



HAL
open science

Le médecin généraliste face à la falsification des documents médicaux en Aquitaine

Aïssatou Bah

► **To cite this version:**

Aïssatou Bah. Le médecin généraliste face à la falsification des documents médicaux en Aquitaine. Médecine humaine et pathologie. 2019. dumas-02444255

HAL Id: dumas-02444255

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02444255>

Submitted on 17 Jan 2020

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.

U.F.R. DES SCIENCES MÉDICALES

Année 2019

Thèse n° 175

Thèse pour l'obtention du
DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement

Le 02/12/2019

Par BAH Aïssatou

Née le 02 Février 1990 à Timbi-Madina

**Le médecin généraliste face à la falsification des
documents médicaux en Aquitaine.**

Directeur de thèse

Docteur Ahmed YAOGO

Membres du Jury

Monsieur le Professeur Fabrice BONNET	Président
Monsieur le Professeur Philippe CASTERA	Rapporteur
Monsieur le Docteur Yves MONTARIOL	Juge
Madame le Docteur Christèle BLANC-BISSON	Juge
Monsieur le Docteur Ahmed YAOGO	Directeur

Remerciements

Monsieur le Professeur Fabrice BONNET, vous avez accepté sans hésitation de présider le jury de cette thèse. Je vous remercie de l'intérêt que vous portez à ce sujet et de l'enseignement que vous m'avez apporté durant mon passage dans votre service. Veuillez recevoir, Monsieur le Professeur, l'expression de ma profonde gratitude.

Monsieur le Professeur Philippe CASTERA, vous avez accepté de réaliser le rapport de cette thèse et de siéger au sein du jury. Je vous remercie de vos conseils et critiques instructives sur mon travail. Merci également pour votre dynamisme à promouvoir la médecine générale.

Monsieur le Docteur Yves MONTARIOL, Je vous remercie d'avoir accepté de participer à ce jury et je vous remercie également de votre investissement dans la formation des futurs médecins généralistes.

Madame le Docteur Christèle BLANC-BISSON, je te remercie d'avoir accepté d'être membre du jury et pour toutes tes conseils et les moments chaleureux passés aux urgences de Blaye.

Monsieur le Docteur Ahmed YAOGO, je te remercie infiniment d'avoir accepté de diriger cette thèse et aussi pour ton aide, ta disponibilité et tes conseils précieux tout au long de ce travail.

Je remercie tous les maitres de stage ayant participé à la réalisation de ma thèse, en m'accordant leur temps.

Merci aux Docteur Brigitte SENAND et Docteur Guy LALLEMAND pour votre encadrement lors de mon stage auprès de vous. Vous avez éveillé puis encouragé ma passion pour la médecine générale.

À toute ma famille, la liste est longue mais particulièrement,
À Blandine LAMAISON et Josette DUFOUR. Cette thèse, je vous la dédie car sans vous je ne serais pas là où je suis aujourd'hui. Je vous remercie pour votre soutien et votre confiance tout au long de ces années. Veuillez accepter toute ma gratitude et mon éternelle reconnaissance,

À Christian et Lydia CHAIZE, je vous remercie d'avoir cru en moi et de m'avoir soutenue,

À ma grand-mère maternelle Mariama sadio Souaré, à mes tantes Fatou, Baillo, à Mariama, à Blaise et Jean Baptiste et à ma grande famille Lamaison, je vous remercie de l'amour que vous m'avez apporté,

Mais aussi à tous ceux qui ont suivi de près ou de loin mon parcours et à tous ceux que j'ai involontairement oublié,

Au club Soroptimist de Fontainebleau et Soroptimist International. À qui je réitère mon plus profond souhait d'aider d'autres femmes à atteindre leurs objectifs comme vous l'avez fait pour moi,

À Julien DIAS « Mamour », mon plus fidèle lecteur et correcteur, que je remercie pour son amour son soutien sans faille, sa patience et ses conseils bienveillants tout au long de ce travail. Je t'aime plus que tout,

À ma belle famille, Maria, Antonio, Guillaume et Alexandra DIAS. Que je merci pour leur accueil chaleureux,

À Merveille YAKO et Stéphanie SIGNOU, mes amies de toujours, ces années n'auraient pas été les même sans vous les filles. Merci d'être toujours là quand j'en ai besoin.

À Pauline LEDOUX, la meilleur co-interne du monde : « ton poulet-coco, une tuerie ».

À ceux qui sont partis trop tôt et que je n'oublie pas, mes parents Salémata Diallo et Amadou Bah, mon grand-père maternel Mamadou Diao Diallo, Jeanne et Georges Lamaison mes grands-parents d'adoption.

TABLE DES MATIERES

ABREVIATIONS.....	6
TABLE DES TABLEAUX.....	7
TABLE DES FIGURES	8
TABLE DES ANNEXES	8
INTRODUCTION	9
1. Falsification des documents médicaux : définition et épidémiologie.....	9
1.1. Définitions.....	9
1.2. Épidémiologie de la falsification des documents médicaux :.....	10
2. La réglementation	12
2.1. Les règles de rédaction et de délivrance des ordonnances en France	12
2.2. Les certificats médicaux	17
2.3. Risques pour l'usager falsifiant les documents médicaux	18
3. Comment empêcher la falsification des documents médicaux et quels sont les moyens de lutte contre la fraude ?.....	19
4. Question de recherche et objectifs de l'étude	24
4.1. Question de recherche.....	24
4.2. Objectifs.....	24
MATÉRIEL ET MÉTHODE	25
1. Type de l'étude	25
2. Population d'étude, critères d'inclusion et d'exclusion.....	25
3. Élaboration du questionnaire et déroulement de l'enquête.....	25
4. Description du questionnaire	26
5. Description des variables.....	27
6. Analyses des données	27
7. Aspects réglementaires	28
RÉSULTATS.....	29
1. Description de la population	29
1.1. Taux de participation	29
1.2. Caractéristiques démographiques de la population d'étude.....	29
1.3. Le lieu d'exercice des participants.....	30
1.4. Médecins ayant été confrontés à la falsification	30
2. Caractéristiques de la falsification	31
2.1. Types de documents falsifiés	31
2.2. Modalités de falsification.....	31
2.3. Types de médicaments contenus dans les ordonnances falsifiées	32
2.4. Information du médecin sur la falsification	33
2.5. Actions des médecins.....	34
2.6. Réponses des organismes de santé.....	35
2.7. Suggestions et remarques des médecins sur la problématique	35
3. Comparaison des médecins en fonction de la variable à expliquer, test du Chi-2	36
4. Comparaison des médecins en fonction de la variable à expliquer, analyses univariées.....	42

5. Comparaison des médecins en fonction de la variable à expliquer, analyses multivariées par régression logistique	42
DISCUSSION	47
1. Interprétation des résultats de l'étude	47
1.1. Types de documents falsifiés et modalités de falsification.....	47
1.2. Types de médicaments contenus dans les ordonnances falsifiées	47
1.3. Caractéristiques des patients falsifiant les documents médicaux	49
1.4. Information du médecin sur la falsification	50
1.5. Actions des médecins.....	51
1.6. Echange avec les organismes de santé.....	51
2. Limites et forces de notre étude.....	52
2.1. Limites	52
2.2. Forces.....	54
3. Perspectives	55
CONCLUSION	56
BIBLIOGRAPHIE.....	57
ANNEXES	63
SERMENT D'HIPPOCRATE	79
RÉSUMÉ	80
ABSTRACT.....	81

ABREVIATIONS

ALD : Affection de Longue Durée

AME : Aide Médicale d'État

AMM : Autorisation de Mise sur le Marché

ANSM : Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des produits de santé

ARS : Agence Régionale de Santé

CIEP : Centre d'Évaluation et d'Information sur la Pharmacodépendance et l'Addictovigilance

CMU : Couverture Médicale Universelle (remplacée par la protection universelle maladie depuis le 1^{er} janvier 2016)

CLIO : Comité de Liaisons des Institutions Ordinales

CNAM : Caisse Nationale d'Assurance Maladie

CNIL : Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés

CP : Code Pénal

CPS : Carte de Professionnel de Santé

CODAF : Comités Opérationnels Départementaux Anti-Fraude

CSP : Code de Santé Publique

CSS : Code de la Sécurité Sociale

DMG : Département de Médecine Générale

DNLF : Délégation Nationale de Lutte contre la Fraude

DP : Dossier Pharmaceutique

IC 95% : Intervalle de Confiance à 95%

MSA : Mutualité Sociale Agricole

MSU : Maître de Stage Universitaire

RSI : Régime Social des Indépendants

OPEMA : Observation des Pharmacodépendances en Médecine Ambulatoire

OPPIDUM : Observation des Produits psychotropes Illicites ou Détournés de leur Utilisation Médicamenteuse

OR : Odds Ratio

OSIAP : Ordonnances Suspectes, Indicateur d'Abus Possible

URSSAF : Union de Recouvrement des Cotisations de Sécurité sociale et d'Allocations Familiales.

TABLE DES TABLEAUX

Tableau I: Caractéristiques sociodémographiques des médecins ayant été confrontés à la falsification de documents médicaux en fonction de leur connaissance sur la conduite à tenir (Bordeaux ; 2018 ; N=128).....	36
Tableau II: Nombre de falsifications expérimentées en fonction de l'âge des médecins	37
Tableau III: Caractéristiques des patients falsifiant les documents médicaux en relation avec la connaissance des médecins sur la conduite à tenir (Bordeaux ; 2018 ; N=128).....	38
Tableau IV: Caractéristiques de la falsification des documents en relation avec la connaissance des médecins sur la conduite à tenir (Bordeaux ; 2018 ; N=128).....	39
Tableau V: Signalement de la falsification, actions des médecins et des organismes de santé en relation avec la connaissance des médecins sur la conduite à tenir (Bordeaux ; 2018 ; N=128).....	41
Tableau VI: Association entre les caractéristiques sociodémographiques des médecins et leur connaissance sur la conduite à tenir. Analyse univariée et multivariée par régression logistique (Bordeaux ; 2018 ; N=128)	43
Tableau VII: Association entre les caractéristiques des patients falsifiant les documents médicaux et la connaissance des médecins sur la conduite à tenir. Analyse uni variée et multivariée par régression logistique (Bordeaux ; 2018 ; N=128)	43
Tableau VIII: Association entre les caractéristiques de la falsification des documents et la connaissance des médecins sur la conduite à tenir. Analyse univariée et multivariée par régression logistique (Bordeaux ; 2018 ; N=128).....	44
Tableau IX: Association entre le signalement de la falsification, les actions des médecins et la connaissance des médecins sur la conduite à tenir. Analyse univariée et multivariée par régression logistique (Bordeaux ; 2018 ; N=128).....	45
Tableau X: Association entre les caractéristiques de la falsification des documents, le signalement de la falsification et la connaissance des médecins sur la conduite à tenir. Analyse multivariée par régression logistique (méthode stepwise) (Bordeaux ; 2018 ; N=128).....	46

TABLE DES FIGURES

Figure 1: Diagramme de flux des participants.....	29
Figure 2: Répartition du nombre de médecins par tranche d'âge en fonction du sexe.....	30
Figure 3: Documents falsifiés.....	31
Figure 4: Familles des médicaments.....	32
Figure 5: Information du médecin sur la falsification.....	34
Figure 6: Nombre de falsifications expérimentés en fonction de l'âge des médecins.....	37

TABLE DES ANNEXES

Annexe 1: Questionnaire adressé aux maîtres de stage.....	63
Annexe 2: Palmarès des médicaments les plus fréquemment cités entre 2004 et 2009 (source: enquêtes OSIAP 2009) (8).....	69
Annexe 3: Palmarès des médicaments les plus fréquemment cités entre 2009 et 2013 (source: enquêtes OSIAP 2013) (12).....	69
Annexe 4: Palmarès des médicaments les plus fréquemment cités entre 2013 et 2016 (source: enquêtes OSIAP 2016) (3).....	69
Annexe 5: Critères de suspicion des ordonnances entre 2002 à 2006 (source: enquête OSIAP 2006) (5).....	70
Annexe 6: Critères de suspicion des ordonnances entre 2004 à 2009 (source: enquête OSIAP 2009) (8).....	70
Annexe 7: Critères de suspicion des ordonnances entre 2008 à 2012 (source: enquête OSIAP 2012) (11).....	70
Annexe 8: Projet CLIO 2012 (50).....	71
Annexe 9: Suggestions et remarques des médecins.....	72
Annexe 10: Variables issues de l'analyse univariée servant pour l'analyse multivariée.....	74
Annexe 11: Courbe ROC issue du modèle complet avec le tableau de contingence.....	75
Annexe 12: Courbe ROC issue du modèle utilisant les variables issues de la procédure de sélection «méthode stepwise pas à pas».....	77
Annexe 13: Plaquette d'information sur la conduite à tenir en cas de falsification ou vol de documents médicaux.....	78

INTRODUCTION

Lors de mon stage ambulatoire de niveau 1 chez le médecin généraliste à Bordeaux, effectué au 5^{ème} semestre d'internat de médecine générale, mon maître de stage a été confronté à la falsification de plusieurs de ses ordonnances par un de ses patients.

Elle s'est retrouvée démunie sur la conduite à tenir et les démarches à accomplir face à cette situation. Beaucoup de questions en ont résulté comme, par exemple, qui contacter : l'Ordre des médecins, la sécurité sociale ou encore les autorités judiciaires ?

1. Falsification des documents médicaux : définition et épidémiologie

1.1. Définitions

La falsification est définie dans le dictionnaire LAROUSSE comme étant une « action de falsifier, d'altérer, de dénaturer volontairement quelque chose pour tromper » (1).

La falsification des documents médicaux correspond à l'établissement volontaire par altération d'un document authentique. Ce « faux » peut provenir d'un document photocopié, scanné ou encore fabriqué/modifié par ordinateur.

Le terme « ordonnance suspecte » est définie dans les enquêtes OSIAP, comme étant « une ordonnance qui ne répond pas aux caractéristiques réglementaires d'une prescription médicamenteuse » (2).

Elle inclut :

- ✓ Les fausses ordonnances, ce sont des ordonnances falsifiées proprement dites, c'est à dire fabriquées sur ordinateur, photocopiées ou scannées par l'utilisateur.
- ✓ Les ordonnances volées.
- ✓ Les ordonnances modifiées, c'est à dire celles rédigées sur une ordonnance valide, mais modifiée ultérieurement (par l'ajout d'un médicament ne figurant pas initialement, par la modification de la posologie ou de la durée du traitement) ;
- ✓ Les prescriptions manifestement anormales ne rentrant pas dans les trois premières catégories, pouvant inclure par exemple des prescriptions de complaisance ou des ordonnances non conformes (règles de prescription manquantes).

1.2. Épidémiologie de la falsification des documents médicaux :

La falsification des ordonnances fait l'objet d'une surveillance en France par le Centre d'Évaluation et d'Information sur la Pharmacodépendance et l'Addictovigilance (CIEP) de Toulouse grâce à l'outil OSIAP. Il est alimenté par les réseaux sentinelles des pharmaciens d'officine (Bordeaux, Caen, Grenoble, Lille, Lyon, Marseille, Montpellier, Nancy, Nantes, Paris et Toulouse). Il s'agit d'enquêtes pharmaco-épidémiologiques transversales et nationales.

Depuis 2001, un recueil des données est organisé auprès des pharmaciens à partir d'une enquête nationale réalisée chaque année pendant deux périodes de quatre semaines (la première en mai et la seconde en novembre). Durant cette période, les pharmaciens enregistrent les ordonnances qu'ils considèrent « suspectes » à partir d'un questionnaire collectant :

- ✓ Les caractéristiques démographiques des patients (âge, sexe, situation géographique),
- ✓ Les médicaments concernés,
- ✓ Les critères de suspicion de l'ordonnance.

Un calcul du taux de détournement des médicaments impliqués est réalisé à partir des chiffres de vente. On obtient alors le « palmarès » des médicaments les plus détournés aux niveaux régional et national.

Ce système d'enquêtes détecte les médicaments déjà connus pour leur potentiel de dépendance mais également ceux qui ne sont pas soupçonnés d'abus. Des nouveaux médicaments apparaissent en fonction des années comme c'est le cas du TROPICAMIDE (collyre mydriatique atropinique), apparu dans les enquêtes OSIAP en 2016 (3).

Ce collyre est détourné par voie intraveineuse chez les usagers d'opioïdes dont les effets recherchés sont divers et variés (euphorie, apaisement, hallucinations à forte dose...).

Ces enquêtes permettent donc de déterminer les médicaments les plus détournés de leur usage et de proposer des mesures préventives (par exemple une restriction de prescription).

La synthèse des résultats des enquêtes OSIAP, concernant la France de 2003 à 2016, montre que les principaux médicaments figurant sur ces ordonnances suspectes sont des médicaments du système nerveux central (en moyenne entre 50 et 60%) (2–14).

Dans cette classe de médicaments, les benzodiazépines et apparentées (les anxiolytiques, les hypnotiques et les sédatifs) sont les substances les plus fréquemment retrouvées dans le palmarès des ordonnances suspectes. L'autre catégorie majeure du palmarès est représentée par les analgésiques opioïdes et les médicaments de substitution à la pharmacodépendance

aux opiacées (*Annexe 2, Annexe 3, Annexe 4*). Les autres catégories de médicaments retrouvés sur ces ordonnances suspectes regroupent les médicaments du système cardiovasculaire (autour de 10%) ainsi que les médicaments des voies digestives et métaboliques (environ 10%).

Le record de la substance la plus fréquemment citée dans ces enquêtes revient au ZOLPIDEM (un hypnotique et sédatif apparenté des benzodiazépines) qui se positionne en première ligne de l'ensemble des enquêtes (3,11–16).

De ce fait depuis le 10 avril 2017, les spécialités contenant le ZOLPIDEM (Eduar, Stilnox et génériques) sont prescrites sur une ordonnance sécurisée afin de limiter le risque d'abus et de détournement, très important pour ce médicament (17).

En analysant les études de la littérature, on constate deux types de profils (18–20) :

- ✓ Les benzodiazépines et apparentées sont surtout concernées par la modification de prescription d'ordonnances simples réalisée surtout par des patients de sexe féminin d'âge moyen habitant en zone rurale (âge moyen de 40 ans et plus).
- ✓ Les analgésiques opioïdes et les médicaments de substitution de pharmacodépendance aux opiacées sont concernés par le vol ou la falsification d'ordonnances sécurisées ou hospitalières opérés plus fréquemment par des patients de sexe masculin plutôt jeune habitant en zone urbaine (âge moyen de 33,7 +/- 7,5 ans).

En terme de critère de suspicion de 2002 à 2009, la modification de posologie ou de durée de prescription était au premier plan, suivie par l'écriture différente et le rajout de médicament (5,8,18,19). On observe tout au long des années une progression exponentielle des ordonnances falsifiées (ordonnances fabriquées sur ordinateur, photocopiées ou scannées) (*Annexe 5, Annexe 6, Annexe 7*). Ainsi, en 2016, la falsification devient le principal critère de suspicion (58%) des ordonnances détectées (3).

On peut penser que cette tendance peut être expliquée par la dématérialisation des ordonnances avec l'utilisation plus fréquente de l'informatique pour les rédiger.

A propos du type d'ordonnance, l'analyse des résultats des enquêtes OSIAP de 2012 à 2016 montre que les ordonnances suspectes déclarées étaient majoritairement des ordonnances simples (autour de 42%), puis sécurisées (environ 15%), bizones (environ 13%) et hospitalières (environ 7%) (3,11–14,18).

Concernant les autres documents médicaux (arrêt de travail, certificats, bons de transport...) nous ne disposons pas de chiffres épidémiologiques officiels sur le nombre de falsifications de ces documents. Cependant il suffit de naviguer sur internet pour trouver de nombreux

forums de discussion portant sur « la falsification d'arrêt de travail ou de certificats médicaux ».

2. La réglementation

2.1. Les règles de rédaction et de délivrance des ordonnances en France

En France, « 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 » (**article R4127-8 du CSP**) (21).

Le médecin peut donc prescrire ce qu'il veut dans les limites de la loi (substances interdites, classement des médicaments), de ses compétences et des connaissances scientifiques. Il doit pouvoir justifier sa prescription, notamment lorsque celle-ci s'écarte des référentiels officiels et des recommandations. Cette prescription est très étroitement encadrée par un certain nombre de règles juridiques et économiques (par le code de la santé publique et le code de la sécurité sociale). Elle engage la responsabilité morale, professionnelle, et juridique du prescripteur qui doit la signer.

L'article L162-2-1 du CSS souligne que « les médecins sont tenus, dans toutes leurs prescriptions, d'observer, dans le cadre de la législation et de la réglementation en vigueur, la plus stricte économie compatible » avec l'efficacité du traitement (22).

La prescription est rédigée sur une ordonnance, qui est le lien entre le patient, le médecin, le pharmacien et les organismes de couverture sociale (pour le remboursement).

Il existe quatre types d'ordonnances : les ordonnances simples, les ordonnances sécurisées, les ordonnances bizones et les ordonnances de médicaments d'exception.

Les ordonnances simples

Elles sont achetées chez des imprimeurs spécialisés. Sur celles-ci, les médecins peuvent indiquer leur nom, adresse, qualifications professionnelles, numéro de téléphone et éventuellement leurs heures de rendez-vous. Ces en-têtes doivent systématiquement être approuvés par le Conseil Départemental de l'Ordre.

Les ordonnances sécurisées

Elles ne peuvent être obtenues qu'auprès de fabricants spécifiques. Elles sont en papier filigrané blanc et comportent les coordonnées du prescripteur, un numéro d'identification par lot d'ordonnances et un carré pré-imprimé (en bas à droite) où le prescripteur devra indiquer le nombre de médicaments prescrits. Elles remplacent les anciens **cahiers à souche** et sont obligatoires pour la prescription et la commande à usage professionnel des médicaments de la liste des stupéfiants.

