



HAL
open science

Autoprescription médicamenteuse chez les médecins généralistes libéraux ornais : état des lieux des pratiques et facteurs d'influence

Laurent Aubeuf

► **To cite this version:**

Laurent Aubeuf. Autoprescription médicamenteuse chez les médecins généralistes libéraux ornais : état des lieux des pratiques et facteurs d'influence. Médecine humaine et pathologie. 2021. dumas-03328566

HAL Id: dumas-03328566

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03328566>

Submitted on 30 Aug 2021

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.

UNIVERSITÉ de CAEN - NORMANDIE

UFR de SANTÉ

Année 2021

THÈSE POUR L'OBTENTION
DU GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement le : 7 Avril 2021

par

Monsieur Laurent AUBEUF

Né le 27 Octobre 1994 à Flers (*Orne*)

TITRE DE LA THÈSE :

Autoprescription médicamenteuse chez les médecins généralistes libéraux
ornais : Etat des lieux des pratiques et facteurs d'influence

Président : Monsieur le Professeur ALEXANDRE Joachim

Membres : Madame le Docteur SCHONBRODT Laure, Directrice de thèse

Madame le Docteur MARY-CHHUOR Léa



Année Universitaire 2020/2021

Doyen

Professeur Emmanuel TOUZÉ

Asseseurs

Professeur Paul MILLIEZ (pédagogie)

Professeur Guy LAUNOY (recherche)

Professeur Sonia DOLLFUS & Professeur Evelyne EMERY (3^{ème} cycle)

Directrice administrative

Madame Sarah CHEMTOB

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

M.	AGOSTINI Denis	Biophysique et médecine nucléaire
M.	AIDE Nicolas	Biophysique et médecine nucléaire
M.	ALEXANDRE Joachim	Pharmacologie clinique
M.	ALLOUCHE Stéphane	Biochimie et biologie moléculaire
M.	ALVES Arnaud	Chirurgie digestive
M.	AOUBA Achille	Médecine interne
M.	BABIN Emmanuel	Oto-Rhino-Laryngologie
M.	BÉNATEAU Hervé	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
M.	BENOIST Guillaume	Gynécologie - Obstétrique
M.	BERGER Ludovic	Chirurgie vasculaire
M.	BERGOT Emmanuel	Pneumologie
M.	BIBEAU Frédéric	Anatomie et cytologie pathologique
Mme	BRAZO Perrine	Psychiatrie d'adultes
M.	BROUARD Jacques	Pédiatrie
M.	BUI Thanh-huy Eric	Psychiatrie d'adultes
M.	BUSTANY Pierre	Pharmacologie
Mme	CHAPON Françoise	Histologie, Embryologie
Mme	CLIN-GODARD Bénédicte	Médecine et santé au travail
M.	DAMAJ Ghandi Laurent	Hématologie
M.	DAO Manh Thông	Hépatologie-Gastro-Entérologie
M.	DEFER Gilles	Neurologie
M.	DELAMILLIEURE Pascal	Psychiatrie d'adultes
M.	DENISE Pierre	Physiologie
Mme	DOLLFUS Sonia	Psychiatrie d'adultes
Mme	DOMPMARTIN-BLANCHÈRE Anne	Dermatologie
M.	DREYFUS Michel	Gynécologie - Obstétrique
M.	DU CHEYRON Damien	Réanimation médicale

Mme	ÉMERY Evelyne	Neurochirurgie
M.	ESMAIL-BEYGUI Farzin	Cardiologie
Mme	FAUVET Raffaèle	Gynécologie – Obstétrique
M.	FISCHER Marc-Olivier	Anesthésiologie et réanimation
M.	GÉRARD Jean-Louis	Anesthésiologie et réanimation
M.	GUÉNOLÉ Fabian	Pédopsychiatrie
Mme	GUITTET-BAUD Lydia	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
M.	HAMON Martial	Cardiologie
Mme	HAMON Michèle	Radiologie et imagerie médicale
M.	HANOUS Jean-Luc	Anesthésie et réa. médecine péri-opératoire
M.	HITIER Martin	Anatomie –ORL Chirurgie Cervico-faciale
M.	HULET Christophe	Chirurgie orthopédique et traumatologique
M.	ICARD Philippe	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
M.	JOIN-LAMBERT Olivier	Bactériologie - Virologie
Mme	JOLY-LOBBEDEZ Florence	Cancérologie
M.	JOUBERT Michael	Endocrinologie
M.	LAUNOY Guy	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
M.	LE HELLO Simon	Bactériologie-Virologie
Mme	LE MAUFF Brigitte	Immunologie
M.	LOBBEDEZ Thierry	Néphrologie
M.	LUBRANO Jean	Chirurgie viscérale et digestive
M.	MAHE Marc-André	Cancérologie
M.	MANRIQUE Alain	Biophysique et médecine nucléaire
M.	MARCÉLLI Christian	Rhumatologie
M.	MARTINAUD Olivier	Neurologie
M.	MAUREL Jean	Chirurgie générale
M.	MILLIEZ Paul	Cardiologie
M.	MOREAU Sylvain	Anatomie/Oto-Rhino-Laryngologie
M.	MOUTEL Grégoire	Médecine légale et droit de la santé
M.	NORMAND Hervé	Physiologie
M.	PARIENTI Jean-Jacques	Biostatistiques, info. médicale et tech. de communication
M.	PELAGE Jean-Pierre	Radiologie et imagerie médicale
Mme	PIQUET Marie-Astrid	Nutrition
M.	QUINTYN Jean-Claude	Ophthalmologie
Mme	RAT Anne-Christine	Rhumatologie
M.	REPESSE Yohann	Hématologie
M.	REZNIK Yves	Endocrinologie
M.	ROD Julien	Chirurgie infantile
M.	ROUPIE Eric	Médecine d'urgence
Mme	THARIAT Juliette	Radiothérapie
M.	TILLOU Xavier	Urologie
M.	TOUZÉ Emmanuel	Neurologie
Mme	VABRET Astrid	Bactériologie - Virologie

M.	VERDON Renaud	Maladies infectieuses
Mme	VERNEUIL Laurence	Dermatologie
M.	VIVIEN Denis	Biologie cellulaire

PROFESSEURS ASSOCIÉS DES UNIVERSITÉS A MI-TEMPS

Mme	BELLOT Anne	Pédiatrie
M.	DE LA SAYETTE Vincent	Neurologie
M.	GUILLAUME Cyril	Médecine palliative
M.	LE BAS François	Médecine Générale
M.	SABATIER Rémi	Cardiologie

PRCE

Mme	LELEU Solveig	Anglais
-----	---------------	---------

PROFESSEURS ÉMÉRITES

M.	DERLON Jean-Michel	Neurochirurgie
M.	GUILLOIS Bernard	Pédiatrie
M.	HABRAND Jean-Louis	Cancérologie option Radiothérapie
M.	HURAUULT de LIGNY Bruno	Néphrologie
Mme	KOTTLER Marie-Laure	Biochimie et biologie moléculaire
M.	LE COUTOUR Xavier	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
M.	LEPORRIER Michel	Hématologie
M.	RAVASSE Philippe	Chirurgie infantile
M.	TROUSSARD Xavier	Hématologie
M.	VIADER Fausto	Neurologie



Université de Caen ·
Normandie

UFR de SANTE - FACULTE DE
MEDECINE

Année Universitaire 2020/2021

Doyen

Professeur Emmanuel TOUZÉ

Assesseurs

Professeur Paul MILLIEZ (pédagogie)

Professeur Guy LAUNOY (recherche)

Professeur Sonia DOLLFUS & Professeur Evelyne EMERY (3^{ème} cycle)

Directrice administrative

Madame Sarah CHEMTOB

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

Mme	BENHAÏM Annie	Biologie cellulaire
M.	BESNARD Stéphane	Physiologie
Mme	BONHOMME Julie	Parasitologie et mycologie
M.	BOUVIER Nicolas	Néphrologie
M.	BROSSIER David	Pédiatrie
M.	COULBAULT Laurent	Biochimie et Biologie moléculaire
M.	CREVEUIL Christian	Biostatistiques, info. médicale et tech. de communication
M.	DE BOYSSON Hubert	Médecine interne
Mme	DINA Julia	Bactériologie - Virologie
Mme	DUPONT Claire	Pédiatrie
M.	ÉTARD Olivier	Physiologie
M.	GABEREL Thomas	Neurochirurgie
M.	GRUCHY Nicolas	Génétique
M.	ISNARD Christophe	Bactériologie Virologie
M.	JUSTET Aurélien	Pneumologie
Mme	KRIEGER Sophie	Pharmacie
M.	LEGALLOIS Damien	Cardiologie
Mme	LELONG-BOULOUARD Véronique	Pharmacologie fondamentale
Mme	LEVALLET Guénaëlle	Cytologie et Histologie
M.	MACREZ Richard	Médecine d'urgence
M.	MITTRE Hervé	Biologie cellulaire
M.	MOLIN Arnaud	Génétique
M.	SAINT-LORANT Guillaume	Pharmacie
M.	SESBOÛÉ Bruno	Physiologie
M.	TOUTIRAIS Olivier	Immunologie

M. VEYSSIERE Alexis

Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie

MAITRE DE CONFERENCES DES UNIVERSITÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE

M. HUMBERT Xavier

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIÉS DES UNIVERSITÉS A MI-TEMPS

Mme	ABBATE-LERAY Pascale	Médecine générale
M.	BANSARD Mathieu	Médecine générale
M.	COUETTE Pierre-André	Médecine générale
Mme	NOEL DE JAEGHER Sophie	Médecine générale
M.	PITHON Anni	Médecine générale
M.	SAINMONT Nicolas	Médecine générale
Mme	SCHONBRODT Laure	Médecine générale

MAITRES DE CONFERENCES ÉMÉRITES

Mme	DEBRUYNE Danièle	Pharmacologie fondamentale
Mme	DERLON-BOREL Annie	Hématologie
Mme	LEPORRIER Nathalie	Génétique

Remerciements

A Monsieur le Professeur Joachim Alexandre, Professeur des universités en pharmacologie clinique, médecin spécialiste en médecine cardiovasculaire. Vous me faites l'honneur de présider le jury de cette thèse. Vous avez fait preuve d'une grande disponibilité, je vous en remercie. J'espère que vous garderez un bon souvenir de cette première présidence de jury de thèse.

A Madame le Docteur Laure Schonbrodt, Maître de conférences des universités, médecin spécialiste en médecine générale. Sois assurée de ma gratitude pour l'investissement et la disponibilité dont tu as fait preuve depuis que l'idée de ce travail est née.

A Madame le Docteur Léa MARY-CHHUOR, médecin spécialiste en médecine générale. Tu me fais un dernier immense cadeau en acceptant de participer à ce jury. Quel honneur ce fût de t'avoir à deux reprises comme maître de stage ! Ton empathie et ta vision de la médecine m'ont fait grandir, ta générosité fût une inspiration. Comme tu le sais mon seul regret sera de ne pas avoir la chance de travailler à tes côtés. Je te souhaite le meilleur pour la suite !

Marie, voilà l'aboutissement de neuf années de travail que tu as partagées à mes côtés avec un soutien sans faille. Je n'ai pas besoin d'en dire plus pour que tu saches à quel point je tiens à toi. Merci pour tout l'amour que tu me donnes au quotidien.

Adèle, ma petite princesse. C'est à l'aube de tes cinq mois que je passe le dernier grand pallier de ma vie d'étudiant. Grâce à tes premières nuits difficiles, j'ai pu avancer sur cette thèse ! Merci de remplir notre quotidien d'amour et de joie.

A mes parents, qui m'ont toujours soutenu depuis le jour où la médecine est rentrée dans ma vie. Un grand merci à vous deux, voilà votre fils bientôt docteur.

Arnaud, « patron », merci pour la générosité et la confiance que tu m'accordes. Maintenant que la formation médicale est terminée, place à une formation plus en lien avec la faune sauvage !

