *Attitude du médecin généraliste dans la prise en charge*

*de sa santé. Au près de 15 médecins généralistes lorrains. Thèse Med : Université de Lorraine – Faculté de Médecine de Nancy. 2012.*

**39 – STATE GOVERNMENT OF VICTORIA. *Drugs, Poisons and Controlled Substances Regulations 2006* Version 010.S.R.No.57/2006. 16/06/2011.**

**40 – KEY, DELMAR, MITCHELL. *Does legislation reduce arms to doctors who prescribe for themselves?.* 2005.**

**41 – CNOM Belges. *Prestation médicale d'un médecin prodiguée à lui-même.* Bulletin 147. 20/09/2014.**

**42 – SFETD. *Mésusage et addiction aux antalgiques.* 2016**

**43 – FALLET C. *L'addiction aux antalgiques, repérer et évaluer le risque de mésusage.* Le Quotidien du médecin. N° 9565. 20/03/2017**

**44 – DONNET M. *Doctor's blues ou le burnout des médecins.* 2016**

# ANNEXES

## 1. QUESTIONNAIRE

1 - Age : .....

Sexe :  F  M

2 - Etes-vous votre propre médecin traitant :

a. au sens de l'assurance maladie ?  Oui  Non

b. au sens « médical » du terme ?  Oui  Non

3 - Avez-vous une formation complémentaire concernant la prise en charge de la douleur ?

Oui  Non Si oui, laquelle? .....

4 - Présentez-vous des antécédents nécessitant une prise d'antalgiques de façon régulière ?

Oui  Non

5 - Avez-vous parfois recours à un médecin autre que vous pour la prise en charge de vos douleurs ?

Oui  Non

6 - Pratiquez-vous l'auto-prescription d'antalgiques?

Oui  Non (*Passez à la question 9*)

7 - Si oui, quels antalgiques et selon quelles modalités? (Cochez les cases correspondantes)

	Jamais	1 à 2 fois par an	3 à 6 fois par an	Plus de 6 fois par an
Paliers 1				
Paliers 2				
Paliers 3				

En cas d'auto-prescription de palier 3, pouvez-vous en préciser l'indication ?

.....

8 - Pour quelles raisons vous auto-prescrivez-vous des antalgiques? (plusieurs réponses possibles)

- par facilité d'accès à l'ordonnance
- par manque de temps pour consulter un tiers
- pour ne pas déranger un confrère
- par pudeur et gêne du regard d'un confrère
- car jusqu'à présent j'ai toujours pu gérer seul ma douleur
- autre(s): .....

9 - Comment estimez-vous votre consommation d'antalgiques ?

	Jamais	Ponctuelle ( $\leq$ 1/semaine)	Régulière ( $>$ 1/semaine)	Chronique (quotidiennement)
Paliers 1				
Paliers 2				
Paliers 3				

**10 - Quelles sont pour vous les raisons pouvant conditionner (plusieurs réponses possibles):**

- a. l'augmentation de votre consommation d'antalgiques ?
- la douleur insuffisamment soulagée
  - la douleur physique gênant le fait de se mouvoir
  - la douleur gênant la capacité intellectuelle (ex : céphalées)
  - le besoin de travailler afin de répondre aux besoins des patients
  - le besoin de travailler d'un point de vue financier
  - autre(s):.....
- b. la diminution ou la non utilisation de votre consommation d'antalgiques ?
- l'altération de la capacité intellectuelle
  - l'altération de la vigilance
  - d'autres effets secondaires indésirables
  - un manque d'intérêt de traiter la douleur car ce n'est qu'un symptôme
  - autre(s) :.....

**11 - Vous est-il déjà arrivé de vous auto-prescrire des antalgiques pour une utilisation ne répondant pas aux recommandations usuelles? (plusieurs réponses possibles)**

- Non
- Oui, en débutant en première intention par un antalgique de palier supérieur
- Oui, en associant deux antalgiques de même palier
- Oui, en cas de stress ou d'anxiété
- Oui, à la recherche d'un effet euphorisant
- Autre(s) :.....

**12 - L'auto-prescription d'antalgiques vous a-t-elle déjà amené :**

- a. à un retard de diagnostic ?  Oui  Non
- b. à une erreur diagnostique ?  Oui  Non
- c. à une absence de diagnostic ?  Oui  Non
- d. à une dépendance ?  Oui  Non

**13 – Avez-vous déjà eu recours à une auto-prescription non médicamenteuse pour l'antalgie?**  
(Plusieurs réponses possibles)

- Oui,  Kinésithérapie  Ostéopathie  Hypnose  
 Sophrologie / Relaxation  Acupuncture  Homéopathie  
 Phytothérapie  Autre(s):.....

Si oui, pour quelle indication :

.....

- Non

**14 - Votre auto-prescription d'antalgiques influence-t-elle les prescriptions faites à vos patients ?**

- Oui
- Non

Si oui, dans quelle mesure ?