Les ordonnances bizonales

Elles sont fournies par les caisses d'assurance maladie. Elles sont réservées pour les patients ayant une ALD. Ces ordonnances spéciales comportent deux parties : une haute où sont inscrits les médicaments en relation avec cette ALD remboursés à 100% et une basse pour les autres médicaments qui sont remboursés selon les taux normaux.

Les ordonnances pour médicaments d'exception

Elles sont fournies par la Sécurité Sociale. Elles sont exclusivement réservées à la prescription de médicaments coûteux et d'indication précise. Cette ordonnance spéciale comporte l'engagement du praticien à respecter la fiche d'information concernant le produit prescrit, et elle est obligatoire pour le remboursement de ce produit. Ce sont des ordonnances qui comportent quatre volets : le volet 1 est conservé par l'assuré, les volets 2 et 3 sont joints par l'assuré à la feuille de soins en vue du remboursement par l'Assurance Maladie et le volet 4 est conservé par le pharmacien (**article R163-2 du CSS**) (23).

La rédaction d'une ordonnance (quel que soit son type) est obligatoire pour un médicament classé et facultative pour un médicament non classé.

Sa rédaction doit obligatoirement être établie après l'interrogatoire et l'examen clinique du patient.

Selon **l'article R5132-3 du CSP**, l'ordonnance doit comporter (24):

- ✓ L'identification du prescripteur : les noms et prénoms, la qualité et, le cas échéant, le titre ou la spécialité, son adresse professionnelle précisant la mention "France", ses coordonnées téléphoniques précédées de l'indicatif international "+33" et son adresse électronique.

- ✓ Le nom de l'établissement ou du service de santé pour les médicaments à prescription hospitalière ou pour les médicaments à prescription initiale hospitalière.
- ✓ La date à laquelle l'ordonnance a été rédigée.
- ✓ L'identification du malade : les noms et prénoms, le sexe, la date de naissance du malade et, si nécessaire, sa taille et son poids.
- ✓ La dénomination du médicament ou du produit prescrit, ou le principe actif du médicament désigné par sa dénomination commune.
- ✓ La posologie et le mode d'emploi, et, s'il s'agit d'une préparation, la formule détaillée.
- ✓ La durée de traitement ou le nombre d'unités de conditionnement si la prescription est faite en nom commercial.
- ✓ La mention telle que « à renouveler » ou « à ne pas renouveler ».
- ✓ Si besoin, la mention « non substituable » est portée de manière manuscrite sur l'ordonnance avant la dénomination de la spécialité prescrite » **article R5125-54 du CSP (25)**.
- ✓ La date à laquelle un nouveau diagnostic est effectué lorsque l'autorisation de mise sur le marché ou l'autorisation temporaire d'utilisation le prévoit pour un médicament classé dans la catégorie des médicaments à prescription initiale hospitalière.
- ✓ La signature apposée immédiatement en dessous de la dernière ligne, de façon à ne pas laisser d'espace résiduel(**article R5132-4 du CSP**) (26).

Les médicaments listés

Cette première catégorie concerne les médicaments qui contiennent une ou plusieurs substances vénéneuses (**article L5132-1 du CSP**) (27). Les substances vénéneuses sont des substances dangereuses relevant de types divers (toxique, nocif, corrosif, irritant, cancérigène, tératogène, mutagène). Ce concept est très général, il concerne toutes les substances naturelles ou chimiques.

Les médicaments de la liste I comprennent les médicaments et produits présentant les risques les plus élevés pour la santé (**article L5132-2 du CSP**) (28). Ils peuvent provoquer des effets toxiques ou indésirables graves à doses dépendantes. Leur administration demande une surveillance médicale étroite.

Les médicaments de la liste II ont une toxicité intrinsèque plus faible. Leur administration peut s'accommoder d'une surveillance médicale moins étroite car les risques d'effets toxiques ou indésirables graves sont plus faibles.

Pour les préparations magistrales de médicaments officinaux ou hospitaliers, la présence d'une substance listée entraîne obligatoirement le classement en liste I ou II et l'application de la réglementation afférente. Néanmoins, certains médicaments sont exemptés de cette réglementation de substances vénéneuses et des conséquences qui en découlent comme l'obligation de prescription, lorsqu'elles en contiennent des doses ou une concentration très faibles (**article L5132-2 du CSP**) (28).

« Une prescription de médicaments relevant des listes I et II ne peut être faite pour une durée de traitement supérieure à **douze mois** » (**article R5132-21 du CSP**) (29). Toutefois pour des motifs de santé publique, pour certains médicaments, cette **durée peut être réduite**. C'est ainsi que cette durée est réduite à quatre semaines pour les hypnotiques et douze semaines pour les anxiolytiques.

La première délivrance d'un médicament relevant des listes I et II ne peut intervenir qu'au vu d'une ordonnance **datant de moins de 3 mois**. La délivrance d'un médicament relevant de la liste I ne peut être renouvelée que sur indication écrite du prescripteur précisant le nombre de renouvellements ou la durée de traitement.

Les stupéfiants

Ce sont des substances susceptibles d'entraîner des toxicomanies, en créant un état de besoin impérieux qui caractérise la dépendance, et en conséquence dégradent progressivement les capacités psychiques, somatiques et sociales de l'individu qui se livre à son usage.

La prescription de ces médicaments ou les produits classés comme stupéfiants ou soumis à la réglementation des stupéfiants est obligatoirement rédigée sur une **ordonnance sécurisée** répondant à des spécifications techniques particulières afin de limiter les falsifications et les contrefaçons (**article R5132-5 du CSP**) (30).

Outre les mentions devant figurer sur toute ordonnance (**article R5132-3 du CSP**) (24), le prescripteur doit indiquer « *en toutes lettres le nombre d'unités thérapeutiques par prise, le nombre de prises et le dosage s'il s'agit de spécialités, les doses ou les concentrations de substances et le nombre d'unités ou le volume s'il s'agit de préparations* » (**article R5132-29 du CSP**) (31).

À noter que le médecin doit mentionner le nom de la pharmacie chargée de la délivrance pour les substances à risque de mésusage ou usage détourné ou abusif, comme la méthadone ou le buprénorphine (**article L162-4-2 du CSS**) (32).

Les stupéfiants sont des médicaments à prescription limitée (sept, quatorze ou vingt-huit

jours). Par exemple, elle est limitée vingt-huit jours pour la morphine orale et la buprénorphine (SUBUTEX®) administrée par voie orale à des doses supérieures à 0,2 mg et autres, avec une délivrance par fraction de sept jours. Elle est limitée à quatorze jours pour la méthadone et à sept jours pour les préparations injectables.

« L'ordonnance ne peut être exécutée dans sa totalité (ou pour la totalité de la fraction de traitement) que si elle est présentée au pharmacien dans les trois jours suivant sa date d'établissement. Si elle est présentée au-delà de ce délai, la délivrance sera limitée à la durée de prescription restant à couvrir. Une nouvelle ordonnance ne peut être ni établie ni exécutée par les mêmes praticiens pendant la période déjà couverte par une précédente ordonnance prescrivant de tels médicaments, sauf si le prescripteur en décide autrement par une mention expresse portée sur l'ordonnance » (chevauchement) (article R5132-33 du CSP) (33).

L'identité du porteur de l'ordonnance est relevée. La délivrance est transcrite sur un registre manuel, et « une copie de l'ordonnance est conservée pendant trois ans par le pharmacien ».

Les médicaments à prescription restreinte (article R5121-77 du CSP) (34)

Il existe cinq classes non exclusives l'une de l'autre :

- ✓ **Médicaments réservés à l'usage hospitalier** : Le médicament ne peut être utilisé qu'à l'hôpital et sa délivrance ne peut être effectuée que par la pharmacie de l'hôpital. La restriction est justifiée par les caractéristiques pharmacologiques, le degré d'innovation ou des motifs de santé publique : il s'agit essentiellement de médicaments nouveaux, difficiles à administrer ou à surveiller, comportant des risques de mésusage et surtout utilisés uniquement dans des pathologies traitées à l'hôpital.
- ✓ **Médicaments à prescription hospitalière** : Ce sont des médicaments prescrits par un praticien hospitalier mais les malades peuvent suivre leurs traitements de manière ambulatoire. Ces médicaments sont disponibles dans les officines de ville (les anticancéreux par exemple).
- ✓ **Médicaments à prescription initiale hospitalière** : Leurs premières prescriptions doivent obligatoirement être faites par un médecin hospitalier. Le renouvellement peut être effectué par n'importe quel praticien. Les médicaments sont délivrés par les officines de ville.
- ✓ **Médicaments nécessitant une surveillance particulière** : La prescription du médicament et son renouvellement sont subordonnés à la réalisation d'examens périodiques, dont la nature et la fréquence sont précisées sur l'ordonnance. Leur réalisation doit être attestée sur celle-ci. Ces examens concernent le suivi des effets du

traitement et la prévention d'effets nocifs (par exemple les antithyroïdiens de synthèse ou la clozapine).

- ✓ **Médicaments à prescription réservée à certains médecins spécialistes** : La prescription de certains médicaments et/ou son renouvellement peut être réservée à une catégorie particulière de praticiens qualifiés (spécialistes hospitaliers et/ou libéraux), en raison des risques de mésusage ou de la technicité de leur emploi (par exemple l'ipratropium bromure en solution pour inhalation par nébuliseur ou la chimiothérapie orale).

2.2. Les certificats médicaux

Selon le Conseil National de l'Ordre des Médecins, « *le certificat médical est un document établi sur papier à en-tête du médecin dont l'objet est de consigner, en termes techniques mais compréhensibles, les constatations médicales que le médecin a été en mesure de faire lors de l'examen ou d'une série d'examens d'un patient ou d'attester de soins que celui-ci a reçus.* » Il a un caractère purement médical. Le médecin peut y ajouter les « doléances » du patient lorsqu'elles sont nécessaires à la bonne compréhension du certificat, tout en prenant soin de préciser qu'il s'agit des déclarations du patient (mettre au conditionnel et entre guillemets). « *Le certificat est la forme normale et habituelle sous laquelle un médecin témoigne d'un état de santé qu'il a constaté dans son exercice (35).* »

Le Conseil National de l'Ordre des Médecins précise les modalités de rédaction du certificat médical (35–37) :

- ✓ Identification du médecin : nom, prénom, titre et qualification, adresse.
- ✓ Identification du patient, du moins telle que déclarée par celui-ci (le médecin n'a pas à vérifier l'identité) ou connue du médecin : nom, prénom, date de naissance.
- ✓ Les doléances ou déclarations du patient (entre guillemets).
- ✓ Les constatations médicales.
- ✓ Les conséquences médico-légales ou administratives qui résultent de l'examen.

Le médecin doit préciser, de préférence en toutes lettres, la date et le cas échéant l'heure du jour de la rédaction et de la délivrance, en y ajoutant la date et l'heure de l'examen médical.

- ✓ Il faut apporter la mention que le certificat a été établi à la demande du patient (éventuellement de son représentant légal lorsqu'il s'agit d'un mineur ou d'un majeur sous tutelle ou l'autorité judiciaire dans le cas d'une réquisition) et lui a été remis en main propre.

- ✓ La signature manuscrite du médecin.

Ce formalisme est valable pour tous les certificats, sauf dans les cas où la réglementation impose un modèle (certificat d'arrêt de travail, certificat de santé de l'enfant, certificat de décès, prescription médicale de transport, etc.).

« *Le certificat est rédigé lisiblement, en français. Le médecin peut en établir une traduction dans la langue du patient.* » (**Article R4127-76 du CSP**) (38).

2.3. Risques pour l'usager falsifiant les documents médicaux

La falsification ou le vol de documents médicaux constituent une fraude à l'assurance maladie et est en conséquence lourdement punie par la loi.

Ainsi **l'article L114-13 du CSS** précise : « *est passible d'une amende de 5000 euros quiconque se rend coupable de fraude ou de fausse déclaration pour obtenir, ou faire obtenir ou tenter de faire obtenir des prestations ou des allocations de toute nature, liquidées et versées par les organismes de protection sociale, qui ne sont pas dues, sans préjudice des peines résultant de l'application d'autres lois, le cas échéant* (39). »

De plus, **l'article 441-1 du CP** souligne que « *le faux et l'usage de faux sont punis de trois ans d'emprisonnement et de 45000 euros d'amende* (40). »

Ce même article définit le faux comme suit : « *constitue un faux toute altération frauduleuse de la vérité, de nature à causer un préjudice et accomplie par quelque moyen que ce soit, dans un écrit ou tout autre support d'expression de la pensée qui a pour objet ou qui peut avoir pour effet d'établir la preuve d'un droit ou d'un fait ayant des conséquences juridiques.* »

En cas de vol, cette infraction s'additionne à l'infraction de faux et usage de faux. « *Le vol est puni de trois ans d'emprisonnement et de 45000 euros d'amende* » (**article 311-1 et 311-3 du CP**) (41,42).

Lorsque la falsification concerne un médicament listé (liste I et II), **l'article L5432-2 du CSP** stipule « *est puni d'une peine d'emprisonnement de cinq ans et de 375 000 € d'amende le fait pour quiconque, de fabriquer, d'importer, d'exporter, de transporter, d'offrir, de céder, d'acquérir, de détenir, d'employer de manière illicite ou de se faire délivrer au moyen d'ordonnances fictives ou de complaisance, des substances ou des médicaments inscrits sur les listes I et II* (43). »

Concernant les stupéfiants, **l'article 222-37 du CP** souligne que « *le transport, la détention, l'offre, la cession, l'acquisition ou l'emploi illicites de stupéfiants sont punis de dix ans d'emprisonnement et de 7 500 000 euros d'amende (44).* »

Si le médecin victime d'une falsification porte plainte, l'infraction d'usurpation de titre peut également être retenue. En effet **l'article 433-17 du CP** prévoit que « *l'usage, sans droit, d'un titre attaché à une profession réglementée par l'autorité publique ou d'un diplôme officiel ou d'une qualité dont les conditions d'attribution sont fixées par l'autorité publique est puni d'un an d'emprisonnement et de 15 000 euros d'amende (45).* ».

L'assurance maladie, de son côté, peut réclamer à l'usager le remboursement intégral des sommes versées à l'usager, obtenues à partir d'une ordonnance falsifiée. Il en est de même lorsqu'il s'agit de falsification d'arrêt de travail (remboursement des indemnités journalières versées).

Concernant la falsification des arrêts de travail, l'usager s'expose aussi à des sanctions disciplinaires qui peuvent aller jusqu'au licenciement pour faute grave.

3. Comment empêcher la falsification des documents médicaux et quels sont les moyens de lutte contre la fraude ?

Outre la considération des sanctions légales, la falsification des ordonnances est un problème majeur de santé publique. En effet l'analyse des résultats des enquêtes OSIAP montre que les ordonnances falsifiées concernent majoritairement des médicaments à risque de pharmacodépendance et donc à risque d'abus et de mésusage.

De plus, la falsification des documents médicaux représente un coût important pour la sécurité sociale. Par exemple, le montant total des fraudes à l'assurance maladie pour le régime général, toutes causes confondues, s'élève à 244,8 millions d'euros en 2016 (46,47).

Il est donc important de mettre en place des moyens de lutte contre ce phénomène.

A partir de nos recherches documentaires, il existerait au moins cinq moyens de lutte contre ce phénomène.

Le premier dispositif s'adresse directement aux médecins prescripteurs. Ils doivent respecter les quelques règles simples de prescription des ordonnances comme explicitées dans le paragraphe « réglementation » (par exemple, indiquer de façon lisible le nombre de boîtes de

médicaments que le patient devra se faire délivrer en pharmacie ou encore ne pas laisser d'espace entre la prescription et la signature, etc.).

Le Docteur Anne-Cécile PONS, dans son mémoire de l'Ecole des Hautes Études en Santé Publique (48), décrit d'autres pistes intéressantes permettant de lutter contre la falsification des ordonnances.

Tout d'abord, la généralisation des ordonnances sécurisées qui, pour l'instant, sont réservées à la prescription des médicaments de la liste des stupéfiants. En effet, ces ordonnances sont moins falsifiées (d'après les enquêtes OSIAP) du fait de la présence du filigrane qui rend plus complexes les possibilités de falsification. Néanmoins, cela ne règlera pas le problème de vol de ces ordonnances.

Toujours d'après l'étude du Dr PONS, une autre piste concerne l'élargissement de la liste des médicaments à prescription restreinte. Cette liste pourrait être étendue aux médicaments les plus fréquemment cités dans les enquêtes nationales OSIAP.

Si on prend l'exemple du clonazépan (Rivotril®), du fait de nombreux signalements de cas d'abus, de dépendance et de détournement avec les formes orales, ce médicament a fait l'objet d'une enquête officielle d'addictovigilance et d'un suivi continu depuis 2006. Les résultats de ce suivi ont confirmé une très forte proportion de prescriptions hors Autorisation de Mise sur le Marché (AMM) et un usage détourné. De ce fait, depuis septembre 2011, la prescription des formes orales de Rivotril® pour les patients ambulatoires doit être faite en toutes lettres et sur ordonnance sécurisée. Et sa prescription initiale et son renouvellement annuel sont réservés aux neurologues et aux pédiatres mais les renouvellements intermédiaires peuvent être effectués par tout médecin (49).

Ainsi on observe une nette diminution de la présence du clonazépan dans les ordonnances suspectes des enquêtes OSIAP depuis 2012. Elle représentait 6,3% des citations en 2012 puis a été divisé par deux entre 2014 et 2015 (passant de 2,7% à 1,6%) et cette tendance se poursuit en 2016 (0,8 % des citations) (3,11,13,14).

On constate que cette piste a permis de réduire le nombre de falsifications liées au clonazépan.

Même constat pour les spécialités contenant du zolpidem qui depuis avril 2017 connaît une restriction des règles de prescription.

En effet, l'Arrêté du 7 janvier 2017 a restreint les conditions de prescription du zolpidem en lui attribuant une partie du statut appliqué aux stupéfiants : prescription sur une ordonnance sécurisée, écriture en toute lettre, absence de chevauchement sauf mention contraire (17).

De ce fait l'analyse des résultats des enquêtes OSIAP de 2017 montre une diminution de la part de citation de falsification d'ordonnance contenant du zolpidem, passant de 37,4% des citation en 2016 contre 24,0 % en 2017 (15).

Néanmoins ces mesures de restrictions ne sont pas suffisantes car il existe un risque de déplacement des abus et détournement vers d'autres molécules comme le zopiclone ou d'autres benzodiazépines.

Une possible piste pour faciliter la détection des falsifications serait de généraliser le dossier pharmaceutique (DP) créé en 2007 par l'ordre des pharmaciens. Ce DP permet de vérifier l'historique de délivrance de médicaments pour un patient et de repérer des traitements inhabituels ou faisant l'objet de délivrances trop rapprochées dans le temps. Cependant, aujourd'hui, le DP n'est accessible qu'à l'aide de la carte vitale et ne peut être créé qu'avec l'accord du patient.

L'autre outil envisagé est l'utilisation de la prescription électronique ou « e-prescription ». Déjà en 2012 le Comité de Liaisons des Institutions Ordinales (CLIO) qui regroupe les différents Ordres et Chambres des professionnels de santé, détaille dans une note d'orientation les enjeux et la mise en place concrète de la prescription électronique, qu'elle décrit comme étant un outil incontournable pour assurer la sécurité et la qualité des prescriptions (*Annexe 8*).

Elle définit la prescription électronique comme une « *prescription dématérialisée de médicaments, de dispositifs médicaux ou examens déposée sur une plateforme sécurisée* » (50).

Ce dispositif existe déjà dans de nombreux pays. Les pays scandinaves sont les précurseurs en la matière, au Danemark par exemple, ce type d'ordonnance est en place depuis les années 90. Ce procédé est utilisé en Estonie, en Suède, en Croatie ou encore aux Pays Bas où la quasi-totalité des prescriptions sont dématérialisées. D'autres pays tel que l'Autriche, la Belgique, l'Espagne et l'État de New York instaurent progressivement ce procédé.

En France, l'assurance maladie a lancé un programme test en 2017 (51). Cette expérimentation menée dans trois départements (le Val de Marne, la Saône et Loire et le Maine et Loire) est nommée la Prescription Electronique de Médicament 2D (PEM2D).

Comment fonctionne la PEM2D ?

Le médecin génère et imprime un QR code authentifié et signé par sa Carte de Professionnel de Santé (CPS). Ce code est scanné par le pharmacien qui récupère alors instantanément les informations nécessaires à la délivrance du traitement : l'identité du prescripteur, la spécialité prescrite, les posologies etc. Le pharmacien transmet ensuite les données électroniquement à l'assurance maladie.

L'objectif est que le patient puisse à terme récupérer et conserver sa prescription de manière dématérialisée.

Il s'agit de s'inspirer du système le plus répandu à l'étranger : une fois le diagnostic posé, le prescripteur dépose sa prescription dans une base de données sécurisée accessible sur l'ensemble du territoire national. Ce système permet de conserver le libre choix du prescripteur et du pharmacien par le patient, lesquels sont automatiquement authentifiés par leur CPS. Enfin le pharmacien, à l'aide de la carte vitale du patient, peut accéder à la base de données et sélectionner la prescription électronique qui sera intégrée dans le logiciel d'aide à la prescription. Il délivre les médicaments après avoir effectué un contrôle strict de l'e-prescription et il précise les produits donnés dans la base de données.

On peut penser que la PEM2D peut permettre de lutter contre la falsification d'ordonnances, car avec une prescription dématérialisée et la signature CPS obligatoire, il semble plus difficile de falsifier les ordonnances.

Aujourd'hui, la prescription électronique est une priorité inscrite dans le plan national de gestion du risque et d'efficacité du système de santé signé entre la Caisse Nationale d'Assurance Maladie (CNAM) et l'Etat pour la période 2018-2022. Le CNAM désire généraliser dès 2019 la prescription électronique à l'ensemble des professionnels de santé (52,53).