Soraya, le dernier membre du « trio magique » des MSU ornais. Et dire qu'avant je ne connaissais pas Tinchebray... Un grand merci pour la qualité de la formation que tu m'as apportée, et pour l'amitié que nous avons liée.

Un grand merci à tout le personnel médical, paramédical, et tous les acteurs de soins qui auront fait de ma formation une période agréable et positive.

Laetitia, ma prof^e de Français préférée ! Je te remercie sincèrement pour la qualité de ta relecture et le temps que tu y as passé. Votre avenir s'écrit peut-être loin des yeux mais s'écrit toujours près du cœur.

Lucie, c'est une chose très agréable que de penser que tu as participé à la réalisation de mon travail de fin d'étude. Un grand merci à toi, et une excellente continuation pour la suite.

Abréviations

APM : autoprescription médicamenteuse

DREES : Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

RBP : Règles de bonne prescription médicamenteuse

SFAR : Société française d'anesthésie et de réanimation

INDEX Tableaux et figures

Figure 1 : Diagramme de flux de l'étude	5
Tableau 1 : Caractéristiques générales de la population répondeuse (n=85).....	6
Tableau 2 : situations cliniques dans lesquelles les généralistes interrogés seraient susceptibles de pratiquer l'autoprescription médicamenteuse	8
Tableau 3 : facteurs influençant le nombre d'autoprescriptions médicamenteuses.....	10
Tableau 4 : Freins potentiels à la poursuite de l'autoprescription médicamenteuse	13
Tableau 5 : Facteurs poussant à poursuivre l'autoprescription médicamenteuse	13

Sommaire

Introduction.....	1
Matériels et Méthode	3
1. Conflits d'intérêt	3
2. Type d'étude et critères de jugement	3
3. Population cible	3
4. Méthode d'intervention.....	3
A. Contenu du questionnaire et méthode de recueil des données.....	3
B. Analyse statistique.....	4
C. Ethique.....	4
D. Documentation.....	4
Résultats.....	5
1. Caractéristiques générales des répondants.....	6
A. Caractéristiques socio-démographiques	6
B. Prise en charge médicale et antécédents des sujets répondeurs	6
Projection de la future prise en charge médicale lorsque les sujets étaient étudiants.....	6
Déclaration de médecin traitant	6
Antécédents médicaux et de prise médicamenteuse	7
2. Etat des lieux de l'autoprescription médicamenteuse chez les généralistes libéraux ornaïses	8
A. Période de début d'autoprescription médicamenteuse	8
B. Autoprescription médicamenteuse dans les situations courantes	8
C. Attitude privilégiée en contexte aigu	8
D. Nombre d'autoprescriptions et facteurs d'influence	9
E. Antécédent d'auto-renouvellement.....	10
3. Freins et facteurs encourageants l'autoprescription médicamenteuse	11
A. Freins déclarés à l'autoprescription médicamenteuse	11
Impact et danger perçu de l'autoprescription sur la santé.....	11
Pertinence perçue de l'autoprescription médicamenteuse	11
Facteurs incitant à pratiquer l'autoprescription médicamenteuse.....	12
Freins et facteurs favorisant l'autoprescription médicamenteuse	12
B. Evaluation de l'autoprescription	14
Respect général des règles de bonne prescription médicamenteuse (RBP).....	14
Comparaison entre autoprescription et hétéroprescription	14
Respect habituel des différentes dimensions liées à l'autoprescription médicamenteuse	14
Antécédents de non-respect des différentes dimensions liées à l'autoprescription médicamenteuse	15
Analyse et discussion.....	16
1. Rappel des principaux résultats	16
2. Validité externe.....	17

A. Caractéristiques socio-démographiques	17
B. Etat de santé des généralistes interrogés et prise en charge médicale.....	17
C. Habitude d'autoprescription médicamenteuse	19
D. Attitude privilégiée en contexte aigu	21
E. Nombre moyen d'autoprescriptions	22
F. Freins à l'autoprescription médicamenteuse.....	23
G. Evaluation des autoprescriptions médicamenteuses.....	24
3. Forces et faiblesses de l'étude.....	26
Conclusion et ouverture	27
Bibliographie.....	28
Annexes.....	30

Introduction

L'internat de médecine générale est décliné en six semestres de formation avec une maquette impliquant la réalisation de stages hospitaliers et non hospitaliers. Cette période intermédiaire qui intervient entre les études facultaires et l'exercice de la profession médicale est l'occasion de diverses rencontres avec nos futurs consœurs et confrères. Grâce à ces rencontres, il m'est arrivé à de multiples reprises de constater des conséquences plus ou moins heureuses des autoprescriptions des médecins, qu'elles soient médicamenteuses ou pas.

Parmi les réflexions que j'ai pu entendre, certaines m'ont marqué plus que d'autre : « Je me renouvelle mon Lercan toute seule, mais ça fait bien dix ans que je n'ai pas pris ma tension ! Mais je le ressens quand elle est trop élevée », « J'ai de nouveau de la fièvre. Faut dire que j'ai pris de l'amoxicilline deux jours puis j'ai arrêté, pour une bronchite ». Ce sont autant de paroles que nous pouvons entendre dans la bouche de nos patients et qui peuvent de temps à autre nous exaspérer.

Tout ceci m'a donné l'envie d'approfondir le sujet de la santé des médecins ainsi que de la coordination du parcours de soins des médecins en les plaçant dans la position de patients. Ce sujet, comme nous le verrons plus loin, fait de plus en plus l'objet de publications scientifiques.

Citons plus généralement un film de 2016 réalisé par Thomas LILTI. L'œuvre *Médecin de campagne* a réuni plus d'un million et demi de cinéphiles. Ce film traite principalement de l'isolement d'un médecin généraliste libéral de Haute Normandie et de son implication auprès de ses patients. Il approche aussi le sujet du « médecin malade » puisque le médecin dont il est question est atteint d'une maladie néoplasique métastatique. Nous n'oublierons pas de relever qu'à aucun moment il est question de la présence d'un éventuel médecin traitant.

Ces dernières années, la question de la santé des médecins a émergé dans le domaine médical comme problématique nouvelle.

La littérature scientifique nous apprend qu'une majeure-partie des médecins se déclarent comme leur propre médecin traitant (1) (2). Les chiffres oscillent à ce sujet entre 60 et 85% des médecins qui s'autodéclarent médecin traitant. Cette proportion ne varie que très peu lorsque les médecins sont eux-mêmes concernés par une pathologie chronique (2) .

Pourtant, se soigner soi-même présente certaines limites inhérentes au manque de recul qu'il est nécessaire d'avoir pour soigner correctement (1).

Les médecins sont cependant autant touchés que les patients qu'ils soignent par des pathologies chroniques (1) (2) (3). Cela implique nécessairement des prises médicamenteuses ponctuelles ou chroniques (1) (2) (4) (5) qui peuvent avoir des conséquences néfastes (1) (5).

Ces données se doivent d'être mises en parallèle avec les chiffres de consommation médicamenteuse en France. A l'échelle de l'Union Européenne, la consommation médicamenteuse annuelle des Français est la plus importante parmi tous ses voisins (6).

Tous ces éléments nous amènent à évoquer l'autoprescription médicamenteuse (APM). La « pratique d'autoprescription médicamenteuse » ou « autoprescription médicamenteuse » est définie comme le fait de rédiger avec ses propres ordonnances une prescription à son nom, le prescripteur est donc la même personne que le bénéficiaire de l'ordonnance. Elle s'oppose à la notion d'hétéroprescription médicamenteuse, qui se définit par la rédaction d'une ordonnance de médicaments signée de son propre nom pour un tiers.

Le sujet de notre travail a déjà été étudié lors de précédents travaux qu'ils soient Français ou étrangers (7).

En analysant la littérature, il nous est apparu qu'il existe encore un domaine peu traité et pour lequel les données manquent : la question de l'autoprescription médicamenteuse chez les médecins généralistes libéraux. Les principales données existantes concernent tous les médecins sans distinction de spécialité, ou ne concernent qu'une seule classe thérapeutique. Le travail de recherche qui se rapproche le plus du nôtre dans ses objectifs et dans son mode de réalisation est la thèse du docteur Guillaume Labeille soutenue en 2013 qui concerne « l'autoprescription médicamenteuse chez les médecins généralistes de Rhône-Alpes » (8). La différence majeure se situe dans la population cible. Bien que dans les deux cas l'étude concerne les médecins généralistes libéraux, celle du Docteur Labeille concerne une région assez vaste qui ne correspond pas à l'Orne en terme de densité médicale par spécialité (8).

Cette thèse vous présente donc le résultat d'une étude transversale, quantitative, observationnelle. Elle vise à connaître les pratiques d'autoprescription médicamenteuse dans un département à faible densité médicale qu'est l'Orne ainsi que l'évaluation que les médecins font de cette pratique.

L'objectif principal de l'étude était de réaliser un état des lieux de l'autoprescription médicamenteuse chez les médecins généralistes libéraux.

L'objectif secondaire était de connaître les facteurs d'influence, freins et facteurs encourageant de l'autoprescription médicamenteuse.

Matériels et Méthode

1. Conflits d'intérêt

Nous n'avons aucun conflit d'intérêt à déclarer.

2. Type d'étude et critères de jugement

Le format de cette étude est une étude transversale quantitative observationnelle.

L'objectif principal de l'étude était de réaliser un état des lieux de l'autoprescription médicamenteuse chez les médecins généralistes libéraux.

L'objectif secondaire était de connaître les facteurs d'influence, freins et facteurs encourageant de l'autoprescription médicamenteuse.

3. Population cible

La population cible était constituée de l'ensemble des médecins généralistes ornaïens ayant une activité libérale à la fin du mois de Juin 2020. Nous avons donc constitué notre échantillon grâce à l'annuaire des professionnels de santé 2020 disponible sur les pages jaunes.

L'échantillon total était composé de 196 médecins généralistes libéraux ornaïens.

4. Méthode d'intervention

A. Contenu du questionnaire et méthode de recueil des données

La méthode choisie pour notre travail fut l'auto-questionnaire déclaratif.

L'étude prévoyait un envoi papier du questionnaire suivi d'une relance numérique pour les non répondants au questionnaire papier.

Chaque questionnaire était précédé d'une lettre explicative (Annexes 1 et 2). La lettre précédant la relance par voie numérique précisait aux sujets interrogés que le questionnaire avait déjà fait l'objet d'un envoi postal, et invitait donc les sujets ayant déjà répondu à ne pas répondre une seconde fois.

L'envoi papier a été réalisé par nos soins. La relance numérique a été effectuée avec la collaboration du conseil départemental de l'Ordre des médecins. Nous leur avons envoyé le courriel qui contenait le lien pour accéder au questionnaire numérique. Ils ont par la suite diffusé ce courriel à l'ensemble des médecins généralistes ornaïens.

Les sujets interrogés ont répondu à plusieurs questions portant sur les six axes suivants :

- La prise en charge médicale
- Les habitudes d'autoprescription
- Les antécédents d'autoprescription en contexte aigu
- Les classes thérapeutiques ayant déjà fait l'objet d'autoprescription
- Les freins à l'autoprescription
- Les données sociodémographiques

Le questionnaire était composé de 20 questions à réponse unique, 9 questions à réponses multiples et 2 questions à réponse ouverte et courte (Annexe 3). La méthodologie de réalisation du questionnaire est présentée en annexe (Annexe 4).

B. Analyse statistique

Les questionnaires pris en compte furent ceux reçus du 01/07/2020 au 30/09/2020. Ils devaient, pour être inclus, être complétés à 80% ou plus.

Après réception, les résultats ont été encodés dans le logiciel Microsoft Excel. Les analyses statistiques ont été réalisées grâce au site biostatgv.sentiweb.fr/ disponible gratuitement sur internet. Le test du Chi2 (χ^2) a été utilisé afin de réaliser les comparaisons de pourcentages. Les comparaisons de moyennes ont été réalisées à l'aide du test de t de Student.