.....

**15 – A situations similaires, comment considérez-vous votre auto-prescription d'antalgiques par rapport à la prescription faite aux patients ?**

- Inférieure
- Identique
- Supérieure

**16 - Pensez-vous qu'un encadrement plus strict devrait être mis en place sur l'auto-prescription de certains médicaments notamment les opioïdes et les stupéfiants ?**

- Oui
- Non

Commentaires :.....  
.....

**Commentaires libres :**

.....  
.....  
.....  
.....

## **2 : DEFINITIONS**

**Douleur :** Selon l'*Organisation mondiale de la santé* (OMS), la douleur est une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable en réponse à une atteinte tissulaire réelle ou potentielle ou décrite en ces termes.

**Antalgique :** Un antalgique ou analgésique supprime ou atténue la douleur par action périphérique et/ou centrale sans provoquer de perte de conscience. L'OMS a défini 3 paliers d'antalgiques, les palier I que sont les antalgiques périphériques non opioïdes (ou non morphiniques), les paliers II que sont les antalgiques morphiniques faibles ou et les paliers III que sont les antalgiques morphiniques forts.

**Antalgiques de paliers 1 :** Les antalgiques non morphiniques ou non opioïdes regroupent l'ensemble des médicaments symptomatiques des douleurs dont le mécanisme d'action est indépendant des récepteurs opioïdes d'où leur ancienne dénomination « d'antalgiques périphériques ». Ils sont représentés par les antalgiques antipyrétiques (paracétamol), les antalgiques antipyrétiques et anti-inflammatoires (aspirine, AINS) et les antalgiques purs (nefopam).

**Antalgiques de paliers 2 :** Aussi appelés antalgiques opioïdes « faibles » et utilisés pour des douleurs modérées non soulagées par les antalgiques de paliers 1 (niveau 2 OMS - inscription sur liste I). Ils sont représentés par des médicaments ayant pour principe actif, la codéine, le tramadol ou encore la poudre d'opium. Ils ont une action synergique avec les paliers 1 et peuvent y être associés.

**Antalgiques de paliers 3 :** Aussi appelés antalgiques opioïdes « forts » et utilisés pour des douleurs modérées à fortes non soulagées par des antalgiques de paliers 2 (niveau 3 OMS – stupéfiants - prescription sur ordonnance sécurisée). Ils sont représentés principalement par la morphine et ses dérivés.

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

# AUTO-PRESCRIPTION D'ANTALGIQUES CHEZ LES MEDECINS GENERALISTES DES HAUTS-DE-FRANCE

---

**Introduction :** La douleur est un des principaux motif de consultation en médecine générale et un enjeu de santé publique. Les médecins n'échappent pas à ce symptôme et se prennent souvent en charge seuls amenant à une auto-prescription d'antalgiques. L'objectif de notre étude était d'évaluer les pratiques d'auto-prescription d'antalgiques chez les médecins généralistes des Hauts-de-France.

**Matériel et méthodes :** Nous avons réalisé une étude épidémiologique descriptive quantitative du 2 Février au 2 Avril 2018. Elle s'adressait aux médecins généralistes des Hauts-de-France par le biais d'un questionnaire envoyé par mail et anonymisé. Nous avons pu recueillir 257 réponses valides.

**Résultats :** L'auto-prescription d'antalgiques tous paliers confondus était pratiquée par 90,6% des médecins sans influence de l'âge ou du sexe. Ils étaient 65,4% à évoquer une capacité à gérer seuls leurs douleurs. Les recommandations usuelles étaient respectées dans 88% des cas et 93,7% n'avaient jamais eu à faire face à des conséquences néfastes de leur auto-prescription. La présence d'antécédents majorait la consommation et l'auto-prescription d'antalgiques. 22,2% des médecins mentionnaient une influence de celle-ci sur leur hétéro-prescription et 71,2% estimaient s'auto-prescrire moins d'antalgiques qu'ils ne le feraient pour leurs patients. Enfin, 66,8% des médecins interrogés refusaient un encadrement plus strict de l'auto-prescription d'antalgiques opioïdes.

**Discussion :** Nos résultats sont comparables avec d'autres études réalisées sur le sujet malgré une population jeune. La présence d'antécédents causant des douleurs chroniques représente le principal facteur influençant l'auto-prescription d'antalgiques. Cette pratique présente des risques notamment en terme de mésusage mais il apparaît difficile d'imaginer une modification des règles de prescription.

**Conclusion :** L'auto-prescription d'antalgiques est une pratique très courante, le plus souvent raisonnée et intervenant dès le début de la pratique médicale. Malgré tout, le médecin doit savoir se tourner vers un confrère en cas de besoin et aussi être attentif envers eux.

**Mots clés :** douleur, antalgiques, auto-prescription, médecine générale, mésusage