Les résultats d'une enquête européenne OSIAP réalisée dans six pays d'Europe (la France, la Belgique, l'Espagne, l'Italie, la Suède et les Pays-Bas) montrent que la falsification des ordonnances dépend fortement de l'organisation de la distribution des médicaments. En effet aucune ordonnance falsifiée n'a été détectée au Pays-Bas où la prescription électronique est la norme. La France enregistre le nombre de falsification le plus important dans cette enquête (54).

Cependant l'e-prescription ne constitue pas à elle seule la solution pour empêcher la falsification d'ordonnances. En effet, cette enquête a mis l'accent sur la falsification d'ordonnances dans toute l'Europe, et on constate ce phénomène même dans des pays dotés d'un système d'e-prescription.

A posteriori des falsifications, l'assurance maladie utilise plusieurs moyens pour lutter contre la fraude.

Elle a mis en place des bases de données qui concernent aussi bien les patients que les professionnels de santé suspectés de fraude. L'interrogatoire de ces bases de données, après remboursement, permet de rechercher des incohérences et certains indices qui permettent d'aboutir à la découverte d'une fraude (par exemple : des quantités importantes de médicaments remboursés à un patient ou le nomadisme pharmaceutique : délivrance de médicaments par plusieurs pharmacies avec la même ordonnance) (46,55).

L'assurance maladie organise aussi des contrôles aléatoires ou ciblés portant sur tout type de prestation perçue par les assurées (indemnités journalières, CMU, pension d'invalidité) et aussi par les professionnels et établissements de santé afin d'identifier d'éventuelle fraudes.

D'après la Délégation Nationale de Lutte contre la Fraude (DNLF), en 2017, ces moyens ont permis de détecter et de stopper 270 millions d'euros de préjudices (56).

Par ailleurs, l'Etat a créé en 2010 les Comités Opérationnels Départementaux Anti-Fraude (CODAF). Chaque comité est coprésidé par le préfet de département et le procureur de la République et réunit les services de l'État (police, gendarmerie, administrations préfectorale, fiscale, douanière et du travail) et les organismes locaux de protection sociale (le pôle emploi, l'Union de recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales (URSSAF), les caisses d'allocations familiales, d'assurances maladies et de retraites, le régime social des indépendants (RSI), la mutualité sociale agricole (MSA)). Sa mission est d'améliorer l'efficacité de la lutte contre toutes les fraudes.

4. Question de recherche et objectifs de l'étude

4.1. Question de recherche

Nous nous sommes interrogés pour savoir si la connaissance des médecins généralistes sur la conduite à tenir en cas de falsification de documents médicaux était influencée par des facteurs démographiques, sociaux ou géographiques.

4.2. Objectifs

L'objectif principal de notre étude était de dresser un état des lieux des connaissances des médecins généralistes sur la conduite à tenir en cas de falsification de documents médicaux par les usagers.

L'objectif secondaire était d'évaluer leurs attitudes et actions face à cette problématique.

Le critère de jugement principal est la connaissance des médecins généralistes sur la conduite à tenir en cas de falsification de documents médicaux. Ce critère sera approché par plusieurs sous-critères et sera défini à travers une analyse factorielle de ces sous-critères.

MATÉRIEL ET MÉTHODE

1. Type de l'étude

Pour atteindre cet objectif, nous avons réalisé une étude observationnelle, descriptive et transversale. Une enquête d'opinion nous est apparue comme la méthode la plus appropriée pour évaluer la connaissance des médecins généralistes sur la falsification des documents médicaux.

2. Population d'étude, critères d'inclusion et d'exclusion

La population d'étude choisie a été l'ensemble des maîtres de stage du Département de Médecine Générale (DMG) de Bordeaux (la Gironde 33) et sa périphérie (comprenant les départements des Pyrénées-Atlantiques 64, des Landes 40, de la Dordogne 24 et le Lot-et-Garonne 47). Les critères d'inclusion étaient les suivants : être médecin généraliste installé en Ex-Aquitaine et être maître de stage universitaire (MSU) du DMG de Bordeaux, sans limitation d'âge ou de genre (homme/femme) et sans limitation de la localisation d'exercice des médecins.

Nous avons fait le choix des MSU afin d'obtenir un maximum de participation et de faciliter l'envoi du questionnaire. En effet le DMG possédait la mailing liste de ces maîtres de stage.

Les critères d'exclusion étaient le refus de répondre au questionnaire par le médecin ainsi que les questionnaires incomplets qui étaient inexploitable pour les analyses statistiques car des données étaient manquantes.

3. Élaboration du questionnaire et déroulement de l'enquête

Pour collecter les données, nous avons conçu un questionnaire via le logiciel LimeSurvey. Nous avons généré un lien d'invitation permettant l'accès au questionnaire. Nous avons envoyé celui-ci par mail au DMG. Le questionnaire était accompagné d'une lettre d'information présentant le contexte et le but de notre étude.

Le DMG a transmis à son tour le questionnaire via le lien par mail aux différents maîtres de stage. Cette méthode a permis d'obtenir des réponses complètement anonymes car nous n'avions pas accès aux données personnelles des maîtres de stage.

Au total le questionnaire a été adressé à 488 maîtres de stage du DMG.

Notre étude s'est déroulée sur une période de deux mois (du 23/09/18 au 22/11/18). Nous avons attendu un mois avant de réaliser le premier rappel puis nous avons attendu encore un mois avant de fermer le questionnaire.

4. Description du questionnaire

L'élaboration du questionnaire a été effectué en concertation avec mon directeur de thèse, à partir des données collectées dans la littérature (types de document falsifiés, types de médicaments contenus dans les ordonnances falsifiées, profil de patient, etc). Nous n'avons pas réalisé une phase de pré-test sur un échantillon de population avant la diffusion du questionnaire aux MSU.

Le questionnaire a été élaboré de manière la plus concise possible afin d'obtenir un maximum de réponses. Il était composé de dix-sept questions au total et la majorité étaient des questions fermées (seize questions) afin d'obtenir des réponses rapides mais aussi de permettre une exploitation statistique rapide des données. Ces questions étaient soit à réponse unique soit à réponses multiples.

La dernière question était ouverte (« Que souhaitez-vous comme action ? »), afin de laisser de la place à des précisions ou des commentaires éventuels des participants.

L'envoi du questionnaire par voie électronique a facilité le recueil des réponses et aucun problème de remplissage et d'enregistrement du questionnaire ne nous a été signalé par les participants.

5. Description des variables

Notre variable à expliquer était la connaissance du médecin généraliste de la conduite à tenir en cas de falsification de documents médicaux.

Les variables explicatives regroupaient les caractéristiques sociodémographiques des médecins :

1. Le sexe (homme/femme)
2. La classe d'âge
3. Le lieu d'exercice des médecins (rural, semi-rural, urbain)

Les covariables regroupaient :

- Les caractéristiques des patients falsifiant les documents médicaux :
 - o Le sexe (homme/femme),
 - o La classe d'âge.
- Les caractéristiques de la falsification :
 - o Le type de documents falsifiés (les ordonnances, les certificats médicaux, les bons de transport)
 - o Les modalités de falsification (informatisées, manuscrites)
 - o Le type de médicaments retrouvés dans les ordonnances falsifiées
 - o L'alerte du médecin de la falsification
- Les actions du médecin
- Les actions des organismes de santé (la sécurité sociale, l'Ordre des médecins, l'Ordre des pharmaciens)

6. Analyses des données

L'analyse statistique a été effectuée à l'aide du logiciel SAS version 9.3. Elle a comporté plusieurs étapes :

Les données ont été enregistrées dans une table Microsoft Excel directement via le logiciel LimeSurvey.

Nous avons dans un premier temps traité les données avec le logiciel « Microsoft Excel 2016 » et les variables qualitatives ont été exprimés sous forme d'effectif et de pourcentage.

Nous avons en suite conduit les analyses supervisées (régression logistique univariée comme méthode principale, analyse discriminante en analyse de sensibilité) afin d'identifier les

facteurs associés à la connaissance des médecins généralistes sur la conduite à tenir en cas de falsification.

Puis nous avons conduit une analyse multivariée par régression logistique, afin d'identifier les variables entraînant une différence réellement significative, c'est à dire en prenant en compte les facteurs de confusion.

Pour cette analyse nous avons intégré toutes les variables associées au seuil de 20% (*Annexe 10*). Nous avons aussi intégré les variables retrouvées dans la littérature comme le genre (homme/femme pour les médecins et les patients falsifiant les documents) même si le p-value était supérieur à 0,20.

Une procédure de sélection de variables (backward ou pas à pas descendante ; forward ou pas à pas ascendante et stepwise) nous a permis de prendre en compte les multi colinéarités et nous a permis de retenir les variables les plus pertinentes pour notre modèle sur le plan statistique.

Nous avons considéré $p < 0,05$ comme étant statistiquement significatif.

7. Aspects réglementaires

Après concertation avec le CNIL, nous n'avons pas eu besoin de déclaration.

RÉSULTATS

1. Description de la population

1.1. Taux de participation

Sur les 488 invitations envoyées, nous avons reçu au total 44,3, % (n=216) de réponses dont 38,5 % (n=188) de réponses complètes et 5,7% (n=28) réponses incomplètes (c'est à dire questionnaire partiellement remplis par les participants). Nous avons eu 55,7% (n=272) de non répondant.

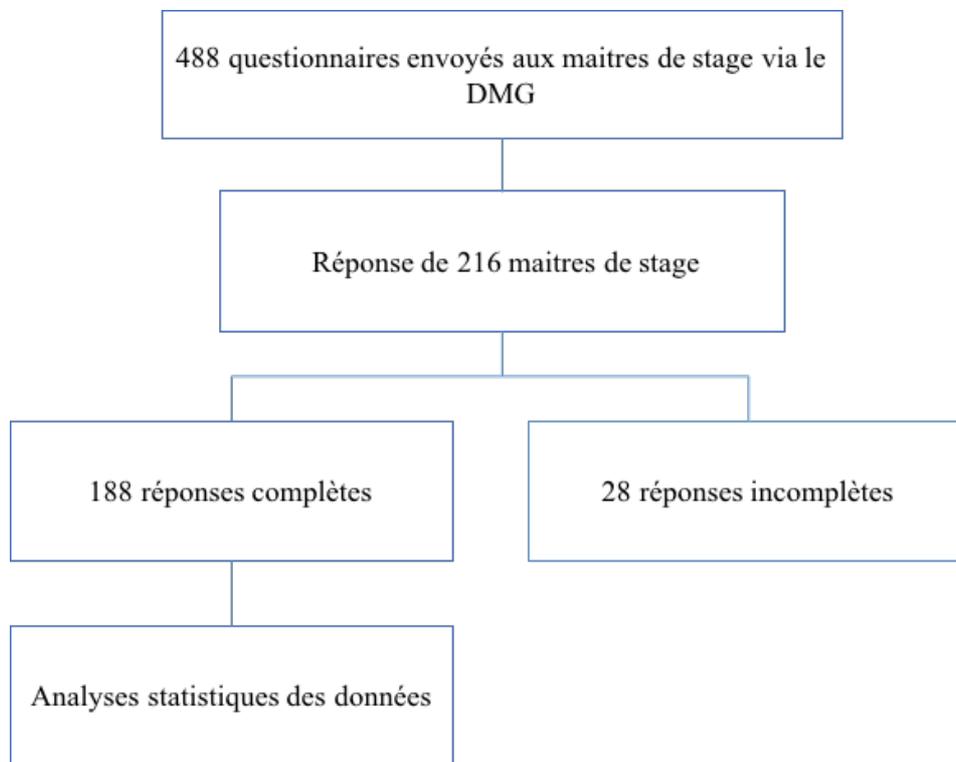


Figure 1: Diagramme de flux des participants

1.2. Caractéristiques démographiques de la population d'étude

Dans notre étude le sexe ratio homme/femme était de 2,1 avec 127 hommes (67,6% des répondants étaient des hommes). Quelle que soit la tranche d'âge il y avait plus d'hommes qui ont répondu au questionnaire que de femmes.

On note une prédominance de la tranche d'âge 46-59 ans pour les deux sexes avec 33,86% pour les hommes et 14,81% pour les femmes.

Il n'était pas possible de préciser la moyenne d'âge de notre population car les réponses étaient en tranches d'âge. La médiane d'âge des participants était de 52,5 ans.

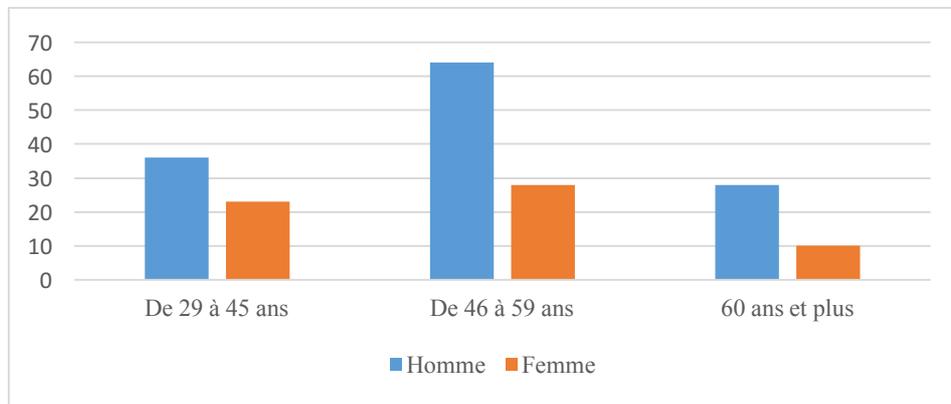


Figure 2: Répartition du nombre de médecins par tranche d'âge en fonction du sexe

1.3. Le lieu d'exercice des participants

Les médecins ayant participé à notre étude exerçaient à 38,8% en zone urbaine, à 38,3% en semi-rural, et à plus faible pourcentage (22,9%) en milieu rural.

1.4. Médecins ayant été confrontés à la falsification

Sur les 188 réponses complètes, plus de la moitié des médecins (n=128) déclaraient avoir été confrontés à la falsification de documents médicaux. Il y avait respectivement 30,9% des médecins qui déclaraient avoir été confrontés au moins une fois, 20,2% des médecins au moins deux fois et 17% des médecins plus de trois fois à cette problématique.

Nous avons 31,9% des médecins qui déclaraient n'avoir jamais été confrontés à la falsification de documents médicaux.

Parmi les 128 médecins ayant été confrontés à la falsification de documents médicaux, 43% exerçaient en ville, 40% en semi-rural et enfin 17% en rural. Parmi ces médecins 59,4 % déclaraient être le médecin traitant du patient.

2. Caractéristiques de la falsification

2.1. Types de documents falsifiés

Parmi les documents falsifiés, la part des ordonnances falsifiées (tous types confondus) représentait 66% des falsifications et ces ordonnances étaient majoritairement des ordonnances simples à 41%.

Cependant, la proportion de falsification des ordonnances sécurisées était importante avec 12% pour ce type d'ordonnances qui est supposé être difficilement falsifiable.

Concernant les autres types de documents, les arrêts de travail étaient les plus falsifiés avec 16% suivis par les certificats d'absence scolaire (7%).

D'autres catégories de documents falsifiés apparaissaient dans notre étude, par exemple les certificats d'accident de travail, certificats médicaux de la MDPH. Des cas de vol de tampon du médecin ont été rapportés.

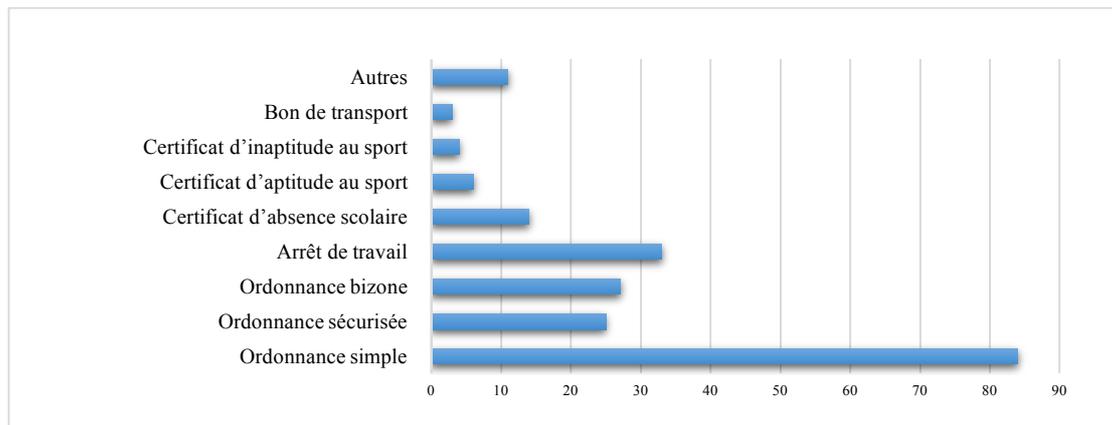


Figure 3: Documents falsifiés

2.2. Modalités de falsification

On constate dans notre étude que la majorité (65,12%) des documents falsifiés étaient manuscrits contre 34,88 % d'informatisés.

Les résultats de notre étude concernant les ordonnances falsifiées ont montré que 72% des ordonnances sécurisées étaient manuscrites pour seulement 28% d'ordonnances informatisées. Les ordonnances bizona étaient du même ordre de grandeur avec 74,1% d'ordonnances manuscrites et 25,9% d'ordonnances informatisées.

Cependant, la répartition de la falsification des ordonnances simples n'était pas aussi marquée avec 58,3% d'ordonnances manuscrites pour 41,7% d'ordonnances informatisées.

2.3. Types de médicaments contenus dans les ordonnances falsifiées

Dans notre étude, les benzodiazépines et apparentés détenaient le palmarès de la classe de médicaments la plus concernée par la falsification d'ordonnance avec 47%. Elle était suivie par les analgésiques opioïdes et apparentés à 21% puis par les traitements de substitution aux opiacés à 5%.

Nous avons retrouvé d'autres classes de médicaments concernées par la falsification d'ordonnance à savoir les anti HTA, les bronchodilatateurs, le viagra, les antidépresseurs, la pilule contraceptive mais aussi la falsification d'ordonnance pour du matériel médical et la prescription de bilan biologique.

A noter que l'ajout de la mention non substituable et la modification de la durée de renouvellement sur l'ordonnance étaient aussi des modes de falsification retrouvés dans notre étude.

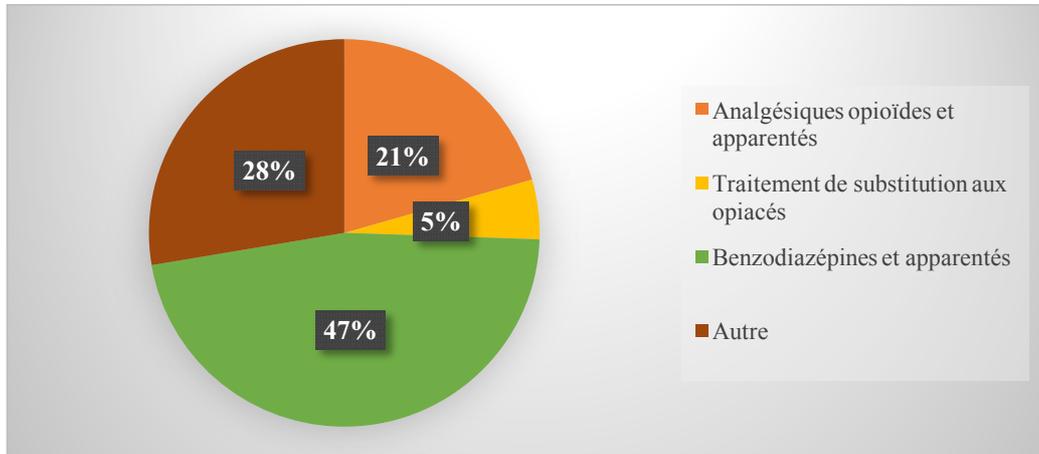


Figure 4: Familles des médicaments

Sur les 128 médecins ayant été confrontés à la falsification, 29 ont déclaré avoir été confrontés à la falsification d'ordonnances contenant des analgésiques opioïdes. Ces 44 ordonnances étaient des ordonnances simples dans 47,7% (n=21) des cas, des ordonnances sécurisées dans 38,7% (n=17) des cas et des ordonnances bizones dans 13,6% (n=6) des cas. Pour ce type de médicament, nous avons constaté une proportion de falsifications plus importante par les patients de sexe masculin (61% avec n=27).

Sur les 7 médecins qui ont déclaré avoir été confrontés à la falsification d'ordonnance contenant des médicaments de substitution aux opiacés, nous totalisons 10 ordonnances falsifiées avec 50% (n=5) d'ordonnances bizones, 40% (n=4) d'ordonnances sécurisées et 10% (n=1) d'ordonnances simples.

Nous n'avons pas constaté de différence entre les patients de sexe masculin et ceux de sexe féminin pour la falsification de ce type de médicaments.

Concernant les benzodiazépines et apparentés, 66 médecins ont déclaré avoir été confrontés à la falsification d'ordonnance contenant ces médicaments. Au total, sur les 87 ordonnances falsifiées enregistrées, 62% (n=53) étaient des ordonnances simples, 23% (n=20) étaient sécurisées et 15% (n=13) étaient bizones.

Pour ce type de médicament, nous avons constaté que 55% (n=48) étaient des patients de sexe féminin contre 45% (n=39) d'hommes.

2.4. Information du médecin sur la falsification

Nous avons voulu savoir comment le médecin avait eu connaissance de la falsification du ou des document(s) médicaux. Sur les 128 médecins qui ont déclaré avoir été confrontés à cette problématique, 47,5% de ces médecins déclaraient avoir été informés par le pharmacien concernant la falsification d'ordonnance. Ils déclaraient avoir été informés des cas de falsification par la sécurité sociale dans 23,2% des cas de falsification d'ordonnance, d'arrêt de travail ou de bon de transport. Dans 7,9% des cas, le médecin était informé par le patient lui-même.