C. Ethique

Après déclaration de notre travail de recherche sur la page internet dédiée disponible sur le site de l'université de Caen Basse-Normandie, il s'est avéré qu'aucune démarche éthique complémentaire n'était nécessaire à réaliser afin de se mettre en conformité avec les règles d'éthique en vigueur.

D. Documentation

Notre travail a été précédé d'une recherche bibliographique réalisée en début d'année 2020. Celle-ci s'est faite sur les sites internet suivant : SUDOC, LISSA, PUBMED. Nous avons par ailleurs utilisé les moteurs de recherche généraux tels que Google ou Mozilla Firefox.

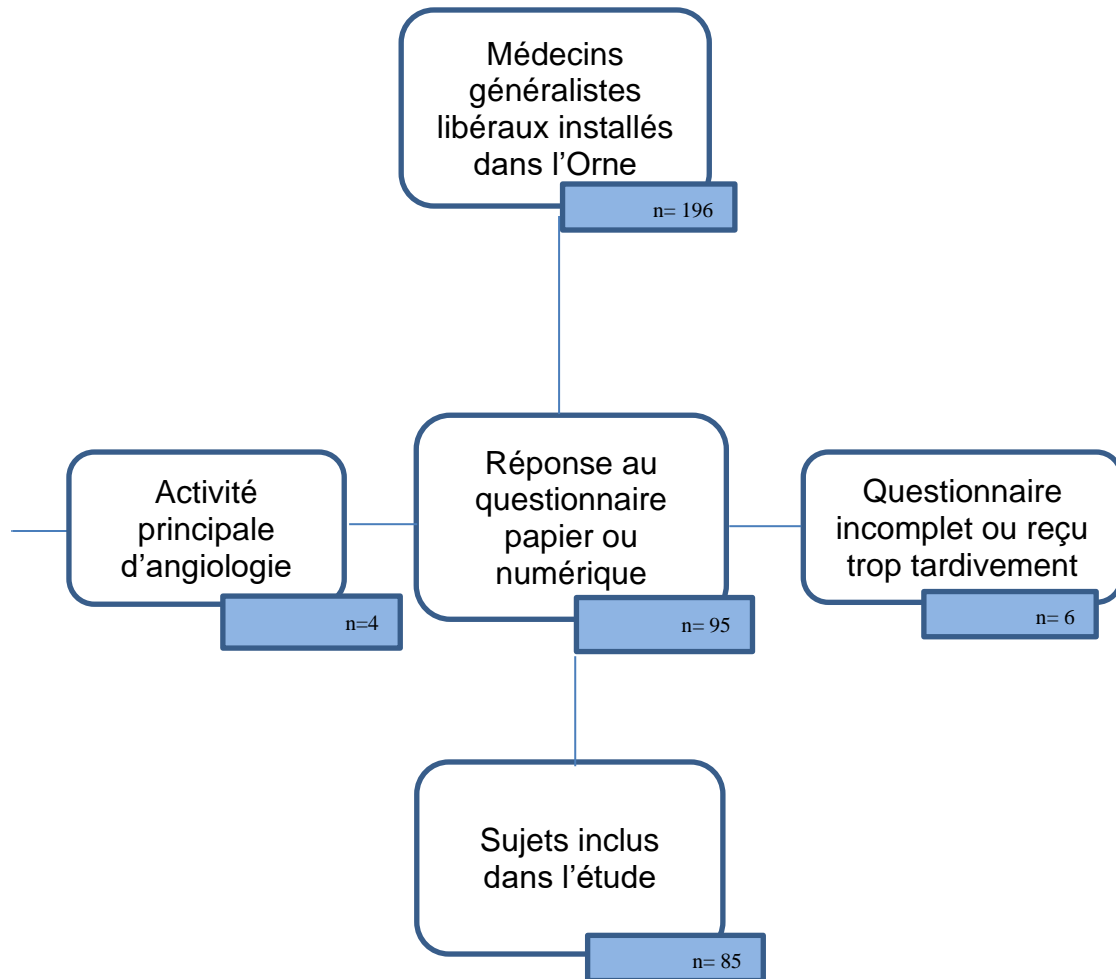
Nous avons utilisé les termes MeSH. La recherche documentaire sur les sites francophones s'est faite à l'aide des termes suivants : « Automédication », « Autoprescription », « Médecine générale », « Médecins généralistes ».

La recherche documentaire sur les sites anglophones s'est faite à l'aide des termes suivants : « Self-prescribing », « Self medication », « Self care » « General practitioner ».

Résultats

A la date de fin, nous avons reçu 95 questionnaires. 85 sujets répondeurs ont été inclus dans notre étude. Le taux de réponse est de 43,3%. Le tableau récapitulatif des résultats bruts est présenté en annexe (Annexe 5).

Figure 1 : Diagramme de flux de l'étude



1. Caractéristiques générales des répondants

A. Caractéristiques socio-démographiques

La majorité des sujets répondants sont des hommes (59%). Plus de deux tiers des sujets répondants ont plus de 50 ans (67%). L'exercice de la médecine générale libérale s'effectue majoritairement en structure (57%).

Genre	Homme	50 (59%)
	Femme	35 (41%)
Classe d'âge	≤ 40 ans	18 (21%)
	Entre 41 et 50 ans	9 (11%)
	Entre 51 et 60 ans	27 (32%)
	≤ 60 ans	30 (35%)
Mode d'exercice	Seul en cabinet	33 (39%)
	Structure monoprofessionnelle	12 (14%)
	Structure pluriprofessionnelle	37 (43%)

B. Prise en charge médicale et antécédents des sujets répondants

Projection de la future prise en charge médicale lorsque les sujets étaient étudiants

Parmi les généralistes interrogés, 41 (48%) pensaient coordonner eux-mêmes leur parcours de soins lorsqu'ils étaient étudiants en médecine. 22 (26%) pensaient laisser un médecin tiers coordonner leur parcours de soins, que ce soit par un médecin spécialiste en médecine générale (18 sujets, 21%) ou spécialiste d'organe (4 sujets, 5%).

En outre, bien que cette question ne soit répondue qu'à 41 reprises (48%), seuls 23 médecins (27%) interrogés rapportent qu'ils jugeaient nécessaire à l'époque de laisser un médecin tiers coordonner leur parcours de soins. Inversement, 18 sujets (21%) déclarent qu'ils ne jugeaient à l'époque pas nécessaire de laisser le soin à un confrère de coordonner leur parcours de soins.

Déclaration de médecin traitant

Sur les 85 sujets répondants, on note une répartition comme suit :

- 55 sujets (65%) se sont auto-déclarés médecin traitant
- 16 sujets (19%) ont déclaré un médecin traitant spécialiste en médecine générale
- 10 sujets (12%) n'ont pas de médecin traitant déclaré
- 4 sujets (5%) ont un médecin traitant déclaré récemment retraité
- Aucun sujet n'a déclaré avoir pour médecin traitant un confrère spécialiste d'organe

L'existence d'un médecin traitant déclaré différent de soi-même ou récemment retraité est associé au sexe féminin ($p < 0,05$), à l'exercice en structure ($p < 0,05$) ainsi qu'à un âge inférieur à 41 ans ($p < 0,05$) (Annexe 6).

Parmi les 20 sujets ayant déclaré avoir un médecin traitant déclaré différent d'eux-mêmes ou récemment retraité, 17 (85%) déclarent être leur propre médecin traitant au sens médical du terme, c'est-à-dire prendre en charge leur parcours de soins sans passer par leur médecin traitant. Les autres sujets déclarent que leur médecin traitant est bien leur médecin référent au sens médical du terme, c'est-à-dire qu'ils y ont recours en cas de problème de santé.

Antécédents médicaux et de prise médicamenteuse

L'interrogatoire des sujets comportait une exploration des antécédents médicaux et de prise médicamenteuse prolongée. Sur les 85 sujets répondeurs, on note que:

- 42 (49%) déclarent avoir un antécédent de pathologie chronique évoluant ou ayant évolué pendant six mois ou plus (définition de l'Organisation Mondiale de la Santé, OMS)
- 36 (42%) déclarent prendre quotidiennement ou régulièrement des médicaments
- Parmi les 49 sujets déclarant ne pas prendre quotidiennement ou régulièrement des médicaments, 14 déclarent avoir eu l'occasion d'en prendre de façon prolongée au cours de leur vie (soit pendant un mois ou plus).

2. Etat des lieux de l'autoprescription médicamenteuse chez les généralistes libéraux ornaïsi

A. Période de début d'autoprescription médicamenteuse

Parmi les généralistes interrogés, 40 sujets (47%) déclarent avoir commencé l'autoprescription pendant l'internat. 29 sujets (34%) déclarent avoir commencé à s'autoprescrire des médicaments une fois thésés, alors que 15 (18%) déclarent avoir commencé avant l'internat, c'est-à-dire avant d'obtenir l'autorisation de prescrire.

B. Autoprescription médicamenteuse dans les situations courantes

Les généralistes étaient interrogés sur leur potentiel recours à l'APM dans sept situations cliniques fréquemment rencontrées en médecine générale qui peuvent aboutir à une autoprescription médicamenteuse.

Plus de 8 généralistes sur 10 seraient susceptibles de pratiquer l'APM en contexte de rhinopharyngite virale, de lombalgie, ou d'état fébrile. Inversement, moins de 50% des généralistes répondants se déclarent susceptibles de s'autoprescrire des médicaments en contexte d'hypertension artérielle ou de douleur non caractéristiques.

Situation clinique	Nombre absolu	Pourcentage
Etat fébrile	78	92%
Pathologie hypertensive	34	40%
Rhinopharyngite virale	68	80%
Hyperlipidémie	46	54%
Lombalgie	73	86%
Arthropathie ou péri-arthropathie	53	62%
Douleur non caractéristique	41	48%

C. Attitude privilégiée en contexte aigu

L'attitude plébiscitée par la plupart en contexte médical aigu hors urgence vitale nécessitant une prescription médicamenteuse est une autoprescription médicamenteuse sans avis extérieur (56 sujets, 66%). 14 sujets optent préférentiellement pour une APM après avis d'un confrère en dehors d'une consultation dédiée (16%), les 15 derniers sujets choisissent de consulter un confrère médecin au cours d'une consultation dédiée à leur problème de santé (18%).

Sur les analyses univariées, il apparaît que :

- l'autoprescription sans avis extérieur est associée significativement ($p < 0,05$) au sexe masculin, à l'absence de médecin traitant déclaré ou l'auto-déclaration, ainsi qu'à l'âge ≥ 41 ans
- privilégier une consultation dédiée à son problème de santé est associé significativement ($p < 0,05$) au sexe féminin ainsi qu'à l'exercice en cabinet seul

Le tableau récapitulatif de ces analyses est présenté en annexe (Annexe 7).

D. Nombre d'autoprescriptions et facteurs d'influence

La moyenne basse d'autoprescription médicamenteuse sur la population étudiée est de $2,4 \pm 2,01$.

L'analyse des résultats bruts nous enseigne que le nombre moyen d'autoprescription médicamenteuse sur une année est plus important chez :

- Les hommes
- Les sujets âgés de 41 ans ou plus
- Les sujets exerçant en structure
- Les sujets ayant un médecin traitant déclaré tiers
- Les sujets ayant un antécédent déclaré de pathologie chronique

Le nombre moyen d'autoprescription médicamenteuse sur une année est le même chez les médecins généralistes qui voient en l'APM un danger potentiel que chez les médecins qui la considèrent sans danger.

Sur les analyses univariées, il ressort qu'aucune association statistiquement significative n'a été démontrée entre le nombre moyen d'autoprescription médicamenteuse sur une année et le sexe ($p = 0,29$), le mode d'exercice ($p = 0,73$) et l'existence d'un médecin traitant déclaré tiers ($p = 0,34$). De même, la perception d'un danger ou d'un potentiel danger lié à cette pratique n'influe pas sur la moyenne d'autoprescription sur une année ($p = 0,98$).