Notre étude nous a permis d'avoir connaissance d'autres types d'alertes. Concernant la falsification des arrêts de travail, dans 10% des cas, le médecin a ainsi été informé par l'employeur. De plus, 25,6% des médecins déclaraient avoir été informés par les autorités judiciaires (la gendarmerie ou la police).

À propos des certificats médicaux (absence scolaire, aptitude ou inaptitude au sport), les médecins étaient informés soit par le directeur de l'école ou par un professeur et dans certains cas par la fédération sportive à laquelle était destiné le certificat.

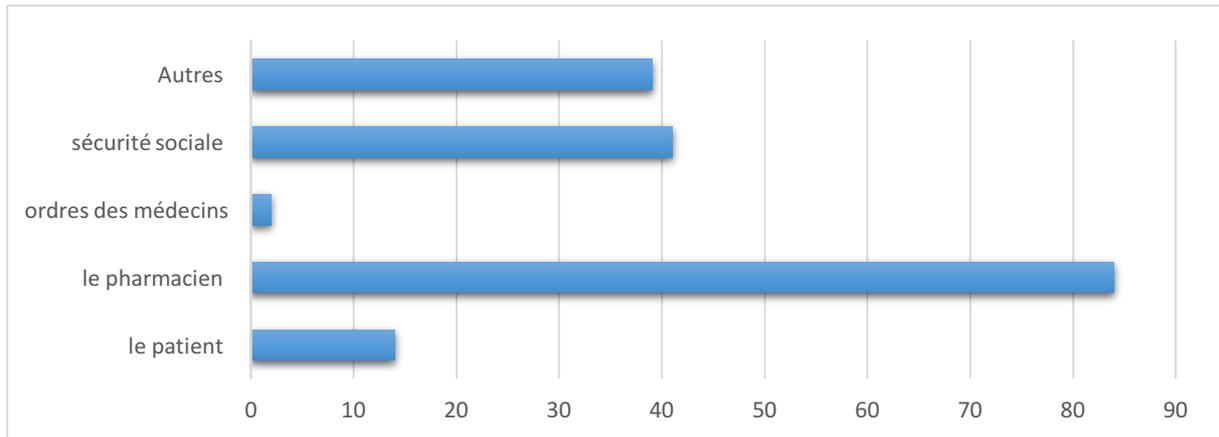


Figure 5: Information du médecin sur la falsification

2.5. Actions des médecins

Sur les 128 médecins ayant répondu à la question « **Saviez-vous quoi faire face à cette situation ?** », 48,4% (n=62) des médecins ont déclaré ne pas connaître la conduite à tenir en cas de falsification de documents médicaux.

Sur les 51,6% (n=66) des médecins qui ont indiqué savoir comment réagir en cas de falsification de documents médicaux, nous avons enregistré 101 actions de la part de ces médecins. 50% (n=51) de ces médecins ont déclaré avoir informé les autorités de santé (Ordre des médecins ou la sécurité sociale) et 38% (n=38) ont déclaré avoir convoqué le patient pour l'informer et « lui remonter les bretelles ». Enfin, 12% (n=12) ont déclaré avoir informé les autorités judiciaires soit pour déposer une main courante soit pour porter plainte.

Concernant les médecins qui ont déclaré ne pas connaître la conduite à tenir, il y a eu 69 actions enregistrées. 39,1% (n=27) des médecins ont déclaré avoir convoqué et informé le patient, 40,6% (n=28) ont déclaré avoir informé les autorités de santé et 20,3% (n=14) ont avisé les autorités judiciaires.

2.6. Réponses des organismes de santé

Sur les 128 médecins qui ont été confrontés à cette problématique, plus de la moitié (70%) de ces médecins ont déclaré n'avoir pas eu connaissance des actions des organismes de santé (Ordres des médecins, la sécurité sociale, Ordres des pharmaciens).

Parmi les médecins qui ont informé l'Ordre des médecins, nous avons constaté que 64,5% n'ont pas eu connaissance des actions de l'Ordre. Et parmi les médecins qui ont informé la sécurité sociale, 56,3% des médecins ont déclaré n'avoir pas eu connaissance des actions de cet organisme.

2.7. Suggestions et remarques des médecins sur la problématique

Parmi les 128 médecins qui ont déclaré avoir été victime d'une ou de plusieurs falsifications, 45,3% (n=58) de ces médecins ont déclaré être concernés personnellement par cette problématique.

À la dernière question nous avons voulu connaître les actions souhaitées par ces médecins face à cette problématique. Parmi ces médecins, 11% (n=14) ont déclaré ne pas avoir compris la question, 17,2% (n=22) ont précisé ne pas avoir d'opinion. Le reste des médecins ont proposé des suggestions qui sont présentés dans l'Annexe 9.

Un thème récurrent apparaissant dans ces suggestions est la réclamation d'actions concrètes pour faire face à cette problématique.

3. Comparaison des médecins en fonction de la variable à expliquer, test du Chi-2

Tableau I: Caractéristiques sociodémographiques des médecins ayant été confrontés à la falsification de documents médicaux en fonction de leur connaissance sur la conduite à tenir (Bordeaux ; 2018 ; N=128)

Variables	Total N=128	Ne savaient pas quoi faire 48,4% (n= 62)	Savaient quoi faire 51,6 % (n= 66)	p-value
	%	%	%	
Caractéristiques des médecins				
Âge :				
29-45 ans	28,9	56,8	43,2	0,34
46-59 ans	52,3	47,8	52,2	
>60 ans	18,8	37,5	62,5	
Sexe :				
Hommes	65,6	47,6	52,4	0,80
Femmes	34,4	50,0	50,0	
Lieu d'activité:				
Rural	17,2	45,5	54,6	0,71
Semi-rural	39,8	52,9	47,1	
Urbain	43,0	45,5	54,5	
Médecin traitant:				
Non	31,3	65,0	35,0	0,04
Oui	50,0	40,6	59,4	
Les deux cas	18,8	41,7	58,3	
Concerné personnellement:				
Non	54,7	50,0	50,0	0,70
Oui	45,3	46,6	53,5	

Le tableau I présente les caractéristiques sociodémographiques des médecins ayant été confrontés à la falsification de documents médicaux en fonction de leur connaissance sur la conduite à tenir. L'âge du médecin, le genre (femme/homme) et le lieu d'activité n'ont pas été des facteurs associés à la connaissance sur la conduite à tenir en cas de falsification de documents médicaux.

Nous n'avons pas trouvé d'association statistiquement significative entre l'âge du médecin ($p=0,34$), être une femme ou un homme ($p=0,79$), le lieu d'activité ($p=0,71$), le fait de se sentir concerné ($p=0,69$) et notre variable à expliquer (le fait de connaître la conduite à tenir face à la problématique).

Par contre, il y a une association statistiquement significative entre le fait d'être le médecin traitant et le fait de connaître la conduite à tenir ($p=0,04$).

Nos résultats nous suggèrent la présence d'une tendance linéaire entre le nombre de falsifications et l'âge des médecins. Nous avons constaté que la tranche d'âge 60 ans et plus, a une plus grande probabilité d'avoir été victime de plusieurs falsifications, tandis que les plus jeunes étaient plus souvent victimes d'une seule falsification ($p=0,0045$) (tableau II, figure 11). Les médecins d'âge moyen se retrouvaient dans une situation intermédiaire.

Tableau II: Nombre de falsifications expérimentées en fonction de l'âge des médecins

Nombre de falsification	Âge des médecins			p-value
	29-45 ans	46-59 ans	>60 ans	
1 fois	65,8	40,3	29,2	0,0045
2 fois	15,8	38,8	25,0	
> 3 fois	18,4	20,9	45,8	

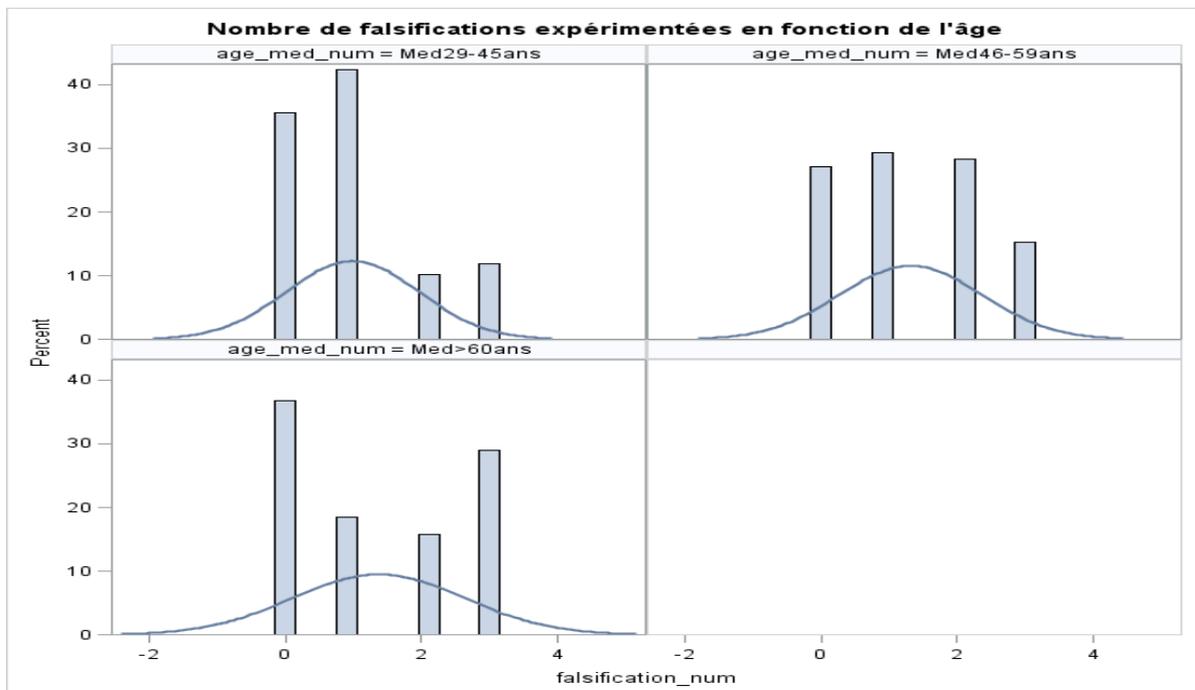


Figure 6: Nombre de falsifications expérimentés en fonction de l'âge des médecins

Le tableau III présente les caractéristiques des patients falsifiant les documents médicaux en relation avec la connaissance des médecins sur la conduite à tenir. Nous n'avons pas retrouvé d'association statistiquement significative entre le fait que le médecin savait la conduite à tenir et les caractéristiques des patients (âge et le sexe), sauf pour la tranche d'âge 15 à 20 ans ($p=0,04$).

Tableau III: Caractéristiques des patients falsifiant les documents médicaux en relation avec la connaissance des médecins sur la conduite à tenir (Bordeaux ; 2018 ; N=128)

Variables	Total N=128	Ne savaient pas quoi faire 48,4% (n= 62)	Savaient quoi faire 51,6 % (n= 66)	p-value
	%	%	%	
Caractéristiques des patients				
Sexe :				
Hommes	30,5	56,4	43,6	0,41
Femmes	37,5	47,9	52,1	
Les deux cas	32,0	41,5	58,5	
Âge :				
15-20 ans	12,5	25,0	75,0	0,04
Non âgés entre 15-20 ans	87,5	51,8	48,2	
21-28 ans	32,8	54,8	45,2	0,32
Non âgés entre 21-28 ans	67,2	45,4	54,7	
29-45ans	47,7	45,9	54,1	0,58
Non âgés entre 29-45 ans	52,3	50,8	49,3	
46-59 ans	29,7	44,7	55,3	0,59
Non âgés entre 46-59 ans	70,3	50,0	50,0	
Agés > 60 ans	20,3	38,5	61,5	0,25
Non âgés > 60 ans	79,7	51,0	49,0	

Le tableau IV présente les caractéristiques de la falsification des documents en relation avec la connaissance des médecins sur la conduite à tenir.

Il n'y avait pas d'association statistiquement significative entre la connaissance du médecin sur la conduite à tenir et les modalités de falsification (document manuscrit/informatisé) utilisées par les patients, ni sur la période de falsification.

Il y avait une association statistiquement significative entre la connaissance du médecin sur la conduite à tenir et lorsque le document falsifié concernait un ou plusieurs certificats ($p=0,01$).

Nous n'avons pas trouvé d'association statistiquement significative entre la connaissance du médecin sur la conduite à tenir et le type de document falsifié : les ordonnances simples ($p=0,39$), les ordonnances bizonnes ($p=0,08$), les ordonnances sécurisées ($p=0,96$), certificats d'arrêt de travail ($p=0,11$), les bons de transport ($p=0,09$).

Concernant la famille des médicaments contenus dans les ordonnances falsifiées, il existait une association statistiquement significative entre la connaissance du médecin sur la conduite à tenir et le fait que le médicament appartenait à la famille des benzodiazépines et /ou apparentées ($p=0,03$). Par contre, il n'y avait pas d'association significative lorsque le médicament appartenait à la famille des opioïdes et/ ou apparentés ($p=0,82$) ou à des traitements de substitution aux opiacés ($p=0,89$).

Tableau IV: Caractéristiques de la falsification des documents en relation avec la connaissance des médecins sur la conduite à tenir (Bordeaux ; 2018 ; N=128)

Variables	Total N=128	Ne savaient pas quoi faire 48,4% (n= 62)	Savaient quoi faire 51,6 % (n= 66)	p-value
	%	%	%	
Caractéristiques de la falsification des documents				
Médecin confronté à la falsification: ≥ 1 fois	100	48,4	51,6	-
Modalités de falsification:				
Manuscrites	57,8	52,7	47,3	
Informatisées	28,1	47,2	52,8	0,33
Les deux cas	14,1	33,3	66,7	
Période de la falsification:				
< 3 mois	3,9	40,0	60,0	0,70
A un autre date	96,1	48,9	51,2	
3-6 mois	4,7	16,7	83,3	0,11
A un autre date	95,3	50,0	50,0	
6-12 mois	9,4	41,7	58,3	0,62
A un autre date	90,6	49,2	50,9	
>12 mois	88,3	49,6	50,4	0,49
A un autre date	11,7	40,0	60,0	
Types de documents falsifiés :				
Ordonnances simples	65,6	51,2	48,8	0,39
Autres documents	34,4	43,2	56,8	
Ordonnances bizones	21,1	33,3	66,7	0,08
Autres documents	78,9	52,5	47,5	
Ordonnances sécurisées	19,5	48,0	52,0	0,96
Autres documents	80,5	48,5	51,5	
Arrêts de travail	25,8	36,6	63,6	0,11
Autres documents	74,2	52,6	47,4	
Bons de transport	2,3	0,0	100	0,09
Autres documents	97,7	49,6	50,4	
Certificats d'absence scolaire	10,9	21,4	78,6	0,03
Autres documents	89,1	51,8	48,3	
Certificats d'aptitude sport	4,7	66,7	33,3	0,36
Autres documents	95,3	47,5	52,5	
Certificats d'inaptitude sport	3,1	0,0	100,0	0,05
Autres documents	96,9	50,0	50,0	
Proportion totale des documents falsifiés :				
Aucun document	-	-	-	-
≥ 1 document	100	48,4	51,6	
Nombre de falsification selon le type de document :				
Aucun certificat	59,4	57,9	42,1	0,01
≥ 1 certificat	40,6	34,6	65,4	
Aucune ordonnance	15,6	45,0	55,0	0,74
≥ 1 ordonnance	84,4	49,1	50,9	
Médicaments contenus dans les ordonnances falsifiées :				
Benzodiazépines et apparentées	51,6	59,1	40,9	0,03
Autres médicaments	32,8	33,3	66,7	
non concerné par un médicament	15,6	45,0	55,0	
Opioïdes et apparentés	22,7	44,8	55,2	0,82
Autres médicaments	61,7	50,6	49,4	
non concerné par un médicament	15,6	45,0	55,0	
Tt de substitution aux opiacés	5,5	42,9	57,1	0,89
Autres médicaments	78,9	49,5	50,5	
non concerné par un médicament	15,6	45,0	55,0	

Le tableau V présente le signalement de la falsification, les actions des médecins et des organismes de santé en relation avec la connaissance des médecins sur la conduite à tenir.

Une association existait entre la connaissance du médecin sur la conduite à tenir et le fait que l'alerte de la falsification provenait du pharmacien ($p=0,05$).

Mais il n'y avait pas d'association significative pour les autres moyens d'alerte (le patient lui-même, l'Ordre des Médecins, la sécurité sociale).

Concernant les actions effectuées par les médecins, il y avait une association statistiquement significative entre la connaissance du médecin sur la conduite à tenir et son information de la falsification à la sécurité sociale ($p=0,02$).

Mais nous n'avons pas trouvé une association significative pour les autres actions réalisées par les médecins. Nous n'avons pas non plus trouvé une association significative en considérant la variable nombre d'actions conduites par le médecin ($p=0,36$).

Concernant la connaissance des médecins sur les actions menées par les organismes de santé, il n'existait aucune association statistiquement significative avec le fait de connaître la conduite à tenir face à la problématique.

Tableau V: Signalement de la falsification, actions des médecins et des organismes de santé en relation avec la connaissance des médecins sur la conduite à tenir (Bordeaux ; 2018 ; N=128)

Variables	Total	Ne savaient pas	Savaient	p-value
	N=128	quoi faire 48,4% (n= 62)	quoi faire 51,6 % (n= 66)	
	%	%	%	
Alerte du médecin de la falsification				
Le patient lui-même	10,9	57,1	42,9	0,49
Autres	89,1	47,4	52,6	
L'Ordre des Médecins				
L'Ordre des Médecins	1,6	50,0	50,0	0,96
Autres	98,4	48,4	51,6	
Le pharmacien				
Le pharmacien	63,3	42,0	58,0	0,05
Autres	36,7	59,6	40,4	
La sécurité sociale				
La sécurité sociale	32,0	48,8	51,2	0,96
Autres	68,0	48,3	51,7	
Actions du médecin				
Convoquer et informer le patient				
Convoquer et informer le patient	50,8	41,5	58,5	0,11
Autres actions	49,2	55,6	44,4	
Informer la sécurité sociale				
Informer la sécurité sociale	37,5	35,4	64,6	0,02
Autres actions	62,5	56,3	43,8	
Informer l'Ordre des Médecins				
Informer l'Ordre des Médecins	24,2	35,5	64,5	0,10
Autres actions	75,8	52,6	47,4	
Déposer une main courante				
Déposer une main courante	5,5	57,1	42,9	0,64
Autres actions	94,5	47,9	52,1	
Porter plainte				
Porter plainte	14,8	52,6	47,4	0,69
Autres actions	85,2	47,7	52,3	
Proportion des actions des médecins				
Aucune action	4,7	66,7	33,3	0,36
≥1 action	95,3	47,5	52,5	
Connaissance des actions des organismes de santé				
Aucune				
Aucune	70,3	51,1	48,9	0,35
≥1 action	29,7	42,1	57,9	
La sécurité sociale				
La sécurité sociale	25,8	42,4	57,6	0,42
Autres	74,2	50,5	49,5	
L'Ordre des médecins				
L'Ordre des médecins	11,7	33,3	66,7	0,21
Autres	88,8	50,4	49,6	
L'Ordre des pharmaciens				
L'Ordre des pharmaciens	5,5	28,6	71,4	0,28
Autres	94,5	49,6	50,4	

4. Comparaison des médecins en fonction de la variable à expliquer, analyses univariées

Pour l'analyse univariée, nous avons cherché les facteurs associés à la connaissance sur la conduite à tenir en cas de falsification (« savaient quoi faire » et « ne savaient pas quoi faire »).

Les résultats sont résumés dans les tableaux VI, VII, VIII et IX.

Les facteurs associés statistiquement de façon significative (**p-value inférieur à 0,05**) étaient :

- ✓ Le fait que le médecin était le médecin traitant par rapport à ceux qui ne l'étaient pas : $p=0,02$; $OR=2,7$; [IC 95% 1,19-6,16] (tableau VI).
- ✓ Le fait que le document falsifié concernait un certificat d'absence scolaire : $p=0,04$; $OR=3,93$; [IC 95% 1,04-14,85] (tableau VIII).
- ✓ Le fait que le document falsifié concernait un ou plusieurs certificats : $p=0,01$; $OR=2,59$; [IC 95% 1,25-5,39] (tableau VIII).
- ✓ Le fait que la classe de médicament contenu sur les ordonnances falsifiées était des benzodiazépines et/ou apparentées : $p=0,01$; $OR= 0,35$; [IC 95% 0,15-0,78] (tableau VIII).
- ✓ Le fait que l'action du médecin consistait à informer la sécurité sociale : $p=0,02$; $OR=2,34$; [IC 95% 1,12-4,91] (tableau IX).

5. Comparaison des médecins en fonction de la variable à expliquer, analyses multivariées par régression logistique

Les facteurs associés à la variable à expliquer à un seuil de significativité $p \leq 20\%$ ont été retenus pour l'analyse multi-variée.

Les résultats sont résumés dans les tableaux VI, VII, VIII et IX.

Dans le modèle final, quatre variables sont restées statistiquement associées à la connaissance des médecins sur la conduite à tenir au seuil de 5%.

- ✓ Ordonnance Bizone : $p=0,02$; $OR=6,02$; [IC 95% 1,42-25,61] (tableau VIII)
- ✓ Benzodiazépines et/ ou apparentés : $p=0,0005$; $OR=0,10$; [IC 95% 0,03-0,36] (tableau VIII)
- ✓ L'alerte du pharmacien de la falsification au médecin : $p=0,001$; $OR=12,33$; [IC 95% 2,76-55,16] (tableau IX).

- ✓ Information du médecin à la sécurité sociale : $p=0,02$; $OR=4,09$; [IC 95% 1,25-13,36] (tableau IX).

Tableau VI: Association entre les caractéristiques sociodémographiques des médecins et leur connaissance sur la conduite à tenir. Analyse univariée et multivariée par régression logistique (Bordeaux ; 2018 ; N=128)

Variables	Connaissance des médecins de la conduite à tenir [Ne savaient pas quoi faire (n=62); Savaient quoi faire (n=66)]			
	Analyse univariée		Analyse multivariée	
	OR; IC 95%	p-value	OR; IC 95%	p-value
Caractéristiques des médecins				
Âge				
29-45ans	Référence		Référence	
46-59ans	1,44 [0,64-3,22]	0,38	1,47 [0,48-4,54]	0,50
> 60 ans	2,19 [0,76-6,26]	0,14	4,14 [0,91-18,88]	0,07
Sexe				
Femmes	Référence		Référence	
Hommes	1,10 [0,53-2,28]	0,79	2,14 [0,74-6,15]	0,16
Non médecin traitant				
Médecin traitant	Référence		Référence	
Les deux cas	2,71 [1,19-6,16]	0,02	1,46 [0,460-4,62]	0,52
Lieu d'activité				
Semi rural	Référence		-	-
Rural	1,35 [0,49-3,68]	0,56	-	-
Urbain	1,35 [0,61-2,89]	0,44	-	-
Concerné personnellement				
Non	Référence		-	-
Oui	1,15 [0,57-2,31]	0,69	-	-

Tableau VII: Association entre les caractéristiques des patients falsifiant les documents médicaux et la connaissance des médecins sur la conduite à tenir. Analyse univariée et multivariée par régression logistique (Bordeaux ; 2018 ; N=128)

Variables	Connaissance des médecins de la conduite à tenir [Ne savaient pas quoi faire (n=62); Savaient quoi faire (n=66)]			
	Analyse univariée		Analyse multivariée	
	OR; IC 95%	p-value	OR; IC 95%	p-value
Caractéristiques des patients				
Âge				
Non âgés entre 15-20 ans	Référence		Référence	
15-20 ans	3,22 [0,98-10,60]	0,05	5,54 [0,79-39,07]	0,09
Non âgés entre 21-28 ans				
21-28 ans	Référence		-	-
Non âgés entre 21-28 ans	1,46 [0,69-3,06]	0,32	-	-
Non âgés entre 29-45 ans				
29-45 ans	Référence		-	-
Non âgés entre 29-45 ans	1,21 [0,61-2,43]	0,58	-	-
Non âgés entre 46-59 ans				
46-59 ans	Référence		-	-
Non âgés entre 46-59 ans	1,23 [0,58-2,65]	0,58	-	-
Non âgés > 60 ans				
> 60 ans	Référence		-	-
Non âgés > 60 ans	1,66 [0,69-4,01]	0,26	-	-
Sexe				
Femmes	Référence		Référence	
Hommes	0,71 [0,30-1,66]	0,43	0,49 [0,15-1,57]	0,23
Les deux cas	1,29 [0,56-3,01]	0,54	0,31 [0,07-1,37]	0,12

Tableau VIII: Association entre les caractéristiques de la falsification des documents et la connaissance des médecins sur la conduite à tenir. Analyse univariée et multivariée par régression logistique (Bordeaux ; 2018 ; N=128)

Variables	Connaissance des médecins de la conduite à tenir [Ne savaient pas quoi faire (n=62); Savaient quoi faire (n=66)]			
	Analyse univariée		Analyse multivariée	
	OR; IC 95%	p-value	OR; IC 95%	p-value
Caractéristiques de la falsification				
Modalités de falsification				
Manuscrites	Référence		-	-
Informatisées	1,25 [0,56-2,76]	0,59	-	-
Les deux cas	2,21 [0,76-6,57]	0,15	-	-
Période de la falsification				
À une autre date	Référence		-	-
< 3 mois	1,43 [0,23-8,85]	0,70	-	-
À une autre date	Référence		Référence	
3-6 mois	4,99 [0,57-44,05]	0,15	3,32 [0,23-48,15]	0,38
À une autre date	Référence		-	-
6-12 mois	1,35 [0,41-4,51]	0,62	-	-
À une autre date	Référence		-	-
>12 mois	0,68 [0,23-2,03]	0,49	-	-
Types de documents falsifiés				
Autres documents	Référence		-	-
Ordonnances simples	0,71 [0,35-1,51]	0,39	-	-
Autres documents	Référence		Référence	
Ordonnances bizones	2,21 [0,91-5,38]	0,08	6,02 [1,42-25,61]	0,02
Autres documents	Référence		-	-
Ordonnances sécurisées	1,02 [0,43-2,45]	0,96	-	-
Autres documents	Référence		Référence	
Arrêts de travail	1,94 [0,86-4,39]	0,11	2,70 [0,29-24,83]	0,38
Autres documents	Référence		-	-
Bons de transport	> 999 [<0,00- >999]	0,98	-	-
Autres documents	Référence		Référence	
Certifs d'absence scolaire	3,93 [1,04-14,85]	0,04	2,14 [0,10-44,30]	0,62
Autres documents	Référence		-	-
Certificats d'aptitude sport	0,45 [0,08-2,57]	0,37	-	-
Autres documents	Référence		-	-
Certificats d'inaptitude sport	> 999 [<0,00- >999]	0,98	-	-
Nombre de falsifications selon le type de document				
Aucun certificat	Référence		Référence	
≥1 certificat	2,59 [1,25-5,39]	0,01	5,68 [0,60-54,06]	0,13
Aucune ordonnance	Référence		-	-
≥1 ordonnance	0,85 [10,33-2,21]	0,74	-	-
Médicaments contenus dans les ordonnances falsifiées				
Autres médicaments	Référence		Référence	
Benzodiazépines et apparentées	0,35 [0,15-0,78]	0,01	0,10 [0,03-0,36]	0,0005
Non concerné par un médicament	0,61 [0,21-1,82]	0,39	0,24 [0,03-2,10]	0,19
Autres médicaments	Référence		-	-
Opioides et apparentés	1,26 [0,54-2,97]	0,59	-	-
Non concerné par un médicament	1,25 [0,47-3,36]	0,65	-	-
Autres médicaments	Référence		-	-
Tt de substitution aux opiacés	1,31 [0,28-6,14]	0,73	-	-
Non concerné par un médicament	1,19 [0,46-3,14]	0,71	-	-

Tableau IX: Association entre le signalement de la falsification, les actions des médecins et la connaissance des médecins sur la conduite à tenir. Analyse univariée et multivariée par régression logistique (Bordeaux ; 2018 ; N=128)

Variables	Connaissance des médecins de la conduite à tenir [Ne savaient pas quoi faire (n=62); Savaient quoi faire (n=66)]			
	Analyse univariée		Analyse multivariée	
	OR; IC 95%	p-value	OR; IC 95%	p-value
Alerte du médecin de la falsification				
Autres	Référence		-	-
Le patient lui-même	0,68 [0,22-2,07]	0,49	-	-
Autres	Référence		-	-
L'Ordre des Médecins	0,94 [0,06-15,34]	0,96	-	-
Autres	Référence		Référence	
Le pharmacien	2,04 [0,98- 4,23]	0,06	12,33 [2,76-55,16]	0,001
Autres	Référence		-	-
La sécurité sociale	0,98 [0,467-2,06]	0,96	-	-
Action du médecin				
Autres actions	Référence		Référence	
Convoquer et informer le patient	1,76 [0,87-3,54]	0,11	2,48 [0,77-8,00]	0,13
Autres actions	Référence		Référence	
Informar la sécurité sociale	2,34 [1,12-4,90]	0,02	4,09 [1,25-13,36]	0,02
Autres actions	Référence		Référence	
Informar l'Ordre des Médecins	2,01 [0,87-4,65]	0,10	1,81 [0,46-7,06]	0,40
Autres actions	Référence		-	-
Déposer une main courante	0,69 [0,15-3,22]	0,64	-	-
Autres actions	Référence		-	-
Porter plainte	0,82 [0,31-2,19]	0,69	-	-
Proportion des actions du médecin				
Aucune action	Référence		-	-
≥1 action	2,21 [0,39-12,50]	0,37	-	-
Connaissance des actions des organismes de santé				
Aucune	Référence		-	-
≥1 action	1,44 [0,67-3,09]	0,35	-	-
Autres	Référence		-	-
La sécurité sociale	1,39 [0,62-3,08]	0,42	-	-
Autres	Référence		-	-
L'Ordre des médecins	2,04 [0,65-6,33]	0,22	-	-
Autres	Référence		-	-
L'Ordre des pharmaciens	2,46 [0,46-13,16]	0,29	-	-

Le tableau X présente une analyse multivariée par régression logistique utilisant la méthode stepwise. Quatre variables sont restées significativement associées à la connaissance des médecins sur la conduite à tenir en cas de falsification de document médicaux.

Tableau X: Association entre les caractéristiques de la falsification des documents, le signalement de la falsification et la connaissance des médecins sur la conduite à tenir. Analyse multivariée par régression logistique (méthode stepwise) (Bordeaux ; 2018 ; N=128)

Variables	Connaissance des médecins sur la conduite à tenir	
	Analyse multivariée	
	OR; IC 95%	p-value
Type de document falsifié		
Autres documents	Référence	
Ordonnance bizona	4,09 [1,30-12,87]	0,02
Nombre de falsifications selon le type de document		
Aucun certificat	Référence	
≥1 certificat	8,11 [2,48-26,57]	0,0005
Médicament contenu dans les ordonnances falsifiées		
Autres médicaments	Référence	
Benzodiazépines et apparentées	0,21 [0,08- 0,58]	0,002
non concerné par un médicament	0,73 [0,16-3,389]	0,69
Alerte du médecin de la falsification		
Autres	Référence	
Le pharmacien	9,27 [2,71-31,74]	0,0004

DISCUSSION

1. Interprétation des résultats de l'étude

1.1. Types de documents falsifiés et modalités de falsification

Notre enquête a mis en évidence que la majorité des ordonnances falsifiées étaient des ordonnances simples (41%) puis bizones (13%) et enfin sécurisées (12%). Ces résultats étaient comparables avec les résultats des enquêtes OSIAP (3,11–15).

Dans ces enquêtes, ces ordonnances étaient majoritairement informatisées c'est à dire fabriquées sur ordinateur, photocopiées ou scannées (par exemple 58% en 2015 et 66% en 2017 (14,15)). Cependant la réalité était toute autre dans notre étude, en effet la majorité des documents falsifiés étaient manuscrits (65 % des cas).

Ce constat a été souligné dans l'étude du Docteur Anne-Cécile Pons, dans laquelle 52,8% des pharmaciens estimaient que plus de 50% des ordonnances suspectes étaient manuscrites. Mais ces mêmes pharmaciens soulignaient leur difficulté à identifier l'authenticité des ordonnances informatisées (48).

Pour le cas particulier des ordonnances bizones, nos résultats suggéraient que les médecins étaient plus attentifs sur la conduite à tenir par rapport aux autres types de documents (OR=4,09 ; IC 95%1,30-12,87 ; p=0,02).

1.2. Types de médicaments contenus dans les ordonnances falsifiées

Les résultats de notre étude ont montré que les benzodiazépines et apparentés détenaient le palmarès de la classe de médicaments la plus concernée par la falsification d'ordonnances avec 47% des cas. Elle était suivie par les analgésiques opioïdes et apparentés puis par les traitements de substitution aux opiacés.

Ces résultats étaient comparables aux résultats des enquêtes OSIAP (3–15), en effet les principales classes de médicaments figurant sur les ordonnances suspectes dans ces enquêtes étaient aussi des médicaments du système nerveux central (entre 50 et 60% selon les années). Les benzodiazépines et apparentés étaient les substances les plus fréquemment retrouvées.

Nos résultats laissent penser qu'il existe une problématique majeure concernant les benzodiazépines et apparentés. Les médecins étaient en difficulté face aux patients dépendant à ses médicaments ($p=0,0005$; $OR=0,10$; $IC\ 95\% 0,03-0,36$).

La falsification des ordonnances contenant ces médicaments est-elle favorisée par des troubles de l'usage ?

Dans la littérature, le risque d'abus et de dépendance physique et psychique de ces médicaments est bien démontré (57–60).

De nombreuses enquêtes d'addictovigilances ont montré que les benzodiazépines et apparentées arrivaient en seconde position (après les analgésiques opioïdes) des produits psychotropes détournés de leur utilisation (61–65).

En 2015, en médecine générale (enquête OPEMA 2015), les quatre benzodiazépines en tête du classement par indicateurs de détournement étaient l'oxazépam, le zolpidem, l'alprazolam, et le diazépam alors que, dans les structures spécialisées (enquête OPPIDUM 2015), celles en tête étaient l'oxazépam, le clonazépam, l'alprazolam et le bromazépam.

Dans ces enquêtes, on y retrouvait des signes évocateurs de mésusage et d'abus, à savoir l'utilisation de doses supérieures à deux fois celle recommandée par l'AMM, le détournement de la voie d'administration, la souffrance à l'arrêt du médicament, l'obtention illégale (marché noir, falsification ou vol d'ordonnance) ou encore la polyconsommation (alcool, drogues illicites, etc).

Les motifs recherchés par les usagés étaient multiples : récréatifs (hallucination ou l'euphorie), effets hypnotiques, conduite dopante, automédication à visée antidépressive ou anxiolytique. Dans la population toxicomane, les benzodiazépines sont surtout utilisées afin de potentialiser les effets des traitements de substitution aux opiacés ou compenser l'effet de manque aux opiacés.

D'autres études ont montré que les benzodiazépines et apparentés sont les substances les plus impliquées dans la soumission chimique. Les molécules les plus souvent rapportées dans ces études sont le zolpidem, bromazépam et le clonazépam (65,66).

Concernant les analgésiques opioïdes, la morphine était l'antalgique la plus consommée par les patients présentant une dépendance à une substance psychoactive, suivie de la codéine, puis du tramadol qui est en constante augmentation (67–71).

La voie d'administration était détournée par voie injectable dans 42% des cas, en particulier pour le sulfate de morphine, la buprénorphine, l'oxycodone et aussi le zolpidem (OPPIDUM, 2017).

Ces études suggèrent donc que la falsification des d'ordonnances est favorisée par l'addiction.

Dans notre étude, la part importante d'ordonnances falsifiées contenant des médicaments psychotropes, en particulier les benzodiazépines et apparentés, est possiblement dû à des troubles de l'usage. En effet, s'agissant de médicament à fort potentiel addictogène, les patients ne peuvent pas s'en passer et ils sont alors tentés de falsifier les ordonnances pour se procurer le médicament lorsque les circuits traditionnels sont défailants ou insuffisants (absence du médecin traitant, refus de prescription par le médecin, etc.).

Toutes ces données amènent à discuter de la problématique de la prise en charge des patients ayant des troubles de l'usage, alors que l'addiction devrait être une circonstance atténuante, celle-ci aggrave le plus souvent la situation des patients par ses conséquences. En effet, la falsification d'ordonnances est un facteur aggravant avec les risques pénaux encourus pour ces patients.

1.3. Caractéristiques des patients falsifiant les documents médicaux

Nos résultats nous suggéraient une prédominance des femmes falsifiant les documents médicaux pour les tranches d'âge suivantes : de 15-20 ans, de 29-45 ans et de 49-59 ans. Mais nous n'avons pas trouvé d'association significative pour la tranche d'âge 60 ans et plus. Concernant la tranche 21-28 ans, il y avait plus d'hommes que de femmes.

Dans la littérature, nous avons retrouvé deux types de profil de patients en fonction de la famille de médicaments contenus sur les ordonnances suspectes. Les ordonnances contenant des benzodiazépines ou apparentés seraient falsifiées par des patients de sexe féminin âgé en moyenne de 50 ans et plus dans un contexte de détresse psychologique qui serait plus fréquent (syndrome anxio-dépressif, les troubles d'insomnie), possédant un revenu moyen ou faible, inactive ou au chômage (18,20,65,72,73). Alors que les ordonnances contenant les analgésiques opioïdes ou des traitements de substitution à la pharmacodépendance des opiacées seraient falsifiées par des patients de sexe masculin et plutôt jeunes, dans un contexte de trouble de l'usage avec souvent détournement de la voie d'administration par voie injectable ou utilisation de forte dose (18,20,67,68).

Ceci aurait tendance à confirmer le fait que la falsification est favorisée par l'addiction, avec un choix des produits genrés.

Ces résultats étaient similaires à ceux constatés dans notre étude. En effet, nous avons constaté que les ordonnances contenant des analgésiques opioïdes ou apparentés étaient effectuées dans 59% des cas par des hommes alors que les ordonnances contenant des

benzodiazépines ou apparentés étaient effectués par des femmes dans 54% des cas.

Cependant, nous n'avons pas trouvé d'association entre sexe des usagers et les traitements de substitution aux opiacées. Il pourrait s'agir d'un défaut de puissance statistique. Nous avons aussi constaté dans notre étude que dans plus de la moitié des cas, le patient qui falsifiait était connu du cabinet, en effet pour 59,4% d'entre eux, le médecin victime de la falsification était le médecin traitant.

Ce constat a été souligné dans les résultats des enquêtes OSIAP, qui estimaient que dans 15 à 70% des cas le patient falsifiant l'ordonnance était connu de l'officine recueillant l'ordonnance suspecte (3,11,13–15).

Ces résultats ont souligné le rôle important du médecin traitant dans l'information et la prévention afin de dissuader les patients susceptibles de recommencer à falsifier des documents médicaux.

A noter que notre profil du patient était incomplet car nous n'avions pas les données socio-professionnelles qui auraient permis de mieux dresser ce profil.

1.4. Information du médecin sur la falsification

Dans notre étude, 47,5% des médecins ont déclaré avoir été informés de la falsification par le pharmacien. Ce sentiment a été retrouvé dans l'étude de Docteur Pons, puisque 87% des pharmaciens déclaraient contacter le prescripteur en cas de doute sur l'authenticité de l'ordonnance (48).

Ces éléments ont souligné l'importance des échanges d'informations entre les professionnels de santé. Notre étude nous a permis de nous rendre compte de l'importance de ces échanges. En effet l'information du médecin sur la falsification par le pharmacien augmenterait la probabilité que le médecin sache la conduite à tenir ($p=0,001$ en analyse multivariée et $p=0,0004$ en multivariée par méthode stepwise).

On pourrait supposer que les pharmaciens connaissent mieux la conduite à tenir car ils étaient plus confrontés à cette problématique et donc mieux sensibilisés.

Toujours d'après l'étude du Docteur Pons, 86% des pharmaciens déclaraient être confrontés à la présentation d'ordonnances suspectes entre une et douze fois par an.

98% de ces pharmaciens déclaraient recevoir des alertes pour vol et 82% des alertes pour falsification d'ordonnance de la part de l'Ordre des pharmaciens.

1.5. Actions des médecins

Lorsqu'ils étaient victimes d'une falsification, 51,6% des médecins déclaraient connaître la conduite à tenir.

Nos analyses ont montré que les actions des deux groupes (Savaient quoi faire versus ne savaient pas quoi faire) étaient similaires et que l'action principale de ces deux groupes était d'informer les autorités de santé.

Les médecins qui ont déclaré ne pas connaître la conduite à tenir avaient plus tendance à informer les autorités judiciaires que les médecins déclarant connaître la conduite à tenir (20,3% contre 12%).

Ce résultat est très positif, en effet, sans le savoir, ces médecins ont effectué une des principales recommandations du conseil national de l'Ordre des médecins sur la conduite à tenir en cas de falsification de documents médicaux (74).

Un autre point important à souligner est que nous n'avons pas trouvé d'association significative en fonction du sexe, de l'âge ou du lieu d'exercice des médecins.

1.6. Echange avec les organismes de santé

Parmi les médecins qui ont déclaré avoir informé les organismes de santé (Ordre des médecins ou la sécurité sociale) comme ils devaient le faire, 70% de ces médecins ont déclaré n'avoir pas eu connaissance des actions de ces organismes.

Cela pourrait donner l'impression que les organismes n'engageaient pas d'actions après un signalement, donc avec le risque de banalisation de la part du médecin des actions qu'il doit effectuer. Ces résultats soulèvent un manque de communication entre les organismes et les médecins.

Ce sentiment a été retrouvé dans la suggestion d'actions par les médecins, parmi lesquelles de très nombreux médecins réclamaient une amélioration de la communication avec les organismes de santé (*Annexe 7*).

L'autre problématique que montraient nos analyses était le besoin de formation des médecins, de nombreux médecins réclamant plus d'informations sur « la conduite à tenir en cas de falsification de documents médicaux » (*Annexe 7*).

De plus comme indiqué plus haut, le médecin victime de la falsification était le médecin traitant dans plus de la moitié des cas. Et nos analyses ont montré que le fait d'être médecin

traitant n'était pas un facteur influençant sur la connaissance du médecin concernant la conduite à tenir.

Il semble intéressant de proposer une formation ciblée sur cette problématique auprès des médecins généralistes.

Nous avons pu émettre quelques pistes permettant de favoriser la communication entre les organismes de santé et les médecins.

Tout d'abord, l'Ordre des médecins, la sécurité sociale ou l'ARS pourraient jouer le rôle de coordinateur afin d'organiser des groupes de travail sur une thématique (par exemple : la conduite à tenir face à la falsification de documents médicaux). Cela permettrait aussi d'avoir un retour des actions menées par l'assurance maladie ou l'Ordre des médecins.

L'autre piste d'amélioration serait la mise en place d'outils d'aide (supports d'informations) à destination des médecins généralistes.

Le Conseil National de l'Ordre des médecins a publié dans sa rubrique « en pratique » des conseils en cas de vol ou de falsification d'ordonnances (74). Cependant, il s'agit d'une formation expérientielle ; en effet, seuls les médecins qui sont concernés par une falsification sont susceptibles d'aller voir le site de l'Ordre. De plus les informations retrouvées sur le site de l'Ordre regroupent uniquement des informations portant sur les aspects juridiques.