En revanche, au risque α de 5%, il existe une association statistiquement significative entre le nombre moyen d'autoprescription médicamenteuses sur une année et l'existence d'un antécédent de pathologie chronique ($p < 0,05$) ainsi que sur l'âge supérieur ou égal à 41 ans ($p < 0,05$).

Tableau 3 : facteurs influençant le nombre d'autoprescriptions médicamenteuses		
Facteur étudié	Nombre moyen d'APM sur une année	p value
Genre		
Masculin	2,6	p = 0,29
Féminin	2,1	
Age		
< 41 ans	1,6	p < 0,05
≥ 41 ans	2,6	
Mode d'exercice		
En structure	2,5	p = 0,73
En cabinet seul	2,4	
Déclaration médecin traitant		
Absence ou autodéclaration	2,1	p = 0,34
Déclaration médecin traitant tiers	2,5	
Antécédent déclaré de pathologie chronique		
Oui	3,4	p < 0,05
Non	1,5	
Danger ou potentiel danger perçu de l'autoprescription médicamenteuse		
Oui	2,4	p = 0,98
Non	2,4	

E. Antécédent d'auto-renouvellement

Une question portait sur l'antécédent d'auto-renouvellement d'ordonnance. Elle était réservée aux sujets ayant déclaré prendre quotidiennement des médicaments ou avoir eu l'occasion d'en prendre sur une durée supérieure ou égale à 1 mois. Sur les 47 sujets répondants, la totalité a déclaré s'être déjà auto-renouvelé son ordonnance (100%).

3. Freins et facteurs encourageants l'autoprescription médicamenteuse

A. Freins déclarés à l'autoprescription médicamenteuse

Impact et danger perçu de l'autoprescription sur la santé

La moitié des sujets répondeurs (49,4%) considère l'autoprescription médicamenteuse sans aucun danger quand l'autre moitié la considère dangereuse dans certaines situations (48,2%). Seul 1 sujet interrogé la considère comme toujours dangereuse (1,2%)

La perception de l'autoprescription médicamenteuse comme potentiellement dangereuse sur la santé est associée au sexe féminin ($p < 0,05$) et à l'âge < 41 ans des sujets répondeurs ($p < 0,05$). Il n'existe pas d'association statistiquement significative avec la modalité d'exercice ($p = 0,82$).

Les réponses concernant le contexte évalué comme potentiellement le plus à risque sont dispersées. 16 médecins (18,8%) considèrent l'auto-initiation comme contexte favorisant la dangerosité de l'APM, alors que 9 médecins (10,6%) considèrent l'autorenouvellement comme contexte le plus à risque.

32 médecins (37,6%) jugent que le danger de l'APM réside autant dans l'auto-initiation que dans l'autorenouvellement, en faisant la réponse la plus plébiscitée.

Enfin, 25 des sujets répondeurs (29,4%) ne perçoivent aucun danger de l'APM que ce soit en auto-initiation ou autorenouvellement.

Pertinence perçue de l'autoprescription médicamenteuse

La répartition des réponses se décline comme suit :

- 20 sujets répondeurs estiment l'APM comme toujours pertinente quel que soit le contexte (23,5%)
- 8 sujets répondeurs ne la jugent jamais pertinente (9,4%)
- 4 sujets l'estiment pertinente uniquement en auto-initiation mais pas en autorenouvellement (4,7%)
- 50 sujets l'estiment pertinente en autorenouvellement mais pas en auto-initiation (58,8%).

Parmi les 50 sujets qui estiment l'autoprescription pertinente en autorenouvellement mais pas en auto-initiation, trois axes se distinguent. 27 (31,8%) considèrent l'APM comme pertinente une fois le diagnostic posé par un confrère quand 5 (5,9%) l'estiment pertinente une fois qu'ils ont eux-mêmes posé le diagnostic. Enfin 18 (21,2%) médecins considèrent l'APM comme

pertinente une fois le diagnostic médical posé, qu'il soit posé par un confrère ou par eux-mêmes.

Facteurs incitant à pratiquer l'autoprescription médicamenteuse

Cinq réponses étaient proposées aux sujets interrogés. La raison évoquée le plus fréquemment est de considérer l'APM comme légitime pour soi-même (74 réponses, 87%). 29 médecins déclarent la pratiquer car ils ne peuvent pas quitter le cabinet pendant leurs heures de consultation (34%). 10 sujets justifient l'APM par le refus de se projeter en position de patient (12%), et autant la justifient car ils considèrent l'APM comme la norme (12%). Enfin, le refus de partager des informations médicales avec des confrères n'a été invoqué que par 6 sujets (7%).

Compte tenu du taux de réponse important pour la quatrième proposition « Impossibilité de quitter le cabinet », il nous a paru pertinent de rechercher une association statistique entre la réponse positive à cet item et la modalité d'exercice. 11 sujets exerçant en cabinet seul ont justifié leur recours à l'APM par cet item (33% des sujets exerçant en cabinet). 18 sujets exerçant en structure ont coché cette réponse (37%). Il apparaît en définitif qu'aucune association statistique n'est mise en évidence entre la modalité d'exercice et le refus de quitter le cabinet pendant les heures de travail ($p = 0,66$).

Freins et facteurs favorisant l'autoprescription médicamenteuse

Deux questions libres étaient à la disposition des sujets répondants du questionnaire pour évoquer dans un premier lieu les potentiels freins qui pousseraient à limiter l'APM (question 26) ainsi que les facteurs poussant les généralistes à poursuivre cette pratique (question 27). A visée de clarté, les réponses qui ont été citées dans au moins deux questionnaires sont présentées sous forme de tableau. Le taux de réponse à la question 26 est de 68% (58 réponses), celui de la question 27 est de 80% (68 réponses).

Tableau 4 : Freins potentiels à la poursuite de l'autoprescription médicamenteuse		
Freins cités	Nombre absolu de citations	Pourcentage
Pathologies graves	17	20%
Absence ou incertitude diagnostique, Limites de l'autodiagnostic	15	18%
Pathologie chronique	9	11%
Pathologie nécessitant des explorations ou thérapeutiques spécialisées	6	7%
L'impossibilité de s'auto-examiner	4	5%
Toxicité potentielle, dangerosité ou surveillance médicamenteuse	4	5%
Non remboursement des médicaments auto-prescrits	2	2%
Pathologies nécessitant un suivi	2	2%
Erreur de diagnostic	2	2%

Tableau 5 : Facteurs poussant à poursuivre l'autoprescription médicamenteuse		
Justifications citées	Nombre absolu de citations	Pourcentage
Gain de temps, manque de temps pour consulter	12	14%
Pathologie connue bénigne	12	14%
Facilité	11	13%
Ne pas déranger les confrères	4	5%
Efficacité des traitements autoprescrits, amélioration des symptômes suite à l'autoprescription	4	5%
Efficacité et praticité	4	5%
Simplicité	3	4%
Absence de doute diagnostique ou thérapeutique	2	2%
Accès difficile aux médecins	2	2%
Renouvellement de traitement au long cours	2	2%
Délai chez les spécialistes	2	2%
Confiance en capacités d'autodiagnostic	2	2%
Etat actuel jugé satisfaisant	2	2%
Plus de médecin traitant	2	2%

B. Evaluation de l'autoprescription

Respect général des règles de bonne prescription médicamenteuse (RBP)

35 sujets (41%) pensent toujours respecter les règles de bonne prescription médicamenteuse, 43 (51%) sujets déclarent fréquemment les respecter alors que 7 (8%) ne donnent pas leur avis sur le sujet. Les réponses « 3) vous pensez rarement les respecter » et « 4) vous pensez ne jamais les respecter » n'ont été choisies par aucun des sujets répondants.

Le sentiment de toujours respecter les RBP est associé à l'exercice seul en cabinet ($p < 0,05$) ainsi qu'à l'âge ≥ 41 ans des sujets répondants ($p < 0,05$). Il n'existe en revanche aucune association entre cette réponse et le sexe ($p = 0,21$).

Comparaison entre autoprescription et hétéroprescription

La plupart des sujets ne s'est pas prononcée sur le sujet (56 sujets, 66%). 28 sujets (33%) ont déclaré respecter autant les RBP lors des autoprescriptions que lors des hétéroprescriptions, alors que 10 sujets (12%) ont déclaré les respecter plus volontairement lors des hétéroprescriptions. 1 sujet (1%) a déclaré les respecter plus fréquemment lors des autoprescriptions.

Le sentiment de respecter plus fréquemment les RBP lors des hétéroprescriptions est associé au sexe féminin ($p < 0,05$) et à un âge jeune ($p < 0,05$). Il n'existe en revanche pas d'association statistiquement significative avec le lieu d'exercice ($p = 0,37$).

Respect habituel des différentes dimensions liées à l'autoprescription médicamenteuse

On retient de cette question que l'ensemble des sujets interrogés déclare respecter toujours la posologie des médicaments autoprescrits (85 réponses, 100%).

Une proportion assez conséquente des sujets répondants déclare respecter les recommandations en termes de durée de traitement (73 réponses, 86%) et d'indication thérapeutique (71 réponses, 84%).

Seuls 41 médecins répondants déclarent respecter les recommandations de surveillance biologique, qu'elle concerne l'efficacité du traitement ou la tolérance (48%). Enfin, 37 sujets répondants ont déclaré étayer suffisamment le diagnostic avant d'avoir recours à l'APM (44%).

Antécédents de non-respect des différentes dimensions liées à l'autoprescription médicamenteuse

Seuls 6 médecins interrogés ont concédé avoir déjà eu recours à l'APM sans respecter les posologies (7%), et 7 sans avoir respecté l'indication thérapeutique (8%). 13 médecins ont déclaré avoir eu recours à l'APM en ne respectant pas les recommandations en termes de surveillance biologique de la tolérance ou de l'efficacité (15%). 18 médecins ont déjà utilisé de l'APM sans respecter les recommandations en termes de durée de traitement (21%). Enfin, 21 médecins ont déjà recouru à l'APM sans étayer suffisamment le diagnostic auparavant (25%).

Analyse et discussion

1. Rappel des principaux résultats

L'interrogatoire des médecins libéraux spécialistes en médecine générale ornaïsiens a révélé une nette prédominance masculine, et un âge moyen de cette population supérieur à 50 ans. Ces médecins exercent majoritairement en structure. Ils n'ont pour la plupart pas de médecin traitant déclaré, ou se sont auto-déclarés médecin traitant. Ceci concorde avec leur volonté déclarée lorsqu'ils étaient étudiants en médecine de se soigner seul.

La majeure partie des sujets répondeurs a débuté l'autoprescription médicamenteuse avant d'être thésés.

Ils privilégient toujours actuellement l'autoprescription médicamenteuse en contexte aigu, éventuellement après recours à un confrère de manière informelle. Pour la plupart, ils prennent, ou ont pris, des médicaments de façon prolongée, et ont tous eu, à ce propos, l'occasion au moins une fois d'effectuer leur renouvellement d'ordonnance.

En analysant le nombre d'autoprescription, il apparaît que les principaux facteurs d'influence positifs non modifiables sont la présence d'un antécédent de pathologie chronique et l'âge supérieur à 50 ans.

Si les médecins généralistes libéraux ornaïsiens sont pour une bonne partie d'entre-eux conscients des limites et risques représentés par la pratique d'autoprescription médicamenteuse, ils concèdent volontiers n'avoir pas toujours respecté les règles de bonne prescription médicamenteuse.

Les raisons évoquées pour justifier les pratiques d'autoprescription médicamenteuse sont nombreuses. Elles sont essentiellement représentées par la facilité, l'accessibilité et la légitimité perçue de cette pratique. Les freins potentiels sont surtout imputables à la maladie plus qu'au médecin qui s'autoexamine : difficulté diagnostique, pathologie chronique ou grave.