2. Limites et forces de notre étude

2.1. Limites

Notre étude a été sujette à plusieurs limites qui doivent nuancer nos résultats.

Type de l'étude

Nous avons mené une enquête transversale descriptive. Ce qui pourrait fournir des informations utiles. Cependant, ce type d'étude nous a permis de faire le point sur notre question uniquement sur la période d'étude, mais elle ne nous permet pas de dégager une tendance dans le temps ni d'émettre de lien de causalité.

Néanmoins la méthode quantitative/descriptive était la plus adaptée pour atteindre notre objectif principal.

La taille de l'échantillonnage

Le taux de participation dans notre étude était de 38,5% (taux de questionnaire complet). Ce taux est probablement dû au manque de temps des maîtres de stage pour répondre aux questionnaires mais aussi à la sollicitation importante de ces médecins pour participer à d'autres études de thèses.

La comparaison avec d'autres études montre des taux de participation comparables au nôtre. Dans une étude nationale réalisée en 2016 portant sur l'opinion des maîtres de stage des universités sur la maîtrise de stage et sur la filière universitaire de médecine générale, le taux de participation était de 43,2 % (75).

Dans une autre étude dont l'objectif était d'établir une association entre le fait d'être maître de stage et une meilleure connaissance des recommandations médicales, le taux de participation était de 42,6 % pour les maîtres de stage et 39,6 % pour les non maîtres de stage (76) .

Le questionnaire

Notre questionnaire était composé majoritairement de questions fermées. Cette méthode nous a permis d'avoir un questionnaire facile et rapide à remplir par les médecins mais aussi de simplifier le recueil et l'analyse des données.

Cependant, cela limite la précision dans les réponses des médecins et entraîne donc une perte d'information.

Par ailleurs, nous avons choisi de diffuser le questionnaire par voie électronique du fait de sa facilité d'envoi ; cela laissait ainsi aux médecins le choix du moment opportun pour remplir le questionnaire. Par contre, ce mode de recrutement n'inclut pas les médecins n'utilisant pas d'adresse électronique. Mais cela ne nous paraissait pas discriminant pour notre étude car à notre connaissance l'ensemble des maîtres de stage disposait d'une adresse mail.

D'autre part, nous n'avons pas réalisé une phase pré-test sur un échantillon de la population cible afin d'évaluer le contenu du questionnaire. Cette phase nous aurait permis d'ajuster certaines questions mal comprises ou ambiguës (comme cela a été retrouvé dans les réponses de la question 17).

Les biais

Notre étude a été sujette à quelques biais :

Tout d'abord, nos résultats ne portent que sur un échantillon des médecins généralistes d'Aquitaine, il existait donc un biais de sélection, en particulier le biais de recrutement. Il s'est fait exclusivement auprès des maîtres de stage du DMG de Bordeaux probablement plus

sensibilisés à répondre aux questionnaires de thèse des internes de médecine générale. Il existait aussi un biais de sélection au sein même des maîtres de stage dans la mesure où la participation était sur la base du volontariat. Les maîtres de stage ayant donc répondu étaient probablement les plus intéressés par le sujet.

Ce qui rend l'interprétation de nos résultats prudente, même si ceux-ci sont en majorité concordants avec les données des enquêtes d'addictovigilances.

Il existait aussi un biais de non réponse qui aurait pu entraîner une perte de précision dans nos résultats. En effet, les caractéristiques des médecins n'ayant pas répondu à notre questionnaire pourraient être différentes de ceux ayant répondu.

Le biais d'interprétation : il était vraisemblable que les maîtres de stages qui n'ont pas répondu à notre questionnaire étaient moins intéressés par notre sujet. Il y avait aussi un biais d'interprétation possible constatée dans l'analyse des réponses de la question ouverte.

Enfin, notre étude est basée sur une enquête d'opinion et nos résultats reposent sur les déclarations subjectives des médecins avec le risque inhérent de biais de mémorisation. De plus, la plupart des falsifications sont ignorées des médecins, seuls les cas les plus flagrants étant connus, la répartition selon les différents types de falsifications connues et déclarées peut être différente de la réalité.

2.2. Forces

Un des points forts de cette étude est qu'elle porte sur un sujet qui n'avait jamais été abordé en thèse de médecine générale. En effet à notre connaissance, il s'agit de la première étude française s'intéressant à cette problématique auprès des médecins généralistes.

Une autre force majeure de notre étude est que nous avons pris en compte les principaux facteurs de confusion rencontrés dans la littérature :

- 1) Les caractéristiques des patients falsifiant les documents médicaux (l'âge, le sexe)
- 2) Les caractéristiques des documents falsifiés : le type de document, les classes de médicaments concernés par la falsification d'ordonnance, les modalités de falsification (documents informatisés ou manuscrites).

3. Perspectives

Après une forte demande des médecins interrogés dans notre étude sur la conduite à tenir (sur le plan légal) en cas de falsification de documents médicaux, nous avons réalisé une plaquette d'information (*Annexe 13*) à partir des données recueillies dans notre étude. Cette plaquette s'adresse aux médecins généralistes et porte sur la conduite à tenir en cas de falsification ou vol de documents médicaux.

Des études futures pourraient évaluer l'impact de cet outil sur le niveau de connaissance des médecins sur la conduite à tenir en cas de falsification de documents médicaux ou encore évaluer l'aide réelle apportée par cette plaquette.

Cependant, cette plaquette ne regroupe que des informations portant sur les aspects juridiques. Or, comme nous avons pu le voir, les patients qui falsifient sont probablement dans des troubles de l'usage, compte tenu du fort potentiel addictogène des médicaments retrouvés dans les ordonnances falsifiées.

La falsification d'ordonnance doit surtout être un signal d'alerte pour le médecin sur une probable addiction du patient à un ou plusieurs médicaments. Elle doit déclencher un entretien avec le patient afin de réaliser avec lui un protocole de soins permettant par exemple d'encadrer sa consommation et d'éviter le nomadisme médical.

Cet entretien sera aussi l'occasion de sensibiliser le patient des risques encourus, en particulier sur le plan légal.

CONCLUSION

Malgré les limites, notre étude montre que la falsification de documents médicaux est une problématique qui inquiète les médecins. Outre le fait qu'ils soient souvent confrontés à la falsification de documents médicaux, il y a un nombre important de médecins qui déclarent ne pas connaître la conduite à tenir face à cette problématique.

De plus, les médecins sont confrontés à la falsification d'ordonnances contenant des médicaments à fort potentiel addictogène, dont les benzodiazépines et apparentés.

Les médecins doivent être particulièrement vigilants lors de chaque prescription pour ce type de traitement et sensibiliser le patient sur les risques.

Ce travail montre que le médecin a plus tendance à connaître la conduite à tenir lorsque le document falsifié est une ordonnance bizona ou un certificat. Ou encore lorsque la classe de médicament contenu dans les ordonnances falsifiées est de type benzodiazépine ou apparentée, lorsque l'alerte de la falsification est donnée par le pharmacien.

Notre étude met aussi l'accent sur le manque d'information et de communication entre les médecins et les autorités de santé en particulier la sécurité sociale et l'Ordre des médecins. Les médecins interrogés souhaiteraient plus d'information de la part des autorités de santé mais aussi plus de formation, avec notamment des plaquettes d'information sur la conduite à tenir en cas de falsification de documents médicaux.

BIBLIOGRAPHIE

1. Éditions Larousse. Définition : falsification [Internet]. Dictionnaire de français Larousse. [cité 15 nov 2018]. Disponible sur:
<https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/falsification/32770>
2. Lacroix I, Lapeyre-Mestre M. Ordonnances suspectes, indicateur d abus et de pharmacodépendances (OSIAP) - Résultats 2003. Le courrier des addictions. 2003;4(6):153-5.
3. CEIP. Principaux résultats de l'enquête OSIAP 2016 [Internet]. [cité 25 nov 2018]. Disponible sur:
https://www.ansm.sante.fr/var/ansm_site/storage/original/application/2e4a929492eafcc848de7f7880e8f4fa.pdf
4. CIEP. Résultats des enquêtes OSIAP 2004-2005 [Internet]. [cité 15 nov 2018]. Disponible sur:
https://www.ansm.sante.fr/var/ansm_site/storage/original/application/c35518093e2361265821fa43f22b9aac.pdf
5. CEIP. Résultat de l'enquête OSIAP 2006 [Internet]. [cité 15 nov 2018]. Disponible sur:
https://www.ansm.sante.fr/var/ansm_site/storage/original/application/bf86956dd7cae520fcb3f595ae0f00f0.pdf
6. CEIP. Résultat de l'enquête OSIAP 2007 [Internet]. [cité 25 nov 2018]. Disponible sur:
https://www.ansm.sante.fr/var/ansm_site/storage/original/application/34eccf44847264bf8752f27f6e65c72d.pdf
7. CEIP. Résultat de l'enquête OSIAP 2008 [Internet]. [cité 25 nov 2018]. Disponible sur:
https://www.ansm.sante.fr/var/ansm_site/storage/original/application/3affa059c8f22842ad9e7b1e21f5ef14.pdf
8. CEIP. Résultat de l'enquête OSIAP 2009 [Internet]. [cité 25 nov 2018]. Disponible sur:
https://www.ansm.sante.fr/var/ansm_site/storage/original/application/e3aca65806f6ca762a5d683b4003cf9f.pdf
9. CEIP. Résultat de l'enquête OSIAP 2010 [Internet]. [cité 25 nov 2018]. Disponible sur:
https://www.ansm.sante.fr/var/ansm_site/storage/original/application/ee42dc584b2b9b97b7965dfd2d4886ef.pdf
10. CEIP. Résultat de l'enquête OSIAP 2011 [Internet]. [cité 25 nov 2018]. Disponible sur:
https://www.ansm.sante.fr/var/ansm_site/storage/original/application/c82f5a9768e2148799370689ec853160.pdf
11. CEIP. Résultat de l'enquête OSIAP 2012 [Internet]. [cité 25 nov 2018]. Disponible sur:
https://www.ansm.sante.fr/var/ansm_site/storage/original/application/ccf1b031de966fdc90fae91647ab8461.pdf
12. CEIP. Principaux résultats de l'enquête OSIAP 2013 [Internet]. [cité 25 nov 2018]. Disponible sur :
https://www.ansm.sante.fr/var/ansm_site/storage/original/application/51ecbe10fea30150290493657deb9cf7.pdf
13. CEIP. Principaux résultats de l'enquête OSIAP 2014 [Internet]. [cité 25 nov 2018].

Disponible sur:

https://www.ansm.sante.fr/var/ansm_site/storage/original/application/4533a686ca120449641b56c4491a58ac.pdf

14. CIEP. Principaux résultats de l'enquête OSIAP 2015 [Internet]. [cité 25 nov 2018].

Disponible sur: http://www.addictovigilance.fr/IMG/pdf/resume_osiap_2015.pdf

15. CIEP. Principaux résultats de l'enquête OSIAP 2017 [Internet]. [cité 1 avr 2019].

Disponible sur: http://www.addictovigilance.fr/IMG/pdf/plaquette_osiap_2017.pdf

16. Victorri-Vigneau C, Dailly E, Veyrac G, Jolliet P. Evidence of zolpidem abuse and dependence: results of the French Centre for Evaluation and Information on Pharmacodependence (CEIP) network survey. *Br J Clin Pharmacol*. août 2007;64(2):198-209.

17. Arrêté du 7 janvier 2017 portant application d'une partie de la réglementation des stupéfiants aux médicaments à base de zolpidem administrés par voie orale | Legifrance [Internet]. Disponible sur:

<https://www.legifrance.gouv.fr/eli/arrete/2017/1/7/AFSP1700581A/jo/texte>

18. Jouanjus E, Guernec G, Lapeyre-Mestre M, French Addictovigilance Network. Medical prescriptions falsified by the patients : a 12-year national monitoring to assess prescription drug diversion. *Fundam Clin Pharmacol*. 13 févr 2018;

19. Boeuf O, Lapeyre-Mestre M. Survey of Forged Prescriptions to Investigate Risk of Psychoactive Medications Abuse in France: Results of OSIAP Survey. *Drug Saf*. 2007;30(3):265-76.

20. Lapeyre-Mestre M, Damase-Michel C, Adams P, Michaud P, Montastruc JL. Falsified or forged medical prescriptions as an indicator of pharmacodependence: A pilot study. *Eur J Clin Pharmacol*. 10 avr 1997 ;52(1):37-9.

21. Code de la santé publique. Article R4127-8 modifié par Décret n°2012-694 du 7 mai 2012 - art. 1 [Internet]. Disponible sur:

<https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?idArticle=LEGIARTI000006912869&cidTexte=LEGITEXT000006072665>

22. Code de la sécurité sociale. Article L162-2-1 [Internet]. Disponible sur:

<https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006073189&idArticle=LEGIARTI000006741333&dateTexte=&categorieLien=cid>

23. Code de la sécurité sociale. Article R163-2 modifié par Décret n°2012-597 du 27 avril 2012 - art. 5 [Internet]. Disponible sur:

<https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006073189&idArticle=LEGIARTI000006746688&dateTexte=&categorieLien=cid>

24. Code de la santé publique. Article R5132-3 modifié par Décret n°2013-1216 du 23 décembre 2013 - art. 2 [Internet]. Disponible sur:

<https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006072665&idArticle=LEGIARTI000006915531&dateTexte=&categorieLien=cid>

25. Code de la santé publique. Article R5125-54 [Internet]. Disponible sur:

<https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?idArticle=LEGIARTI000006915237&cidTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=20081222>

26. Code de la santé publique. Article R5132-4 modifié par Décret n°2007-596 du 24 avril

- 2007 - art. 1 JORF 26 avril 2007 [Internet]. Disponible sur:
<https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006072665&idArticle=LEGIARTI000006915535&dateTexte=&categorieLien=cid>
27. Code de la santé publique. Article L5132-1 [Internet]. Disponible sur:
<https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?idArticle=LEGIARTI000006690125&idTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=20081208>
28. Code de la santé publique. Article R5132-2 [Internet]. Disponible sur:
<https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?idArticle=LEGIARTI000006915530&idTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=20081208>
29. Code de la santé publique. Article R5132-21 [Internet]. Disponible sur:
<https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?idArticle=LEGIARTI000006915565&idTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=20081210>
30. Code de la santé publique. Article R5132-5 [Internet]. Disponible sur:
<https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?idArticle=LEGIARTI000006915537&idTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=20090618>
31. Code de la santé publique. Article R5132-29 modifié par Décret n°2007-596 du 24 avril 2007 - art. 1 JORF 26 avril 2007 [Internet]. Disponible sur:
<https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?idArticle=LEGIARTI000006915577&idTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=20081204>
32. Code de la sécurité sociale. Article L162-4-2 modifié par LOI n°2011-2012 du 29 décembre 2011 - art. 5 [Internet]. Disponible sur:
<https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006073189&idArticle=LEGIARTI000006741336&dateTexte=&categorieLien=cid>
33. Code de la santé publique. Article R5132-33 modifié par Décret n°2007-157 du 5 février 2007 - art. 5 JORF 7 février 2007 [Internet]. Disponible sur:
<https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?idArticle=LEGIARTI000006915586&idTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=20081204>
34. Code de la santé publique. Article R5121-77 [Internet]. Disponible sur:
<https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?idArticle=LEGIARTI000006914819&idTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=20081204>
35. Boissin H., Rougemont D. Les certificats médicaux. Règles générales d'établissement. 2006;7.
36. Conseil national de l'Ordre des médecins. Fiche pratique sur les certificats médicaux [Internet]. 2016 [cité 25 nov 2018]. Disponible sur: <https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/cnomcertificatsmedicaux.pdf>
37. Pouillard J. Les certificats médicaux [Internet]. UNAFORMEC. 2005 [cité 15 nov 2018]. Disponible sur: http://www.fmc-tourcoing.org/PROGRAMME_FMC/06-05-CERTIFICATS/redaction_certificats.pdf
38. Code de la santé publique. Article R4127-76 [Internet]. Disponible sur:
<https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006072665&idArticle=LEGIARTI000006912948>
39. Code de la sécurité sociale. Article L114-13 créé par Loi n°2005-1579 du 19 décembre 2005 - art. 92 JORF 20 décembre 2005, abrogé par LOI n°2013-1203 du 23 décembre 2013 - art. 86 [Internet]. Disponible sur:

<https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006073189&idArticle=LEGIARTI000006741030&dateTexte=&categorieLien=cid>

40. Code pénal. Article 441-1 modifié par Ordonnance n°2000-916 du 19 septembre 2000 - art. 3 (V) JORF 22 septembre 2000 en vigueur le 1er janvier 2002 [Internet]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006070719&idArticle=LEGIARTI000006418752>

41. Code pénal. Article 311-1 [Internet]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006070719&idArticle=LEGIARTI000006418127>

42. Code pénal. Article 311-3 [Internet]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006070719&idArticle=LEGIARTI000006418130&dateTexte=&categorieLien=cid>

43. Code de la santé publique. Article L5432-2 créé par Ordonnance n°2013-1183 du 19 décembre 2013 - art. 9 [Internet]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006072665&idArticle=LEGIARTI000028349961&dateTexte=&categorieLien=cid>

44. Code pénal. Article 222-37 modifié par Ordonnance n°2000-916 du 19 septembre 2000 - art. 3 (V) JORF 22 septembre 2000 en vigueur le 1er janvier 2002 [Internet]. Code pénal. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?idArticle=LEGIARTI000006417724&idTexte=LEGITEXT000006070719>

45. Code pénal. Article 433-17 modifié par LOI n°2009-1437 du 24 novembre 2009 - art. 50 [Internet]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006070719&idArticle=LEGIARTI000006418581&dateTexte=&categorieLien=cid>

46. l'Assurance Maladie. Lutte contre les abus et les fraudes à l'Assurance Maladie : les résultats 2016 en Alsace [Internet]. Communiqués et dossiers de presse. 2017 [cité 24 nov 2018]. Disponible sur: https://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/dp_fraudes_190517.pdf

47. Tranthimy L. 250 millions d'euros de fraudes à l'assurance-maladie, en constante progression [Internet]. Le Quotidien du Médecin. 2018 [cité 28 oct 2018]. Disponible sur: https://www.lequotidiendumedecin.fr/actualites/article/2018/01/04/250-millions-deuros-de-fraudes-lassurance-maladie-en-constante-progression_853813

48. Pons A-C. La falsification des ordonnances par les usages : état des lieux et axes d'amélioration [Mémoire de pharmacien inspecteur de santé publique]. [Rennes]: Ecole des Hautes Études en Santé Publique; 2014.

49. Arrêté du 24 août 2011 portant application de la réglementation des stupéfiants aux médicaments à base de clonazépam administrés par voie orale [Internet]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000024535807&categorieLien=id>

50. CLIO Santé. E_Prescription: Comment deployer la prescription électronique [Internet]. Ordre National des Pharmaciens. 2012 [cité 11 nov 2018]. Disponible sur: <http://www.ordre.pharmacien.fr/content/download/10476/151593/version/2/file/Prescription-electronique-clio-note-orientation.pdf>

51. l'Assurance Maladie. Téléservice PEM2D. Expérimentation- Prescription électronique de médicaments [Internet]. [cité 11 nov 2018]. Disponible sur: https://www.ameli.fr/sites/default/files/Documents/348667/document/mention_dinformation_pem2d_v_d.pdf
52. Plan national de gestion du risque et d'efficience du système de soins (PNGDRESS) 2018-2019 [Internet]. Le portail du service public de la sécurité sociale. 2018 [cité 29 nov 2018]. Disponible sur: http://www.securite-sociale.fr/IMG/pdf/pngdress_2018_-_2019.pdf
53. l'Assurance Maladie. Convention d'objectifs et de gestion entre l'Etat et la CNAM 2018-2022 [Internet]. Dossiers de presse. 2018 [cité 1 déc 2018]. Disponible sur: <http://www.sgpc-cfe-cgc.com/wp-content/uploads/2017/11/161117-orientations-COG-2018-2021.pdf>
54. Lapeyre-Mestre M, Gony M, Carvajal A, Macias D, Conforti A, D'Incau P, et al. A European community pharmacy-based survey to investigate patterns of prescription fraud through identification of falsified prescriptions. *Eur Addict Res.* 2014;20(4):174-82.
55. Victorri-Vigneau C, Larour K, Simon D, Pivette J, Jolliet P. Création et validation d'un outil de détection de la fraude par falsification d'ordonnance à partir des bases de données de l'Assurance Maladie. *Thérapie.* janv 2009;64(1):27-31.
56. Délégation Nationale à la Lutte Contre la Fraude [Internet]. Lettre d'information n°37. 2018 [cité 15 nov 2018]. Disponible sur: https://www.economie.gouv.fr/files/files/directions_services/dnlf/DNLF_info_juillet_2018.pdf
57. Barberot P, Gibaja V, Benkhedda C, Dobre D, Tournebize J, Kahn J-P. Identification de cas d'abus/dépendance par le réseau français d'addictovigilance : une étude pilote du CEIP-A et du Centre psychothérapique de Nancy. *Thérapies.* Juin 2019 ;74(3):389-97.
58. Ponté C, Lepelley M, Boucherie Q, Mallaret M, Lapeyre Mestre M, Pradel V, et al. Doctor shopping of opioid analgesics relative to benzodiazepines : A pharmacoepidemiological study among 11.7 million inhabitants in the French countries. *Drug Alcohol Depend.* juin 2018;187:88-94.
59. Hernandez SH, Nelson LS. Prescription Drug Abuse: Insight Into the Epidemic. *Clin Pharmacol Ther.* sept 2010;88(3):307-17.
60. Pradel V, Delga C, Rouby F, Micallef J, Lapeyre-Mestre M. Assessment of Abuse Potential of Benzodiazepines from a Prescription Database Using 'Doctor Shopping' as an Indicator. *CNS Drugs.* 1 juill 2010 ;24:611-20.
61. CIEP, Addictovigilance PACA-Corse. Résultats de l'enquête OPPIDUM 2015 [Internet]. [cité 4 sept 2019]. Disponible sur: http://www.addictovigilance.fr/IMG/pdf/resultats_oppidum_2015.pdf
62. CIEP, Addictovigilance PACA-Corse. Résultats de l'enquête OPPIDUM 2016 [Internet]. [cité 4 sept 2019]. Disponible sur: http://www.addictovigilance.fr/IMG/pdf/resultats_oppidum_2016.pdf
63. CIEP, Addictovigilance PACA-Corse. Résultats de l'enquête OPEMA 2014 [Internet]. [cité 4 sept 2019]. Disponible sur: http://www.addictovigilance.fr/IMG/pdf/Resultats_opema_2014.pdf
64. CIEP, Addictovigilance PACA-Corse. Résultats de l'enquête OPEMA 2015 [Internet]. [cité 4 sept 2019]. Disponible sur:

http://www.addictovigilance.fr/IMG/pdf/plaquette_resultats_opema_2015.pdf

65. Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des produits de santé ANSM. Etat des lieux de la consommation des benzodiazépines - Point d'Information [Internet]. 2017 [cité 6 sept 2019]. Disponible sur: <https://ansm.sante.fr/S-informer/Points-d-information-Points-d-information/Etat-des-lieux-de-la-consommation-des-benzodiazepines-Point-d-Information>
66. Djeddar S, Questel F, Burin E, Dally S, the French Network of Centers for Evaluation and Information on Pharmacodependence. Chemical submission: results of 4-year French inquiry. *Int J Legal Med.* 1 mai 2009;123(3):213-9.
67. Rolland B, Bouhassira D, Authier N, Auriacombe M, Martinez V, Polomeni P, et al. Mésusage et dépendance aux opioïdes de prescription : prévention, repérage et prise en charge. *Rev Médecine Interne.* août 2017;38(8):539-46.
68. Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des produits de santé ANSM. État des lieux de la consommation des antalgiques opioïdes et leurs usages problématiques [Internet]. 2019 [cité 10 sept 2019]. Disponible sur: <https://ansm.sante.fr/S-informer/Points-d-information-Points-d-information/Antalgiques-opioides-l-ANSM-publie-un-etat-des-lieux-de-la-consommation-en-France-Point-d-Information>
69. Peyriere H, Nogue E, Eiden C, Frauger E, Charra M, Picot M-C. Evidence of slow-release morphine sulfate abuse and diversion: epidemiological approaches in a French administrative area. *Fundam Clin Pharmacol.* 2016;30(5):466-75.
70. Roussin A, Doazan-d'Ouince O, Géniaux H, Halberer C. Evaluation of Abuse and Dependence in Addiction Monitoring Systems: Tramadol as an example. *Therapies.* mars 2015;70(2):213-21.
71. Peyriere H, Eiden C, Micallef J, Lapeyre-Mestre M, Faillie J-L, Blayac J-P. Slow-release oral morphine sulfate abuse: results of the postmarketing surveillance systems for psychoactive prescription drug abuse in France. *Eur Addict Res.* 2013;19(5):235-44.
72. Ashton H. Psychotropic-drug prescribing for women. *Br J Psychiatry Suppl.* mai 1991;(10):30-5.
73. OFDT. Drogues, chiffres clés. 7ème édition [Internet]. 2017 [cité 4 sept 2019]. Disponible sur: <https://www.ofdt.fr/publications/collections/periodiques/drogues-chiffres-cles/7eme-edition-2017/>
74. Conseil national de l'Ordre des médecins. Ordonnances et sécurités . Les fiches pratiques [Internet]. 2017 [cité 15 nov 2018]. Disponible sur: <https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/cnomordonnances.pdf>
75. Bouchery C. Opinions des maitres de stage des universités sur la filière universitaire de médecine générale et la maîtrise de stage [Thèse d'exercice]. [Bordeaux]: Université de Bordeaux II Segalen; 2016.
76. Dubois E. Maître de stage : la meilleure méthode de formation continue en médecine générale ? [Thèse d'exercice]. [Paris]: Faculté de Médecine Paris Descartes; 2009.

ANNEXES

Annexe 1: Questionnaire adressé aux maîtres de stage

Questionnaire à destination des médecins généralistes sur la falsification de documents médicaux par les usagers

Il y a 17 questions dans ce questionnaire

Informations générales

[] Quel est votre âge ? *

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- De 29 à 45 ans
- De 46 à 59 ans
- 60 ans et plus

[] Quel est votre sexe ? *

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Homme
- Femme

[] Quel est votre mode d'exercice? *

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Rural
- Semi-rural
- Urbain

Falsification

[] Avez-vous été confronté durant votre activité à la falsification de documents médicaux par les usagers ? *

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- 1 fois
- 2 fois
- > 3 fois
- Non

[] Si oui, quand cela s'est-il produit ? (plusieurs réponses possible) *

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :

La réponse n'était pas 'Non' à la question '4 [Q4]' (Avez-vous été confronté durant votre activité à la falsification de documents médicaux par les usagers ?)

Veillez choisir toutes les réponses qui conviennent :

- Moins de 3 mois
- Entre 3 et 6 mois
- Entre 6 mois et 1 an
- Plus d'1 an

[] Quels étaient le type de documents médicaux falsifiés ? (plusieurs réponses possible) *

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :

La réponse était 'Plus d'1 an' ou 'Entre 6 mois et 1 an' ou 'Entre 3 et 6 mois' ou 'Moins de 3 mois' à la question '5 [Q5]' (Si oui, quand cela s'est-il produit ? (plusieurs réponses possible))

Veillez choisir toutes les réponses qui conviennent :

- Ordonnance simple
- Ordonnance sécurisée
- Ordonnance bizone
- Arrêt de travail
- Certificat d'absence scolaire
- Certificat d'aptitude au sport
- Certificat d'inaptitude au sport
- Bon de transport

Autre:

Patients

[]Etiez-vous le médecin traitant de ce(s) patient(s) ? *

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :

La réponse était 'Manuscrit(s)' ou 'Informatisé(s)' ou 'Les deux' à la question '7 [Q7]' (Le ou les document (s) étai(en)t-il(s) ?)

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Oui
- Non
- J'ai eu les deux cas

[]Quel âge avait ce(s) patient(s) ? *

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :

La réponse était 'Oui' ou 'Non' ou 'J'ai eu les deux cas' à la question '9 [Q9]' (Etiez-vous le médecin traitant de ce(s) patient(s) ?)

Veillez choisir toutes les réponses qui conviennent :

- De 15 à 20 ans
- De 21 à 28 ans
- De 29 à 45 ans
- De 49 à 59 ans
- 60 ans et plus

[]Quel était le sexe de ce(s) patient(s) ? *

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :

La réponse était '60 ans et plus' ou 'De 49 à 59 ans' ou 'De 29 à 45 ans' ou 'De 21 à 28 ans' ou 'De 15 à 20 ans' à la question '10 [Q10]' (Quel âge avait ce(s) patient(s) ?)

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Homme(s)
- Femme(s)
- Les deux

Actions

[]Comment avez vous prit connaissance de la falsification du ou des documents médicaux ? *

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :

La réponse était 'Homme(s)' ou 'Femme(s)' ou 'Les deux' à la question '11 [Q11]' (Quel était le sexe de ce(s) patient(s) ?)

Veillez choisir toutes les réponses qui conviennent :

- Par le patient lui même
- Par le pharmacien
- Par l'ordre des médecins
- Par la sécurité sociale
- Autre:

[]Saviez-vous quoi faire face à cette situation ? *

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :

La réponse était 'Homme(s)' ou 'Femme(s)' ou 'Les deux' à la question '11 [Q11]' (Quel était le sexe de ce(s) patient(s) ?)

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Oui
- Non

[]Quelle a été votre action ? *

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :

La réponse était 'Oui' ou 'Non' à la question '13 [Q13]' (Saviez-vous quoi faire face à cette situation ?)

Veillez choisir toutes les réponses qui conviennent :

- Convoquer et informer le patient : « lui remonter les bretelles »
- Informer l'Ordre des Médecins
- Informer la Sécurité Sociale
- Déposer une main courante auprès des autorités
- Porter plainte auprès des autorités
- Autre:

[]Avez vous eu connaissance de l'action du ou des organismes suivants : *

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :

La réponse était 'Oui' ou 'Non' à la question '13 [Q13]' (Saviez-vous quoi faire face à cette situation ?)

Choisissez la réponse appropriée pour chaque élément :

	Oui	Non
Ordre des Médecins	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ordre des Pharmaciens	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
La Sécurité Sociale	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

[]Cette problématique vous concerne t'elle à titre personnel ? *

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :

La réponse était '1 fois' ou '2 fois' ou '> 3 fois' ou 'Non' à la question '4 [Q4]' (Avez-vous été confronté durant votre activité à la falsification de documents médicaux par les usagers ?)

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Oui
 Non

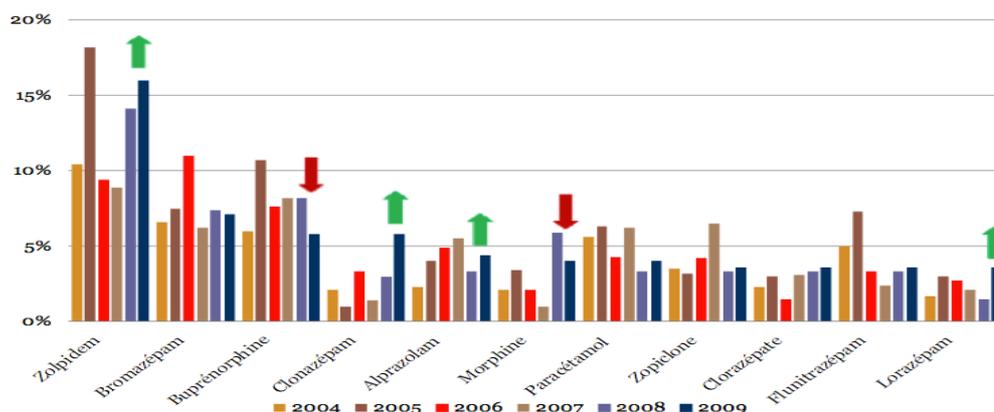
[]Que souhaiteriez vous comme action ? *

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :

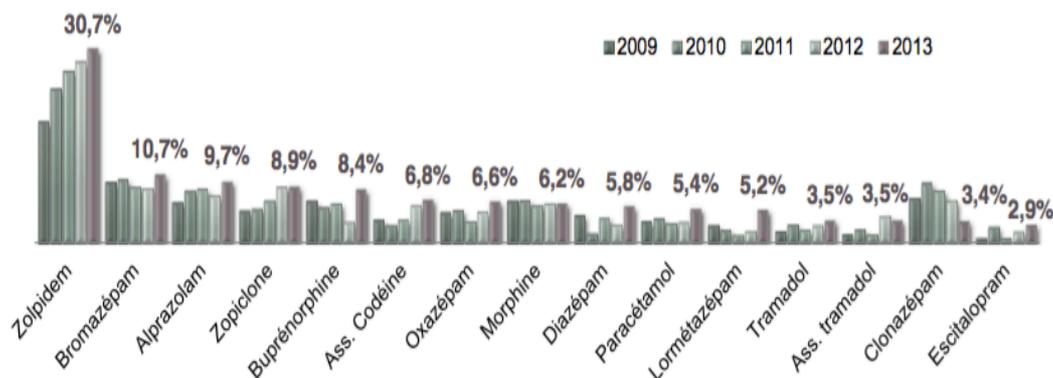
La réponse était 'Oui' ou 'Non' à la question '16 [Q16]' (Cette problématique vous concerne t'elle à titre personnel ?)

Veillez écrire votre réponse ici :

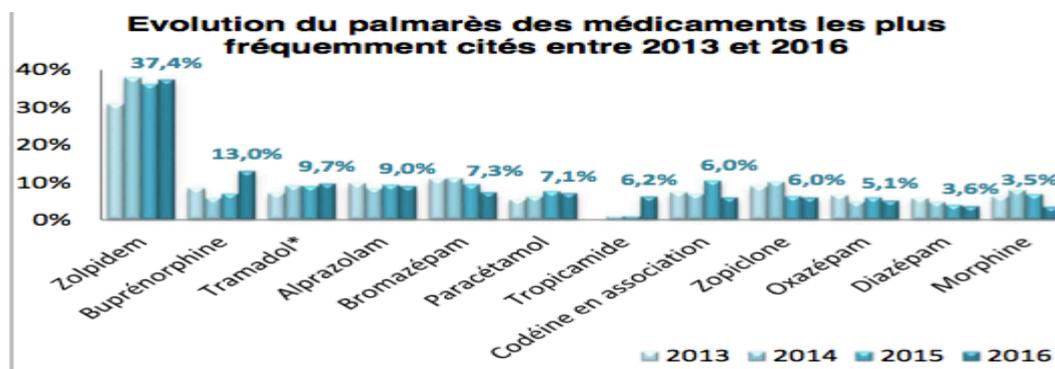
Annexe 2: Palmarès des médicaments les plus fréquemment cités entre 2004 et 2009 (source: enquêtes OSIAP 2009) (8)



Annexe 3: Palmarès des médicaments les plus fréquemment cités entre 2009 et 2013 (source: enquêtes OSIAP 2013) (12)

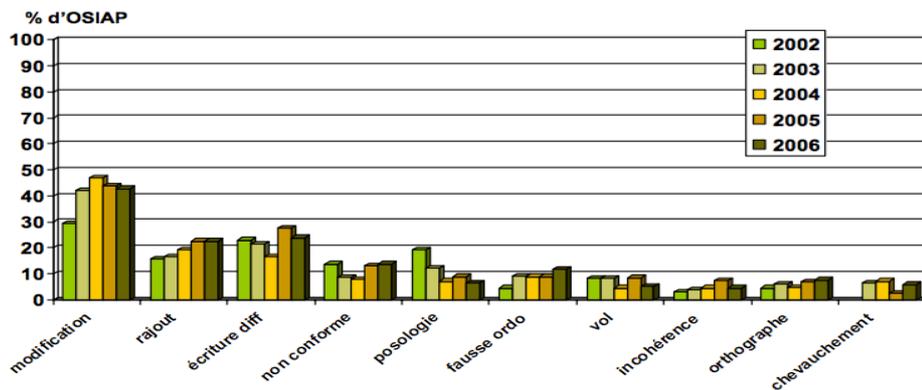


Annexe 4: Palmarès des médicaments les plus fréquemment cités entre 2013 et 2016 (source: enquêtes OSIAP 2016) (3)

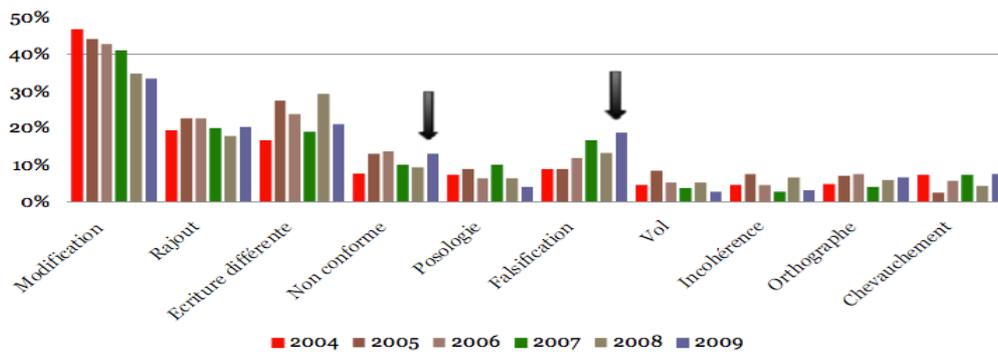


*Les spécialités contenant du tramadol (seul et en association au paracétamol) ont été regroupées

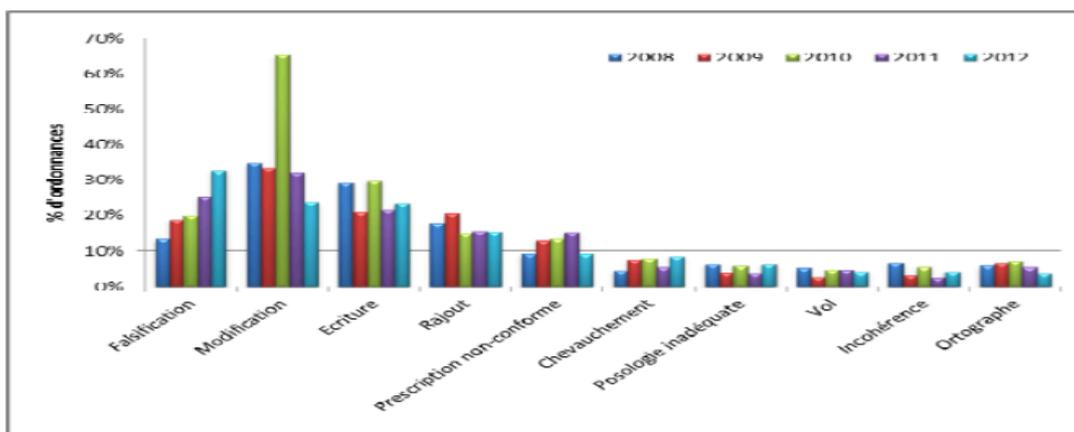
Annexe 5: Critères de suspicion des ordonnances entre 2002 à 2006 (source: enquête OSIAP 2006) (5)



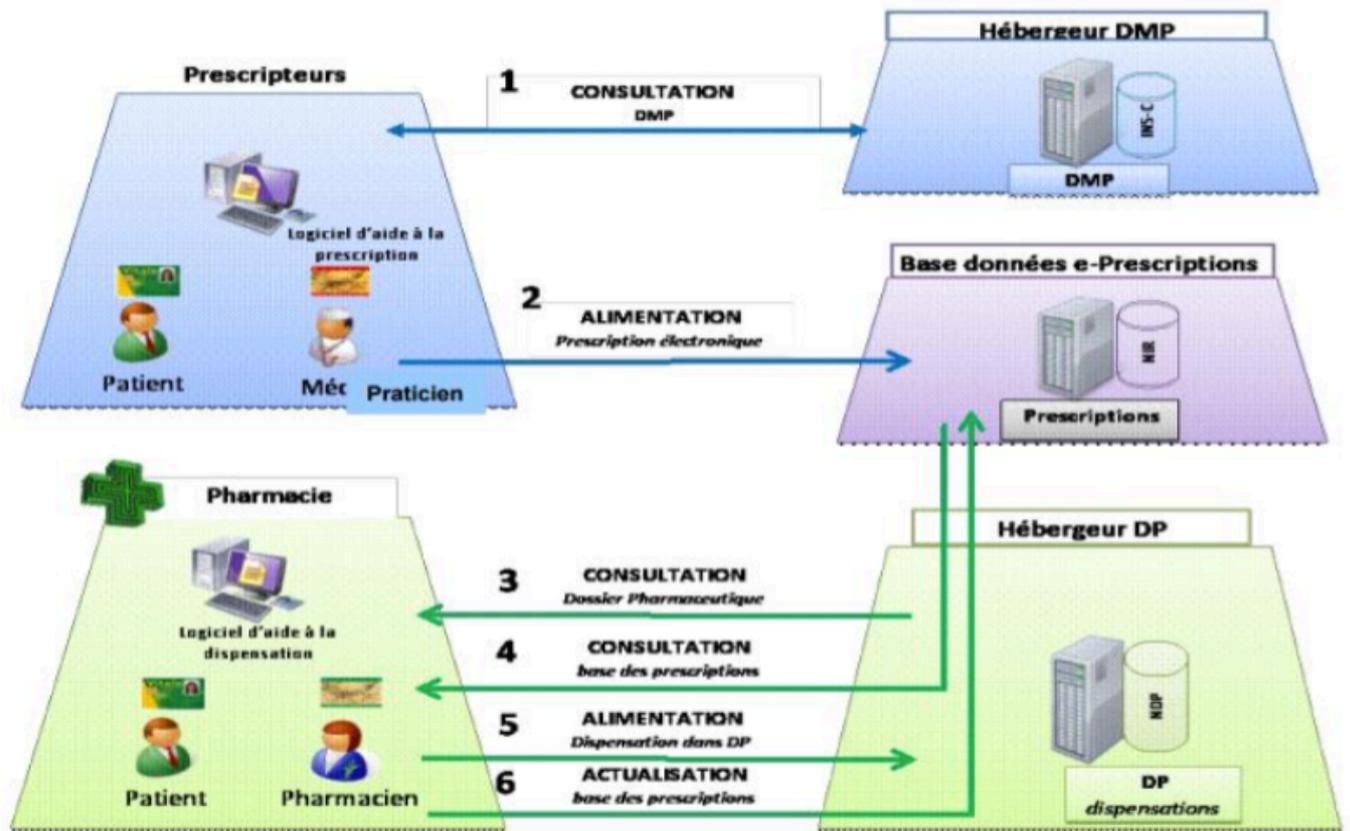
Annexe 6: Critères de suspicion des ordonnances entre 2004 à 2009 (source: enquête OSIAP 2009) (8)



Annexe 7: Critères de suspicion des ordonnances entre 2008 à 2012 (source: enquête OSIAP 2012) (11)



Annexe 8: Projet CLIO 2012 (50)