2. Validité externe

A. Caractéristiques socio-démographiques

59% des sujets répondants de notre étude étaient des hommes, et 41% des femmes. Nous avons comparé nos chiffres avec ceux officiels fournis par la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) (annexe 8). On remarque que la proportion de femmes médecins généralistes libérales dans notre étude est comparable aux données nationales (9). Ceci est aussi applicable à la répartition des classes d'âge, bien que la découpe des classes diffère légèrement sur les chiffres présentés à l'échelon national (10). Enfin, le taux de 57% de sujets exerçant en structure dans notre étude s'approche du chiffre fourni à l'échelon régional de l'ancienne région Basse Normandie. Celui-ci s'élevait à 51% en 2007 (11).

B. Etat de santé des généralistes interrogés et prise en charge médicale

Pour rappel, la notion de médecin traitant est une notion récente datant de 2004. Elle a été définitivement mise en place par la convention médicale de 2005 (12).

Dans notre étude 24% des généralistes répondants ont un médecin traitant tiers déclaré, éventuellement récemment retraité. Les autres sujets répondants n'ont pas de médecin traitant déclaré ou se sont auto-déclarés. Dans un travail de thèse (4), V. Ducoroy retrouve une proportion de 80% des médecins généralistes de Hauts de France qui déclarent se soigner seuls. L. Gallice (13) constate dans sa revue de la littérature une évolution toute relative des pratiques suite à la convention médicale de 2005, évoquée plus haut. Selon elle, 90% des médecins généralistes n'avaient pas, avant 2004, de médecin référent. Suite à cette réforme, ce chiffre a diminué considérablement. Il oscille entre 7 et 21% selon les études. La nuance nécessaire à apporter à ces données est que, dans les mêmes études, entre 60 et 80% des médecins généralistes se sont auto-déclaré médecin traitant.

Evoquons ici le programme « DIS DOC, T'AS TON DOC ? », lancé en 2017 par la Société Française d'Anesthésie Réanimation (2). La SFAR a sur ce projet plusieurs partenaires, dont le ministère de la Santé et les principaux syndicats de médecins libéraux et salariés. Ce programme se justifie par le chiffre avancé de 80% des médecins qui se soignent seuls, et souvent mal. Il était porteur de plusieurs objectifs, dont l'incitation à choisir un médecin traitant dès le début des études médicales et la diminution de l'autodiagnostic/automédication. La SFAR aspire via cette campagne assez ambitieuse à un suivi médical pour 100% des

médecins à l'horizon 2027. Notre étude, réalisée au terme du tiers de temps de ce programme, vient renforcer l'idée que cette cible est encore assez loin d'être atteinte.

Le paradoxe est conforté par l'avis que les médecins portent sur leur propre suivi médical. En citant une nouvelle fois la thèse de L.Gallice (13), 4 médecins sur 10 estiment ne pas prendre en charge leur santé ou avoir un très mauvais suivi médical. Si l'on s'intéresse uniquement aux médecins atteints de pathologie chronique, seuls 57 à 67% estiment avoir un suivi médical de qualité. L. Gillard (14) retrouve quant à elle une proportion de 44% des médecins estimant avoir un suivi médical de qualité (14). Ce sentiment de prise en charge défailante est présent dès l'internat. M.Ducloy retrouve une proportion de 56% d'internes qui s'estiment moins bien soignés que les patients qu'ils prennent en charge (3).

L'attitude ambivalente des médecins au sujet de leur santé est soulignée ici par les chiffres. 42% des médecins déclarent qu'ils pensaient confier la coordination de leur parcours de soin à un confrère lorsqu'ils étaient étudiants en médecine. Néanmoins, le taux de déclaration de médecin traitant tiers ne s'élève qu'à 20%. La désertification médicale n'explique probablement pas à elle seule ce hiatus puisque l'on sait que la confraternité favorise l'accès aux soins, notamment en soins primaires. La réflexion peut être poussée plus loin en constatant que les médecins répondants ayant déclaré un médecin traitant tiers coordonnent eux-mêmes leur parcours de soins à 75%.

Ce sujet semble toujours d'actualité et s'installe dans l'esprit des futurs professionnels de santé assez précocement. 48% des sujets ont déclaré qu'ils pensaient, lorsqu'ils étaient étudiants, prendre en charge eux-mêmes leur santé. Montgomery et All. (1) retrouvent eux aussi une proportion significative d'étudiants souhaitant à terme s'autodiagnostiquer et s'autoprescrire des médicaments.

On l'aura compris, bien que les médecins soient pour partie conscients des limites de l'auto-suivi et n'hésitent pas à le déclarer y compris par voie de presse médicale (15), les mentalités et us tardent à changer.

Dans notre étude, 49% des sujets ont déclaré un antécédent de pathologie chronique au sens de l'OMS. L.Gallice (13) dans une revue systématique de la littérature datant de 2015 retrouve selon les études une proportion de 26 à 45% des généralistes déclarant une pathologie chronique ou à caractère durable.

La DREES dans une étude parue en 2010 (16) relate une proportion d'un tiers des médecins généralistes à déclarer un problème de santé chronique ou à caractère durable. Cette étude

compare l'état de santé des généralistes avec celui de deux catégories de population de même âge : les cadres ou professions supérieures et la population générale. Les chiffres de la DRESS insinuent que les médecins généralistes se déclarent moins atteints de pathologie chronique que les deux autres populations. Ils nuancent leur propos par le fait que l'approche et la perception d'être atteint d'une pathologie chronique puissent être modifiées par l'exercice d'une profession médicale.

Les résultats exposés au paragraphe précédent nous informent que de 42% des médecins généralistes prennent des médicaments régulièrement. G. Labeille (8) retrouve dans sa thèse le chiffre de 46%, alors que L. Gallice avance une proportion d'un tiers des médecins généralistes qui prennent des médicaments régulièrement (13). Nous n'avons cependant pas exploré dans notre travail les classes thérapeutiques qui font l'objet de prise régulière de la part de nos sujets répondants.

C. Habitude d'autoprescription médicamenteuse

Dans notre étude, 100% des médecins généralistes répondants ont déclaré avoir déjà pratiqué l'autoprescription médicamenteuse. Par ailleurs, parmi les médecins généralistes qui ont l'occasion de prendre des médicaments de façon prolongée, tous se sont au moins une fois auto-renouvelé leur ordonnance.

Le début de l'internat concorde avec la naissance du droit de prescription. On remarque cependant que près de 2 sujets répondants sur 10 déclarent avoir commencé les pratiques d'APM avant d'être internes, soit pendant le premier ou second cycle des études médicales. L'accessibilité aux ordonnanciers des maîtres de stage explique probablement cette pratique illégale.

La plupart des sujets déclarent avoir débuté la pratique d'APM pendant l'internat. Près d'un tiers des médecins répondants ont déclaré avoir débuté l'autoprescription une fois thésés. Plusieurs travaux récents sont disponibles sur l'APM chez les internes et jeunes médecins. L'APM des jeunes médecins se situe autour de 84% dans l'étude norvégienne de Ern et All (7). La prévalence de l'APM chez les internes se situe autour de 90% (3). Ces mêmes internes déclarent pour la plupart ne pas demander l'accord du médecin titulaire du numéro RPPS (répertoire partagé des professionnels de santé) inscrit sur l'ordonnance avant de réaliser une autoprescription médicamenteuse (17). Ern et All. ont dans leur étude menée sur les jeunes médecins norvégiens démontré que pratiquer l'APM pendant l'internat était un facteur prédictif significativement associé à la pratique de l'APM par la suite (7).

Il semble nécessaire ici de souligner l'ambivalence de la pratique d'APM à plusieurs niveaux. A l'échelle des médecins, ceci est évoqué plus longuement dans le paragraphe « Freins à l'autoprescription médicamenteuse », les médecins thésés et internes qui pratiquent l'APM sont pour une bonne partie conscients des limites de cette pratique.

Il existe de même une ambivalence légale à ce niveau. Le programme « DIS DOC T'AS TON DOC ? » développé plus haut vise à améliorer la prise en charge médicale des médecins et à limiter l'autoprescription médicamenteuse et non médicamenteuse. Le Conseil National de l'Ordre des médecins ainsi que le ministère de la Santé font partie des 31 instances partenaires de ce programme.

Pourtant, la loi écrite reste silencieuse au sujet de l'autoprescription médicamenteuse. La liberté et l'indépendance de prescription sont deux des piliers du code de la santé publique et du code de déontologie médicale (18) (19). Ces deux piliers s'appliquent aux hétéroprescriptions, ainsi qu'aux autoprescriptions médicamenteuses.

Le code de déontologie médicale dans la partie consacrée aux devoirs du médecin vis-à-vis des patients relate la nécessité de recourir à un tiers le cas échéant et l'obligation d'étayer le diagnostic le plus précisément possible. Ceci passe nécessairement par un examen clinique approfondi (20) (21).

Ces différents aspects légaux ne sont-ils pas inadaptés lorsqu'il s'agit du sujet de l'autoprescription médicamenteuse ?

Ces incohérences relevées témoignent probablement du fait que la loi est originellement écrite pour encadrer l'hétéroprescription médicamenteuse. Or, on le constate par le programme « DIS DOC, T'AS TON DOC ? », les instances dirigeantes semblent au fait des pratiques d'APM. Comment interpréter alors ce silence légal ?

Dans notre travail, à la question «Quels sont les éventuels freins qui vous pousseraient à limiter vos autoprescriptions ? », la limitation légale n'a été citée qu'à une seule occasion. Cet aspect a déjà été soulevé lors de plusieurs travaux sur l'APM. A contrario les raisons poussant à poursuivre l'APM sont nombreuses ; efficacité, simplicité, gain de temps, facilité,... Il paraît donc difficile d'imaginer qu'un jour un accord quant à une limitation légale qui régulerait la pratique d'autoprescription médicamenteuse, aussi risquée soit elle.

On peut cependant penser que la première étape du changement souhaité par tous soit l'ouverture d'une discussion de l'ensemble des parties concernées.

D. Attitude privilégiée en contexte aigu

L'attitude privilégiée par la plupart des sujets répondeurs (66%) en contexte médical aigu est l'hétéroprescription sans avis extérieur. Le reste des sujets répondeurs choisissent, pour 18% d'entre-eux, une consultation dédiée chez un confrère et pour 16%, une hétéroprescription après avis d'un confrère.

G.Labeille retrouve lui un taux d'APM en contexte aigu chez les généralistes du Rhône-Alpes supérieur à 50% pour 6 des 9 situations aiguës présentées dans son questionnaire (8).

Ce parti pris de privilégier une autoprescription médicamenteuse en contexte aigu n'est pas le propre des médecins thésés. A.Pierres, dans sa thèse, nous apprend que les internes interrogés ne considèrent pour la plupart pas utile de consulter un médecin tiers lors d'un événement médical aigu. Ils jugeraient d'ailleurs cette attitude comme un échec de leurs capacités diagnostiques et thérapeutiques pour une majorité d'entre eux (17).

Au-delà de la problématique de l'autoprescription médicamenteuse, les réponses au questionnaire nous poussent à nous interroger sur certaines pratiques de médecine générale. Les résultats nous apprennent que 80% des généralistes interrogés seraient susceptibles de pratiquer l'autoprescription en contexte de rhinopharyngite virale, et 92% en contexte d'état fébrile. Quelles seraient alors ces prescriptions, pour des situations qui décrites comme telles ne nécessitent a priori rien de plus que du paracétamol et des lavages de nez ?

Ce travail ne vise absolument pas à évaluer les pratiques des médecins généralistes libéraux ornaï, et la réponse à cette question peut par ailleurs être fortement influencée par le lecteur qui est répond.

La défiance vis-à-vis de l'hétéroconsultation en contexte aigu constitue l'un des sujets centraux de l'APM.