Annexe 9: Suggestions et remarques des médecins

Les démarches à suivre	<p>Information sur la CAT Une CAT précise Procédure simplifiée pour dénoncer ce genre de pratique une information éclairée sur les suites à donner en cas de fraude Avoir une cat claire en cas de falsification d'ordonnance ou d'arrêt de travail je n'ai jamais eu ce soucis et aucune expérience sur ce problème, mais si c'est la cas que faire? Se tourner vers l'ordre des médecins ?... Peut être un service dédié à ses problèmes au niveau de l'ordre, si il n'existe pas déjà?! Être informé des possibilités de déclaration faciles de falsification Procédure codifiée en cas de falsification Ca ne m'est jamais arrivé, mais ça peut être intéressant d'avoir des retours d'expériences pour savoir q ça arrive Connaître la démarche claire Savoir quelle est la marche à suivre si falsification : qui prévenir ? L'informatisation a bien éviter les problèmes mais le vol d'ordonnance reste toujours possible et le changement de pharmacie même loin du domicile est toujours possible Conduite à tenir claire de l'Ordre qui m'avait donné des conseils approximatifs Modalité pour éviter ce genre de fraude Amélioration de l'information des médecins quand à la conduite à tenir légale Démarche à effectuer Des conseils de conduite à tenir dans ce type de circonstance Savoir qu'elle Attitude à avoir devant ce problème Information pertinente sur les risques liés à la falsification et les méthodes pour tenter de les éviter Actions à mener auprès des autorités Guide de bonnes pratiques avec conduite à tenir en cas de falsification de documents médicaux Registre avec accès rapide de signalement pour les médecins comme celui des pharmaciens</p>
Amélioration des échanges entre les professionnels de santé	<p>La bienveillance du pharmacien me paraît être le meilleur filtre Une réactivité plus performante de la part des organismes de tutelle Meilleure collaboration avec le pharmacien Encourager une plus grande correspondance, un dialogue ouvert avec les pharmaciens Une mailing list des pharmaciens et des médecins généralistes installés par secteur pour les prévenir plus rapidement de la circulation d'ordonnances falsifiées que par le biais de la cpan Liaisons avec les pharmaciens, les organismes sociaux et pourquoi pas les employeurs en restant dans le registre administratif pur Facilitation des démarches de signalement auprès d'un organisme unique (plutôt sécurité sociale que conseil de l'ordre) être soutenue par le CO en cas de fraude et confrontation avec le patient Plus de communication avec la sécurité sociale et le conseil de l'ordre Information auprès des professionnels de santé Une méthode pluridisciplinaire Se faire représenter par les institutions quand cela se produit. Pas le temps de s'en occuper Une réponse judiciaire plus efficace Une écoute plus attentive des forces de l'ordre avec des interlocuteurs dédiés sur rendez-vous, et ne pas faire la queue comme un couillon au commissariat sans savoir qui je vais voir ni quand ... Bref ... Un numéro centralisé qui coordonne les actions et démarches (secu, police ... etc) Plus de retour et d'infos Connaître la fin de l'histoire, les éventuelles sanctions Etre informé Une patiente avait falsifié une ordonnance manuscrite pour avoir beaucoup de théralène pour faire dormir ses enfants quand elle allait se promener / Les enfants lui ont été retirés et placés, mais bien sur elle a continué de percevoir les allocations familiales. J'ai uniquement été informé par l'adjudant de gendarmerie qui menait l'enquête Il serait intéressant d'avoir un interlocuteur pour ça. J'ai une fois appelé l'ODM et l'ODP pour un vol d'ordonnanciers, j'ai voyagé de poste en poste et trouvé peu d'écho sur la conduite à tenir.</p>

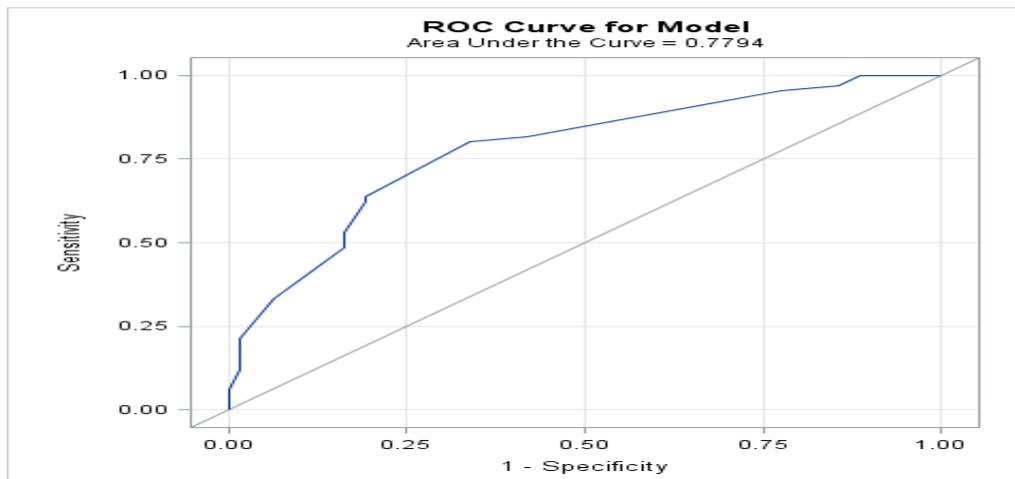
Davantage de retours (pharmaciens, infirmiers sécurité sociale)
je pense être sous-informée de ces phénomènes
Meilleur suivi (en temps réel) de la suite de l'action judiciaire
Réponse des organismes sollicités
Signalement plus rapide de la caisse d'assurance maladie en cas d'enquête ouverte
(même si présomption d'innocence tant que pas de jugement)
Vigilance accrue des pharmaciens avec signalement d'anomalie au prescripteur

La prescription dématérialisée	L'évolution à terme vers des ordonnances électroniques résoudra certainement une grande partie du problème... Mise en place d'un DMP performant Supprimer le papier, avec des ordonnances sur le dossier médical partagé accessible que par les professionnels La numérisation simplifiera les prescriptions Un système de reconnaissance graphique entre médecin /pharmacien Existe t'il des systèmes infailibles ? peut-être tout dématérialiser et encore Pouvoir transmettre directement mes ordonnances au pharmacien via internet Des ordonnances sécurisées dématérialisées Télétransmission sécurisée avec CPS directe des ordonnances aux pharmacies: pas de papier = pas de falsification
Sensibiliser et accompagner le patient	Un accès facilité au parcours de soins du patient Prospectus à délivrer aux patients coupables de fraude les informant des risques Affiche à l'attention des patients en prévention de la fraude Quand cela arrive, essayer de faire la lumière sur toutes les responsabilités, et pas seulement "punir" le fraudeur, qui me semble bien souvent aussi une "victime" «notamment d'un système social oppresseur pour résumer en TRES TRES GROSSIER ma pensée. »

Annexe 10: Variables issues de l'analyse univariée servant pour l'analyse multivariée

Variables	Connaissance des médecins de la conduite à tenir [Ne savaient pas quoi faire (n=62); Savaient quoi faire (n=66)]			
	Analyse univariée		Analyse multivariée	
	OR; IC 95%	p-value	OR; IC 95%	p-value
Caractéristiques des médecins				
Age:				
29-45ans	Référence		Référence	
46-59ans	1,44 [0,64-3,22]	0,38	1,47 [0,48-4,54]	0,50
> 60 ans	2,19 [0,76-6,26]	0,14	4,14 [0,91-18,88]	0,07
Non médecin traitant				
Médecin traitant	2,71 [1,19-6,16]	0,02	1,46 [0,460-4,62]	0,52
Les deux cas	2,60 [0,92-7,35]	0,07	0,61 [0,13-2,91]	0,53
Caractéristiques des patients				
Age:				
Non âgés entre 15-20 ans	Référence		Référence	
15-20 ans	3,22 [0,98-10,60]	0,05	5,54 [0,79-39,07]	0,09
Sexe: Femmes				
Hommes	0,71 [0,30-1,66]	0,43	0,49 [0,15-1,57]	0,23
Les deux cas	1,29 [0,56-3,01]	0,54	0,31 [0,07-1,37]	0,12
Caractéristiques de la falsification				
Période de la falsification :				
À une autre date	Référence		Référence	
3-6 mois	4,99 [0,57-44,05]	0,15	3,32 [0,23-48,15]	0,38
Type de document falsifié:				
Autres documents				
Ordonnance bizona	2,21 [0,91-5,38]	0,08	6,02 [1,42-25,61]	0,02
Autres documents				
Arrêt de travail	1,94 [0,86-4,39]	0,11	2,70 [0,29-24,83]	0,38
Autres documents				
Certif d'absence scolaire	3,93 [1,04-14,85]	0,04	2,14 [0,10-44,30]	0,62
Nombre de falsification selon le type de document:				
Aucun certificat				
≥1 certificat	2,59 [1,25-5,39]	0,01	5,68 [0,60-54,06]	0,13
Médicament contenu dans les ordonnances falsifiées:				
Autres médicaments				
Benzodiazépines et apparentées	0,35 [0,15-0,78]	0,01	0,10 [0,03-0,36]	0,0005
non concerné par un médicament	0,61 [0,21-1,82]	0,39	0,24 [0,03-2,10]	0,19
Alerte du médecin de la falsification:				
Autres				
Le pharmacien	2,04 [0,98- 4,23]	0,06	12,33 [2,76-55,16]	0,001
Actions des médecins :				
Autres actions				
Convoquer et informer le patient	1,76 [0,87-3,54]	0,11	2,48 [0,77-8,00]	0,13
Autres actions				
Informar la sécurité sociale	2,34 [1,12-4,90]	0,02	4,09 [1,25-13,36]	0,02
Autres actions				
Informar l'Ordre des médecins	2,01 [0,87-4,65]	0,10	1,81 [0,46-7,06]	0,40

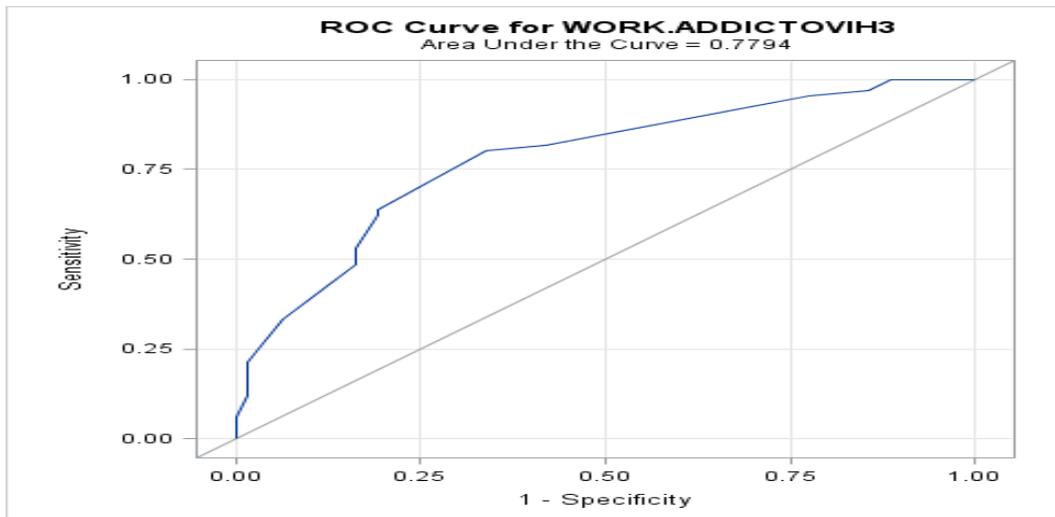
Annexe 11: Courbe ROC issue du modèle complet avec le tableau de contingence



Classification Table									
Prob Level	Correct		Incorrect		Percentages				
	Event	Non-Event	Event	Non-Event	Correct	Sensitivity	Specificity	False POS	False NEG
0.040	66	0	62	0	51.6	100.0	0.0	48.4	.
0.060	66	5	57	0	55.5	100.0	8.1	46.3	0.0
0.080	66	5	57	0	55.5	100.0	8.1	46.3	0.0
0.100	66	5	57	0	55.5	100.0	8.1	46.3	0.0
0.120	66	5	57	0	55.5	100.0	8.1	46.3	0.0
0.140	64	5	57	2	53.9	97.0	8.1	47.1	28.6
0.160	64	5	57	2	53.9	97.0	8.1	47.1	28.6
0.180	64	7	55	2	55.5	97.0	11.3	46.2	22.2
0.200	64	9	53	2	57.0	97.0	14.5	45.3	18.2
0.220	63	9	53	3	56.3	95.5	14.5	45.7	25.0
0.240	63	9	53	3	56.3	95.5	14.5	45.7	25.0
0.260	63	9	53	3	56.3	95.5	14.5	45.7	25.0
0.280	54	9	53	12	49.2	81.8	14.5	49.5	57.1
0.300	54	36	26	12	70.3	81.8	58.1	32.5	25.0
0.320	54	36	26	12	70.3	81.8	58.1	32.5	25.0
0.340	54	36	26	12	70.3	81.8	58.1	32.5	25.0
0.360	54	36	26	12	70.3	81.8	58.1	32.5	25.0
0.380	54	36	26	12	70.3	81.8	58.1	32.5	25.0
0.400	54	36	26	12	70.3	81.8	58.1	32.5	25.0
0.420	53	36	26	13	69.5	80.3	58.1	32.9	26.5
0.440	53	36	26	13	69.5	80.3	58.1	32.9	26.5

Classification Table									
Prob Level	Correct		Incorrect		Percentages				
	Event	Non-Event	Event	Non-Event	Correct	Sensitivity	Specificity	False POS	False NEG
0.460	53	36	26	13	69.5	80.3	58.1	32.9	26.5
0.480	53	36	26	13	69.5	80.3	58.1	32.9	26.5
0.500	53	36	26	13	69.5	80.3	58.1	32.9	26.5
0.520	53	41	21	13	73.4	80.3	66.1	28.4	24.1
0.540	41	41	21	25	64.1	62.1	66.1	33.9	37.9
0.560	41	41	21	25	64.1	62.1	66.1	33.9	37.9
0.580	41	50	12	25	71.1	62.1	80.6	22.6	33.3
0.600	32	50	12	34	64.1	48.5	80.6	27.3	40.5
0.620	32	50	12	34	64.1	48.5	80.6	27.3	40.5
0.640	32	50	12	34	64.1	48.5	80.6	27.3	40.5
0.660	22	50	12	44	56.3	33.3	80.6	35.3	46.8
0.680	22	52	10	44	57.8	33.3	83.9	31.3	45.8
0.700	22	58	4	44	62.5	33.3	93.5	15.4	43.1
0.720	22	58	4	44	62.5	33.3	93.5	15.4	43.1
0.740	22	58	4	44	62.5	33.3	93.5	15.4	43.1
0.760	14	58	4	52	56.3	21.2	93.5	22.2	47.3
0.780	14	58	4	52	56.3	21.2	93.5	22.2	47.3
0.800	14	58	4	52	56.3	21.2	93.5	22.2	47.3
0.820	14	61	1	52	58.6	21.2	98.4	6.7	46.0
0.840	14	61	1	52	58.6	21.2	98.4	6.7	46.0
0.860	14	61	1	52	58.6	21.2	98.4	6.7	46.0
0.880	14	61	1	52	58.6	21.2	98.4	6.7	46.0
0.900	10	61	1	56	55.5	15.2	98.4	9.1	47.9
0.920	10	61	1	56	55.5	15.2	98.4	9.1	47.9
0.940	4	61	1	62	50.8	6.1	98.4	20.0	50.4
0.960	4	61	1	62	50.8	6.1	98.4	20.0	50.4
0.980	4	62	0	62	51.6	6.1	100.0	0.0	50.0
1.000	0	62	0	66	48.4	0.0	100.0	.	51.6

Annexe 12: Courbe ROC issue du modèle utilisant les variables issues de la procédure de sélection «méthode stepwise pas à pas »



Annexe 13: Plaquette d'information sur la conduite à tenir en cas de falsification ou vol de documents médicaux

Falsification ou vol de documents médicaux :

Quelle conduite à tenir ?

Procédure légale

- Déclaration sans délai une aux autorités judiciaires
- Dépôt d'une main courante sans donner le nom du patient
- Démarche **obligatoire** (article R5132-4 du CSP (2)) pour une ordonnance sécurisée
- Envoi du procès-verbal au Conseil départemental de l'Ordre des médecins

Cas d'une 1^{ère} infraction et si le médecin connaît bien son patient :

- Possibilité d'informer simplement le patient de la saisie des autorités judiciaires si cette situation se reproduit



Préserver le secret médical :
Les informations personnelles relatives à l'état de santé du patient ne doivent pas être divulguées.

Information du patient des risques encourus

- La falsification ou le vol de documents médicaux est une fraude à l'assurance maladie et est lourdement punie par la loi
- Amende de 5000 euros (*l'article L 114-13 du CSS (3)*)
- Le faux et l'usage de faux sont punis de trois ans d'emprisonnement et de 45 000 euros d'amende (*l'article 441-1 du CP (4)*)
- Remboursement intégral des sommes versées par la CPAM
- Etc...



Contacts utiles

- Votre pharmacien ++++
- Le délégué de l'assurance maladie
- Service des répressions des fraudes de la CPAM
- L'ordre des médecins et ARS

Conseils pour limiter le risque (1)

- Noter de façon lisible (nombre de boîtes de médicaments ou durée du traitement)
- Ne pas laisser d'espace entre la prescription et la signature
- Ne pas laisser son ordonnancier ou ses tampons sur le bureau

1. Conseil national de l'Ordre des médecins. Ordonnances et sécurités. Les fiches pratiques [Internet]. 2017 [cité 15 nov 2018]. Disponible sur: <https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/cnomordonnances.pdf>

2. Article R5132-4 du Code de la santé publique modifié par Décret n°2007-596 du 24 avril 2007 - art. 1 JORF 26 avril 2007 [Internet]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006072665&idArticle=LEGIARTI000006915535&dateTexte=&categorieLien=cid>

3. Article L114-13 du Code de la sécurité sociale créé par Loi n°2005-1579 du 19 décembre 2005 - art. 92 JORF 20 décembre 2005, abrogé par LOI n°2013-1203 du 23 décembre 2013 - art. 86 [Internet]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006073189&idArticle=LEGIARTI000006741030&dateTexte=&categorieLien=cid>

4. Article 441-1 du Code pénal modifié par Ordonnance n°2000-916 du 19 septembre 2000 - art. 3 (V) JORF 22 septembre 2000 en vigueur le 1er janvier 2002 [Internet]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006070719&idArticle=LEGIARTI000006418752>

SERMENT D'HIPPOCRATE

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

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

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

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

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

Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs. Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

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

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

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

Le médecin généraliste face à la falsification des documents médicaux en Aquitaine.

RÉSUMÉ

Introduction : La falsification de documents médicaux est un problème majeur de santé publique. L'objectif principal de notre étude était de dresser un état des lieux des connaissances des médecins généralistes sur la conduite à tenir en cas de falsification de documents médicaux.

Matériel et méthode : Une étude transversale, observationnelle, quantitative, utilisant un questionnaire auprès de 488 maitres de stage du DMG de Bordeaux et sa périphérie du 23/09/18 au 22/11/18. Nous avons réalisé une analyse par régression logistique des données afin d'identifier des facteurs associés à la connaissance du médecin sur la conduite à tenir.

Résultats : La participation dans notre étude était de 38,5%. Le nombre de médecins confrontés à la falsification était de 68% et majoritairement en ville. 48,4% des médecins déclaraient ne pas connaître la conduite à tenir face à la falsification de documents médicaux.

L'analyse multivariée a montré l'existence d'une association statistiquement significative entre la connaissance du médecin sur la conduite à tenir et la nature du document falsifié [certificat (s) ($p=0,0005$; OR=8,11 [95% IC 2,48-26,57], ordonnance bizona ($p=0,02$; OR=6,02 [95% IC 1,42-25,61], le contenu de l'ordonnance [benzodiazépines et/ou apparentées ($p=0,0005$; OR=0,10 [95% IC 0,03-0,36]), le fait que l'alerte de la falsification provenait du pharmacien ($p=0,001$; OR=12,33 [95% IC 2,76-55,16] et enfin le fait que l'action du médecin consistait à informer la sécurité sociale ($p=0,02$; OR=4,09 [95% IC 1,25-13,36].

Conclusion : La falsification de documents médicaux est un réel problème auquel sont confrontés les médecins généralistes. Des actions de formation sur la conduite à tenir auprès des médecins paraissent indispensables.

Mots clés : Falsification d'ordonnance-falsification de certificat-fraude-pharmacodépendance-CIEP- OSIAP-Médecine générale-Maitre de stage.

The general practitioner facing the forgery of medical documents in Aquitaine.

ABSTRACT

Introduction: The forgery of medical documents is a major problem of public health. The main objective of our study was to evaluate a state of play awareness of the general practitioners on the behavior to follow in case of forgery of medical documents.

Material and Method: A transverse study, observational, quantitative, using a survey to the 488 internship supervisors of the DMG of Bordeaux and its suburbs from 09/23/18 till 11/22/18. We realized an analysis by logistic regression of data to identify the factors associated with the awareness of the practitioner on the behavior to follow.

Results: The participation in our study was 38,5 %. The number of practitioners confronted with forgery was 68 %, predominantly in town. 48,4 % of the doctors declared not to know the behavior to follow facing the forgery of medical documents.

The multivariate analysis showed the existence of a statistically significant association between the doctor's awareness on the behavior to follow and the type of the counterfeit document [certificates ($p=0,0005$; OR=8,11 [95% IC 2,48-26,57], bizon prescription ($p=0,02$; OR=6,02 [95% IC 1,42-25,61], the content of the prescriptions [benzodiazepines and/or related ($p=0,0005$; OR=0,10 [95% IC 0,03-0,36]), the fact that the alert of forgery came from the pharmacist ($p=0,001$; OR=12,33 [95% IC 2,76-55,16] and finally the fact that the act of the practitioner consisted in informing the Social Security instance ($p=0,02$; OR=4,09 [95% IC 1,25-13,36].

Conclusion: The forgery of medical documents is a real problem to which are confronted the general practitioners. Training initiatives on the behavior to follow to the doctors appear essential.

Key words: Prescription forgery – certificate forgery – forgery- drug dependency –CIEP – OSIAP- General medicine - Internship supervisors.