L'art médical s'est transformé au fil des siècles en profession médicale, avec l'avancée des recherches scientifiques. Si l'on ne peut que reconnaître l'ensemble de ces avancées, elles sous-tendent un changement de mentalité et d'attitude des professionnels médicaux. La formation facultaire telle qu'elle est déclinée depuis de nombreuses années repose en premier lieu sur l'obtention d'un concours d'entrée très sélectif et de ce fait concurrentiel, puis d'une quantité astronomique de données cliniques, biologiques, etc... à retenir. Le choix de la spécialisation est basé sur un concours national qui vise à récompenser l'élitisme intellectuel. Ce concours est un passage obligatoire. Mais cette formation très empreinte de théorie laisse-t-elle assez de place au développement de la confraternité ? de l'entraide ? de la confiance en l'autre ? Comment envisager après des années passées à « vouloir être meilleur que les autres » de laisser sa santé entre les mains d'un « ancien adversaire » ?

L'ensemble de ces questions devraient nous pousser à nous interroger sur l'absence de place laissée à la prévention de la santé des futurs médecins lors de leur formation, alors que la prévention est elle-même l'une des bases d'une bonne santé.

Le deuxième motif d'interrogation quant à ces pratiques est la confiance que les médecins spécialistes en médecine générale accordent à leur propre profession. Une proportion non négligeable de sujets répondeurs (15%) déclare consulter un médecin spécialiste d'organe lors d'une situation aiguë hors urgence vitale pour laquelle ils jugent une médication nécessaire.

Ne sont-ils pas pourtant chacun régulièrement confrontés à des patients qui consultent pour avoir un courrier d'adressage pour un médecin spécialiste d'organe, sans avoir au préalable consulté leur médecin pour en poser l'indication ? Comment attendre de nos patients qu'ils nous regardent comme des experts en médecine générale si nous-mêmes nous ne nous considérons pas comme tel ?

Nous terminerons cette réflexion par une question : quid du parcours de soins, dans lequel le médecin traitant a un rôle central ?

E. Nombre moyen d'autoprescriptions

La moyenne basse d'autoprescription médicamenteuse sur une année dans notre étude est de $2,4 \pm 2,1$, plus fréquente chez les sujets âgés et ceux atteints de pathologie chronique. G.Labeille rapporte, sur certains médicaments de prescription courante (AINS, antalgiques de pallier 2, antitussifs), un taux de 30% de médecins répondeurs qui déclarent s'être fait entre 1 et 2 ordonnances sur l'année passée (8).

En ce qui concerne l'autoprescription d'antalgiques, V.Ducoroy relate un chiffre de plus de 99% des médecins qui se sont fait au moins une ordonnance d'antalgiques de pallier 1 dans l'année écoulée et 57% au moins 3 ordonnances (4). Il retrouve de même un taux de 38% de médecins généralistes à s'être autoprescrit au moins une fois des antalgiques de pallier 2 sur l'année écoulée.

Dans la thèse de M.Ducloy 90% des internes déclarent que plus de 50% des ordonnances à leur nom émanent d'une autoprescription, sans qu'il soit cependant question de fréquence d'autoprescription (3).

La discussion autour de ces chiffres peut rapidement prendre une orientation plus philosophique. La démarche diagnostique repose en médecine sur le triptyque connaissances médicales, anamnèse et examen clinique. En contexte d'autoprescription médicamenteuse, les 3 sont potentiellement mis en défaut.

L'association des connaissances cliniques à l'anamnèse peut en contexte d'APM être occultée par le manque de recul du médecin envers lui-même. L'intérêt de la présence d'un médecin traitant se trouve dans son côté « expert de son patient », qu'il connaît le voyant régulièrement pour des raisons diverses et variées. Ceci permet à tout médecin traitant de laisser parler sa subjectivité lors de l'évaluation initiale d'un patient qui présente un tableau plus ou moins complexe.

Plusieurs questions se posent alors lorsqu'il est question d'une auto-évaluation médicale : Est-il aisé de conclure à un rythme inflammatoire ou mécanique lorsqu'il est question d'arthralgies ? La propre opinion que chacun a de soi-même ne peut-elle pas influencer la perception des symptômes, dans le sens de l'optimisme ou du catastrophisme ? Que penser de l'auto-examen clinique ? S'il paraît envisageable de réaliser une auscultation cardiaque ou une palpation des pouls distaux, que penser de la palpation abdominale, ou de l'otoscopie ? Est-il possible de faire preuve d'autant de « bon sens clinique » lors d'une auto-évaluation que lors d'une hétéro-évaluation ?

Ces questions pourraient presque être qualifiées de rhétoriques. Beaucoup de médecins consentent être de temps à autre exaspérés des « autodiagnostic » des patients voire des « auto prises-en-charge » qui en découlent. Si les connaissances médicales diffèrent, il semble néanmoins à la lumière de ses chiffres que bon nombre de médecins ne soient pas meilleurs élèves que leurs patients.

F. Freins à l'autoprescription médicamenteuse

L'autoprescription médicamenteuse est perçue comme potentiellement dangereuse par 48% des sujets répondeurs. Le travail de M.Ducloy portant sur les internes réunionnais retrouve une proportion de 46% des internes qui jugent l'APM comme dangereuse (3). Ils l'estiment pour 56% d'entre-eux comme une potentielle source de complications iatrogènes. A.Pierres en interrogeant les internes marseillais retrouve une proportion de 64% des sujets répondeurs qui considèrent l'APM comme une pratique à risque (17).

Dans le travail de G.Labeille, le danger de l'autodiagnostic est davantage mis en exergue que celui de l'autoprescription (8). F.Tanguy nous relate, quant à lui, une certaine ambivalence

des médecins généralistes sur leur pratique d'APM. La plupart des médecins qui portent un regard critique sur cette pratique la justifient finalement régulièrement au cours de l'entretien (22).

La question sur les freins à l'APM a été écrite à l'aide d'une revue de la littérature qui fait référence dans ce domaine. Cet article, rédigé par Montgomery et All., est une méta-analyse de la littérature anglophone sur l'APM de 1990 à 2009 (1). Quatre motifs justifiant l'APM y étaient présentés, auxquels nous y avons ajouté un cinquième « Vous considérez l'APM comme légitime pour vous-même ». Parmi les raisons évoquées incitant à pratiquer l'APM, la légitimité de l'autoprescription est de loin la réponse la plus évoquée (87%). Un tiers des sujets justifie cette pratique par l'impossibilité de quitter le cabinet pendant les heures de travail habituelles. On notera la faible proportion de médecins déclarant refuser de partager les informations médicales à leur égard (7%).

Grâce à la question ouverte sur les freins éventuels à l'APM, nous pouvons dégager quelques éléments de réponses d'intérêt. Les principaux freins à l'APM évoqués sont en rapport avec la pathologie en question. La gravité de la pathologie est l'élément le plus mentionné avec 20% de réponses. La chronicité de la pathologie est aussi un frein potentiel pour 11% des sujets répondants. Les difficultés liées au diagnostic seraient potentiellement gênantes pour 18% des sujets interrogés. En citant le travail de thèse de F. Tanguy, on remarque que ces trois raisons sont celles les plus invoquées comme limitantes de l'APM (22).

Il est intéressant de remarquer que très peu de raisons imputables au médecin qui s'auto-examine sont évoquées comme frein potentiel. Seule l'impossibilité de s'auto-examiner a été citée par 5% des sujets répondants.

Les difficultés liées à la peur de déranger un confrère ou d'être jugé par ce dernier, rarement citées par les médecins répondants à notre étude semblent être des freins plus proéminents en Amérique du Nord et notamment au Canada (23).

G. Evaluation des autoprescriptions médicamenteuses

Un tiers des sujets répondants de notre étude déclare respecter autant les RBP en contexte d'APM que d'hétéroprescription médicamenteuse. G.Labeille, dans sa thèse, retrouve des résultats similaires (8). Il ajoute que le sentiment de non-conformité des APM avec les hétéroprescriptions est significativement associé au constat d'effets indésirables graves chez les patients bénéficiaires des hétéroprescriptions.

Seul un interne sur deux pratiquant l'autoprescription médicamenteuse considère respecter les règles de bonne prescription médicamenteuse dans la thèse d'A.Pierre (17).

V.Ducoroy apporte une information intéressante dans sa thèse consacrée à l'autoprescription d'antalgiques : 71% des médecins interrogés déclarent se prescrire moins d'antalgique à proportion qu'à leurs patients, pour des situations cliniques similaires (4).

Les antécédents de non-respect des APM sont relativement peu étudiés dans la littérature. G.Labeille retrouve une prévalence de retard diagnostique autour de 8% et un non-respect des recommandations en terme de durée de traitement autour de 21% (8). M.Ducloy rapporte une proportion de 74% des internes réunionnais interrogés qui sont conscients du risque de retard diagnostique lié à cette pratique (3).

3. Forces et faiblesses de l'étude

Notre étude présente des intérêts multiples. Tout d'abord, ce questionnaire était le premier du genre auquel les médecins généralistes libéraux ornais étaient amenés à répondre. Aucun travail avant le nôtre ne faisait état d'un sondage sur la pratique d'APM dans un département à prédominance rurale comme l'est l'Orne. Ce travail permet en outre d'explorer plusieurs dimensions de l'APM jusque là non explorées : l'âge de début d'autoprescription et l'attitude privilégiée en contexte médical aigu.

Plusieurs biais sont à considérer suite à la discussion des principaux résultats.

Il existe premièrement un biais de sélection de type biais d'auto-sélection. Celui-ci repose sur le fait que les sujets ont décidé à la réception du questionnaire d'y répondre ou pas. Il implique une potentielle diminution de la représentativité de l'échantillon analysé en comparaison de la population générale de praticiens généralistes libéraux ornais. Il paraît pertinent ici de citer l'existence d'un biais de recrutement dans notre étude. Bien que, comme nous l'expliquons plus haut, la population étudiée des médecins généralistes libéraux ornais n'ait jusque là jamais été sondée sur le sujet, cela constitue aussi une limite à notre travail. Cela en diminue la validité externe.

Il existe enfin un biais de classement de type biais de mémorisation. Le questionnaire interrogeait en effet les médecins généralistes sur leurs pratiques d'autoprescription actuelles et passées. Il est donc possible d'imaginer que de façon volontaire ou involontaire les sujets répondants n'aient pas décrit scrupuleusement leurs pratiques d'APM passées.

Conclusion et ouverture

Nous avons longuement discuté de la problématique de la santé des médecins. Ce sujet est régulièrement traité, et ces dernières années ont vu émerger beaucoup de travaux notamment sur la santé mentale des médecins et leur épuisement au travail. Il apparaît à la lecture de notre travail que la pratique d'autoprescription médicamenteuse reste une habitude pour bon nombre de médecins généralistes. Elle démarre généralement tôt dans le parcours médical, pour la plupart avant l'obtention du grade de docteur en médecine. Elle est privilégiée en contexte médical aigu et justifiée en partie par sa légitimité perçue. Le renouvellement d'ordonnance est une pratique courante en contexte médical chronique. La déclaration d'un médecin traitant tiers reste une pratique marginale, et son recours y est rare.

L'ensemble de ces données interrogent sur l'absence de prévention faite sur la santé des futurs médecins lors des études facultaires et la faible estime qu'ont les médecins généralistes envers leur propre profession.

Cette étude amène alors plusieurs questions : les pratiques sont-elles les mêmes pour les médecins spécialistes d'organe ? Les médecins spécialistes en médecine générale auraient-ils des pratiques différentes s'ils soignaient leurs confrères généralistes, ou spécialistes ?

Il reste en outre un axe peu développé : la santé des médecins dans la pathologie chronique. Il serait en effet intéressant de connaître leur attitude face à la pathologie chronique et sa prise en charge au long cours. Qui fait le diagnostic ? Qui adresse vers le médecin spécialiste d'organe ? Qui prescrit les examens complémentaires de suivi ou d'étayage diagnostic ? Qui fait les renouvellements d'ordonnance ?

Il existe par ailleurs énormément de travaux sur l'automédication, pratique qui met souvent en difficulté les soignants. Existe-t-il un parallèle entre la perception de l'automédication et l'autoprescription médicamenteuse ?

Enfin, certaines réponses interrogent. Il semble pour beaucoup les médecins répondeurs seraient susceptibles de pratiquer l'autoprescription dans certains contextes qui n'en nécessitent a priori pas toujours. Quelles sont les pratiques médicales et les éventuelles hétéroprescriptions médicamenteuses en contexte de rhinopharyngite aiguë ou d'état fébrile ?

Bibliographie

1. Aj M, C B, A R, E P. A review of self-medication in physicians and medical students [Internet]. Vol. 61, Occupational medicine (Oxford, England). Occup Med (Lond); 2011 [cité 14 oct 2020]. Disponible sur: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21727179/>
2. DP_DISDOCTASTONDOC.pdf [Internet]. [cité 14 oct 2020]. Disponible sur: https://cfar.org/wp-content/uploads/2017/03/DP_DISDOCTASTONDOC.pdf
3. Ducloy M. État des lieux sur l'auto-prescription par les internes réunionnais au premier trimestre 2017. 12 déc 2017;91.
4. Ducoroy V. Auto-prescription d'antalgiques chez les médecins généralistes des Hauts-de-France. 12 juin 2019;54.
5. MACSF.fr. Les risques de l'autodiagnostic et de l'automédication chez les soignants [Internet]. MACSF.fr. [cité 3 mars 2021]. Disponible sur: <https://www.macsf.fr/actualites/l-autodiagnostic-et-l-automedication-chez-les-soignants>
6. Le rapport des Français et des Européens à l'ordonnance et aux médicaments. :6.
7. Hem E, Stokke G, Tyssen R, Grønvold NT, Vaglum P, Ekeberg Ø. Self-prescribing among young Norwegian doctors: a nine-year follow-up study of a nationwide sample. BMC Med. 2005;3:16.
8. Etude de l'autoprescription médicamenteuse chez les médecins généralistes de Rhône-Alpes. 2013.
9. La démographie des médecins (RPPS) | Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques [Internet]. [cité 4 mars 2021]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sources-outils-et-enquetes/la-demographie-des-medecins-rpps>
10. Beyond 20/20 WDS - Affichage de tableau - TABLEAU 7. DENSITÉ DE MÉDECINS par spécialité, modes d'exercice regroupés et zone d'inscription [Internet]. [cité 14 oct 2020]. Disponible sur: <http://www.data.drees.sante.gouv.fr/TableViewer/tableView.aspx?ReportId=3795>
11. Aulagnier O, Paraponaris S-S, Ventelou V. L'exercice de la médecine générale libérale - Premiers résultats d'un panel dans cinq régions françaises. :8.
12. LOI n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie (1) - Légifrance [Internet]. [cité 14 oct 2020]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000000625158/>
13. Gallice L. La santé des médecins généralistes libéraux français. A partir d'une étude de la littérature de 2003 à 2013 [Internet] [exercice]. Université Toulouse III - Paul Sabatier; 2014 [cité 4 mars 2021]. Disponible sur: <http://thesesante.ups-tlse.fr/442/>
14. Gillard L. LA SANTE DES GENERALISTES. :97.
15. Un médecin, ça se soigne tout seul | What's Up Doc [Internet]. [cité 14 oct 2020]. Disponible sur: <https://www.whatsupdoc-lemag.fr/article/un-medecin-ca-se-soigne-tout-seul?id=21590>
16. Santé physique et psychique des médecins généralistes | Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques [Internet]. [cité 4 mars 2021]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/etudes-et-resultats/sante-physique-et-psychique-des-medecins-generalistes>
17. Pierres A. Pourquoi les internes ont-ils recours à l'auto-prescription médicamenteuse ? Enquête auprès des internes de la Faculté de médecine de l'Université d' Aix-Marseille. 10 oct 2018;50.
18. codeont.pdf [Internet]. [cité 4 mars 2021]. Disponible sur: <https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/codeont.pdf>
19. Article L162-2 - Code de la sécurité sociale - Légifrance [Internet]. [cité 4 mars 2021]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000006741332

20. Article 32 - Qualité des soins [Internet]. Conseil National de l'Ordre des Médecins. 2019 [cité 4 mars 2021]. Disponible sur: <https://www.conseil-national.medecin.fr/code-deontologie/devoirs-patients-art-32-55/article-32-qualite-soins>
21. Article 33 - Diagnostic [Internet]. Conseil National de l'Ordre des Médecins. 2019 [cité 4 mars 2021]. Disponible sur: <https://www.conseil-national.medecin.fr/code-deontologie/devoirs-patients-art-32-55/article-33-diagnostic>
22. Toutes les thèses > Tanguy Francois [Internet]. [cité 4 mars 2021]. Disponible sur: https://syntheses.univ-rennes1.fr/search-theses/thematic-search.html?menuKey=theses&submenuKey=authors&id=tanguy_francois
23. BAnQ numérique [Internet]. [cité 4 mars 2021]. Disponible sur: <http://numerique.banq.qc.ca/>

Annexes

Annexe 1 : Lettre d'introduction jointe au questionnaire version papier :

Laurent AUBEUF

[Adresse]

Téléphone :

Adresse email :

Objet : Thèse de médecine générale.

Madame, Monsieur,

Actuellement en quatrième semestre de médecine générale à l'Université de Caen, j'effectue ma thèse de doctorat en médecine sur l'autoprescription médicamenteuse chez les généralistes libéraux de l'Orne, sous la direction du Docteur Laure SCHONBRODT.

Ce travail vise à connaître les habitudes d'autoprescription médicamenteuse chez les généralistes libéraux ornaïens, autant en contexte aigu que chronique. Il explore également les éventuels bénéfices et risques perçus liés à cette pratique.

A ce titre, il vous est proposé de répondre à 31 questions dans le questionnaire suivant. Seulement 5 minutes vous seront nécessaires pour répondre à ces questions.

Vous remerciant par avance pour le temps que vous consacrerez à ce questionnaire, je vous prie de croire, Mesdames, Messieurs, à l'expression de mes salutations respectueuses.

Bien cordialement,

Laurent AUBEUF

Conformément au règlement UE-2016/679 et à la loi informatique et liberté 78-17, ce traitement a été instruit par le DPO de l'Université de CAEN et est inscrit au registre de l'université sous le n° 14-20200622-01R1. Pour en savoir plus : Contacter le DPO par mail à l'adresse dpo@unicaen.fr en précisant la référence 14-20200622-01R1

Annexe 2 : Lettre introductive jointe à la relance du questionnaire par voie numérique :

Laurent AUBEUF

[Adresse]

Téléphone :

Adresse email :

Objet : Thèse de médecine générale.

Madame, Monsieur,

Actuellement en quatrième semestre de médecine générale à l'Université de Caen, j'effectue ma thèse de doctorat en médecine sur l'autoprescription médicamenteuse chez les généralistes libéraux de l'Orne, sous la direction du Docteur Laure SCHONBRODT.

Ce travail vise à connaître les habitudes d'autoprescription médicamenteuse chez les généralistes libéraux ornais, autant en contexte aigu que chronique. Il explore également les éventuels bénéfices et risques perçus liés à cette pratique.

A ce titre, il vous est proposé de répondre à 31 questions dans le questionnaire suivant. Seulement 5 minutes vous seront nécessaires pour répondre à ces questions.

Ce questionnaire a déjà fait l'objet d'un envoi postal à la fin du mois de Juin 2020. Aussi, il est demandé à ceux d'entre vous ayant déjà participé à l'étude de ne pas répondre une seconde fois.

Vous remerciant par avance pour le temps que vous consacrerez à ce questionnaire, je vous prie de croire, Mesdames, Messieurs, à l'expression de mes salutations respectueuses.

Bien cordialement,

Laurent AUBEUF

Conformément au règlement UE-2016/679 et à la loi informatique et liberté 78-17, ce traitement a été instruit par le DPO de l'Université de CAEN et est inscrit au registre de l'université sous le n° 14-20200622-01R1. Pour en savoir plus : Contacter le DPO par mail à l'adresse dpo@unicaen.fr en précisant la référence 14-20200622-01R1

Annexe 3 : Questionnaire adressé aux médecins généralistes :

I. Prise en charge médicale

Question 1 : Concernant votre médecin traitant, au sens de l'assurance maladie : Une seule réponse possible

- 1) Vous n'avez pas de médecin traitant déclaré
- 2) Vous êtes votre propre médecin traitant déclaré
- 3) Votre médecin traitant déclaré est un confrère généraliste
- 4) Votre médecin traitant déclaré est un confrère spécialiste
- 5) Votre médecin traitant est récemment retraité

Question 2 : Lorsque vous étiez étudiant en médecine, pensiez-vous : Plusieurs réponses possibles

- 1) Coordonner vous-même votre propre parcours de soin
- 2) Laisser le soin à un confrère spécialiste en médecine générale de coordonner votre parcours de soin
- 3) Laisser le soin à un confrère spécialiste d'organe de coordonner votre parcours de soins
- 4) Qu'il était nécessaire de laisser un médecin autre que vous-même coordonner votre parcours de soin
- 5) Qu'il n'était pas nécessaire de laisser un confrère coordonner votre parcours de soin

Question 3 : Pour ceux ayant un médecin traitant déclaré différent d'eux-mêmes : Une seule réponse possible

- 1) Vous êtes votre propre médecin référent au sens médical du terme : il ne coordonne pas votre parcours de soin
- 2) Votre médecin traitant déclaré est bien votre médecin référent au sens médical du terme : il coordonne votre parcours de soin

Question 4 : Avez-vous un antécédent de pathologie chronique, soit une pathologie évoluant ou ayant évolué pendant 6 mois ou plus (définition OMS) ? Une seule réponse possible

- 1) Oui
- 2) Non

Question 5 : Prenez-vous quotidiennement des médicaments, ou suivez-vous un traitement au long cours vous obligeant à prendre régulièrement des médicaments ? Une seule réponse possible

- 1) Oui
- 2) Non

Question 6 : Si vous ne prenez pas actuellement des médicaments quotidiennement, Avez-vous eu l'occasion de prendre des médicaments de façon prolongée >1 mois ? Une seule réponse possible

- 1) Oui
- 2) Non

II. Habitudes d'autoprescription :

Question 7 : Vous avez commencé à vous autoprescrire des médicaments : Une seule réponse possible

- 1) Dès que vous avez eu accès à des ordonnances alors que vous n'étiez pas autorisé à prescrire de vous-même : lorsque vous étiez étudiant en médecine, ou externe
- 2) Dès que vous avez obtenu l'autorisation de prescrire, mais avant d'être thésé(e) : lors de votre internat
- 3) Une fois thésé(e) : depuis que vous avez été diplômé docteur en médecine

Question 8 : Vous estimez votre fréquence d'autoprescription à : Une seule réponse possible

- 1) 1 fois par mois ou plus, soit plus de 12 fois par an
- 2) Entre 1 fois par mois et une fois tous les 3 mois, soit de 4 à 12 fois par an
- 3) Entre 1 fois tous les 3 mois et une fois tous les 6 mois, soit 2 à 4 fois par an
- 4) Entre 1 fois tous les 6 mois et une fois tous les 12 mois, soit 1 à 2 fois par an
- 5) Moins d'une fois par an
- 6) Jamais

Question 9 : Vous seriez susceptibles de pratiquer l'autoprescription en contexte : Plusieurs réponses possibles

- 1) D'état fébrile
- 2) Pathologie hypertensive
- 3) Rhinopharyngite virale
- 4) Hyperlipidémie
- 5) Lombalgie
- 6) D'arthropathie ou périarthropathie
- 7) Douleur non caractéristique

Question 10 : En contexte de pathologie médicale aiguë hors urgence vitale pour laquelle vous jugez une prescription médicamenteuse nécessaire, vous optez de façon préférentielle pour : Une seule réponse possible

- 1) Une autoprescription sans avis extérieur
- 2) Une autoprescription médicamenteuse après avis d'un confrère généraliste ou spécialiste d'organe en dehors d'une consultation dédiée à votre problème de santé
- 3) Une consultation dédiée à votre problème de santé chez votre médecin traitant qui jugera de la nécessité d'introduire ou pas une thérapeutique médicamenteuse
- 4) Une consultation dédiée à votre problème de santé chez un confrère généraliste qui n'est pas votre médecin traitant qui jugera de la nécessité d'introduire ou pas une thérapeutique médicamenteuse
- 5) Une consultation dédiée à votre problème de santé chez un confrère spécialiste qui jugera de la nécessité d'introduire ou pas une thérapeutique médicamenteuse

Question 11 : Si vous prenez quotidiennement ou si vous avez eu l'occasion de prendre des médicaments pendant une durée prolongée supérieure ou égale à 1 mois : une seule réponse possible

- 1) Il vous arrive ou vous est déjà arrivé d'effectuer le renouvellement de votre ordonnance de vous-même
- 2) Vous avez toujours laissé le soin à un confrère d'effectuer votre renouvellement d'ordonnance

III. En contexte de pathologie médicale aiguë (évoluant depuis mois de 15 jours) nécessitant la prise de médicaments, vous est-il déjà arrivé de :

Question 12 : Vous prescrire vous-même des médicaments ? une seule réponse possible

- 1) Oui
- 2) Non

Les questions 13 et 14 du questionnaire concerne uniquement les médecins ayant répondu « oui » à la question 12 :

Question 13 : Il vous est déjà arrivé en contexte de pathologie médicale aiguë : Plusieurs réponses possibles

- 1) De vous prescrire des médicaments sans vous auto-prodiguer un examen clinique même succin
- 2) De vous prescrire des médicaments en vous prodiguant un auto-examen clinique même succin

Question 14 : De façon générale, jugez-vous adaptées vos autoprescriptions médicamenteuses en contexte de pathologie médicale aiguë ? Une seule réponse possible

- 1) Oui
- 2) Non

Question 15 : Selon votre propre point de vue, l'autoprescription médicamenteuse en contexte de pathologie médicale aiguë évoluant depuis moins de 15 jours est : Une seule réponse possible

- 1) Toujours pertinente
- 2) Pertinente en contexte de pathologie médicale bénigne uniquement
- 3) Pertinente quel que soit le contexte, c'est à dire en contexte de pathologie médicale aiguë bénigne et en contexte de pathologie médicale aiguë potentiellement grave
- 4) Jamais pertinente

Question 16 : Si vous avez déjà pratiqué l'autoprescription médicamenteuse, a-t-elle déjà occasionné : Plusieurs réponses possibles

- 1) Un retard diagnostique
- 2) Un effet indésirable mineur
- 3) Un effet indésirable majeur
- 4) Une hypersensibilité
- 5) Une interaction médicamenteuse
- 6) Une situation d'addiction médicamenteuse
- 7) Vous n'avez jamais observé de conséquence néfaste de l'autoprescription médicamenteuse

IV. Classes thérapeutiques déjà auto-prescrites :

Question 17 : Vous êtes-vous déjà prescrits en auto-introduction des médicaments faisant partie des classes thérapeutiques suivantes : Plusieurs réponses possibles

- 1) Du paracétamol
- 2) Des anti-inflammatoires non stéroïdiens
- 3) Des anti-inflammatoires stéroïdiens (des corticoïdes)
- 4) Des antalgiques de pallier 2 : Opium, codéine, tramadol
- 5) Des antalgiques de pallier 3 : morphiniques et dérivés
- 6) Des anti-infectieux : antibiotiques, antiviraux, antifongiques, antiparasitaires
- 7) Des psychotropes ou somnifères
- 8) Des antihypertenseurs
- 9) Des diurétiques, pour une indication autre que l'hypertension artérielle
- 10) Des antithrombotiques : anti-agrégants plaquettaires ou anti-coagulants
- 11) Des antidiabétiques, oraux ou insuliniques
- 12) Des hypolipémiants
- 13) Des contraceptifs ou médicaments de la ménopause
- 14) Des médicaments de l'impuissance masculine

Question 18 : Vous êtes-vous déjà prescrits en auto-renouvellement des médicaments faisant partie des classes thérapeutiques suivantes : Plusieurs réponses possibles

- 1) Du paracétamol
- 2) Des anti-inflammatoires non stéroïdiens
- 3) Des anti-inflammatoires stéroïdiens (des corticoïdes)
- 4) Des antalgiques de pallier 2 : Opium, codéine, tramadol
- 5) Des antalgiques de pallier 3 : morphiniques et dérivés
- 6) Des anti-infectieux : antibiotiques, antiviraux, antifongiques, antiparasitaires
- 7) Des psychotropes ou somnifères
- 8) Des antihypertenseurs
- 9) Des diurétiques, pour une indication autre que l'hypertension artérielle
- 10) Des antithrombotiques : anti-agrégants plaquettaires ou anti-coagulants
- 11) Des antidiabétiques, oraux ou insuliniques
- 12) Des hypolipémiants
- 13) Des contraceptifs ou médicaments de la ménopause
- 14) Des médicaments de l'impuissance masculine

Question 19 : Lors de vos auto-prescription médicamenteuses estimez-vous en général : plusieurs réponses possibles

- 1) Respecter les recommandations en termes de posologie
- 2) Respecter les recommandations en termes de durée de traitement
- 3) Respecter les recommandations en termes d'indication thérapeutique
- 4) Respecter les recommandations en termes de surveillance biologique, qu'elle concerne la tolérance ou la surveillance d'efficacité
- 5) Étayer suffisamment votre diagnostic (examen clinique, explorations complémentaires) avant d'instaurer un médicament

Question 20 : vous est-il déjà arrivé lors d'autoprescription médicamenteuse : plusieurs réponses possibles

- 1) De ne pas respecter les recommandations en termes de posologie
- 2) De ne pas respecter les recommandations en termes de durée de traitement
- 3) De ne pas respecter les recommandations en termes d'indication thérapeutique
- 4) De ne pas respecter les recommandations en termes de surveillance biologique, qu'elle concerne la tolérance ou la surveillance d'efficacité
- 5) De ne pas étayer suffisamment votre diagnostic (examen clinique, explorations complémentaires) avant d'instaurer un médicament

Question 21 : concernant les règles de bonne pratique de prescription médicamenteuse (RBP) : Plusieurs réponses possibles

- 1) Vous pensez les toujours les respecter
- 2) Vous pensez les respecter fréquemment
- 3) Vous pensez rarement les respecter
- 4) Vous pensez ne jamais les respecter
- 5) Vous pensez les respecter autant lors de vos hétéro-prescriptions que lors de vos autoprescriptions
- 6) Vous pensez les respecter plus fréquemment lors de vos hétéroprescriptions
- 7) Vous pensez les respecter plus fréquemment lors de vos autoprescriptions

V. Les freins à l'autoprescription

Question 22 : Vous jugez le principe de l'autoprescription sur votre santé comme : Une seule réponse possible

- 1) Sans danger
- 2) Dangereuse dans certaines situations
- 3) Toujours dangereuse

Question 23 : Selon vous, le danger de l'autoprescription médicamenteuse réside préférentiellement : Une seule réponse possible

- 1) En auto-initiation
- 2) En auto-renouvellement
- 3) En auto-initiation et en auto-renouvellement
- 4) Aucun des deux

Question 24 : Selon votre propre point de vue, l'autoprescription médicamenteuse en contexte de pathologie médicale chronique est : Une seule réponse possible

- 1) Toujours pertinente que ce soit en auto-initiation ou en auto-renouvellement
- 2) Pertinente en auto-initiation mais pas en auto-renouvellement
- 3) Pertinente uniquement une fois le diagnostic médical posé par vous même, c'est-à-dire uniquement en auto-renouvellement mais pas en auto-initiation
- 4) Pertinente uniquement une fois le diagnostic médical posé par un confrère, c'est-à-dire uniquement en auto-renouvellement mais pas en auto-initiation
- 5) Pertinente uniquement une fois le diagnostic médical posé que ce soit par vous-même ou par un confrère, c'est-à-dire uniquement en auto-renouvellement mais pas en auto-initiation
- 6) Jamais pertinente

Question 25 : Pour ceux de vous qui pratiquent ou ont pratiqué l'autoprescription médicamenteuse, quelles sont les raisons qui vous poussent à pratiquer l'autoprescription médicamenteuse : Plusieurs réponses possibles

- 1) Un refus ou une difficulté à vous projeter dans la position de patient
- 2) Vous considérez, en tant que docteur, que l'APM est la norme
- 3) Vous considérez l'autoprescription comme légitime pour vous même
- 4) L'impossibilité ou la volonté de votre part de ne pas quitter votre cabinet pendant vos heures de travail
- 5) Le refus de votre part de partager les données médicales vous concernant, ou vouloir les partager uniquement avec un nombre restreint de collègues

Question 26 : Quels sont les éventuels freins qui vous pousseraient à limiter vos autoprescriptions ? Réponse libre

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

Question 27 : Quels sont les facteurs vous poussant à poursuivre l'autoprescription ? Réponse libre

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

VI. Population étudiée

Question 28 : Dans quelle catégorie d'âge vous situez vous ? Une seule réponse possible

- 1) Moins de 30 ans
- 2) Entre 31 et 40 ans inclus
- 3) Entre 41 et 50 ans inclus
- 4) Entre 51 et 60 ans inclus
- 5) 61 ans ou plus

Question 29 : Vous exercez : Une seule réponse possible

- 1) Seul dans votre cabinet
- 2) Dans une structure monoprofessionnelle
- 3) Dans une structure pluriprofessionnelle

Question 30 : Vous exercez dans une zone : Une seule réponse possible

- 1) Rurale
- 2) Semi-rurale
- 3) Urbaine

Question 31 : Vous êtes installé depuis : Une seule réponse possible

- 1) Moins de 10 ans
- 2) De 11 à 20 ans
- 3) De 21 à 30 ans
- 4) 31 ou plus

Annexe 4 : Méthodologie de réalisation du questionnaire.

La prise en charge médicale :

Les sujets étaient interrogés sur l'existence d'un médecin traitant déclaré, d'un antécédent de pathologie chronique (selon la définition de l'OMS, soit une pathologie évoluant ou ayant évoluée pendant 6 mois ou plus), sur la prise quotidienne de médicaments au moment de l'étude ou sur un antécédent de prise médicamenteuse quotidienne supérieure ou égale à un mois. Les médecins étaient également invités à répondre à une question concernant le regard qu'ils avaient, alors qu'ils n'étaient qu'étudiant en médecine, sur leur prise en charge médicale à long terme.

Enfin, la question n°3 était spécifiquement réservée aux médecins ayant répondu qu'ils avaient un médecin traitant déclaré différent d'eux-mêmes, et visait à savoir s'ils laissaient ou non leur médecin traitant déclaré coordonner leur parcours de soins ou s'ils le coordonnaient eux-mêmes.

Les habitudes d'autoprescription :

Les axes explorés dans cette partie comprenaient la fréquence d'autoprescription médicamenteuse, le contexte des premières autoprescriptions, l'attitude pratique privilégiée en contexte de pathologie médicale aiguë nécessitant un traitement médicamenteux.

Les médecins généralistes étaient consultés sur les recours potentiels à l'APM dans le contexte symptomatique des sept motifs pathologiques motivant le plus fréquemment une consultation en médecine générale. Cette liste a été tirée du classement établi par la Société Française de médecine générale en 2009 des motifs de consultation en médecine générale qui présente les 10 motifs de consultation les plus fréquents.

Deux motifs de consultation ont été volontairement exclus lors de cette enquête puisqu'on peut légitimement penser qu'ils ne donnent pas a priori lieu à des prescriptions médicamenteuses : les examens systématiques et de prévention et la vaccination.

Enfin, Le contexte « état morbide afébrile » a volontairement été exclu compte tenu de son ambiguïté.

Une question était spécifiquement adressée aux sujets prenant quotidiennement des médicaments ou ayant un antécédent de prise médicamenteuse > 1 mois. Ceux-ci étaient alors questionnés sur le recours systématique ou non à un confrère pour effectuer le renouvellement d'ordonnance.

Les antécédents d'APM en contexte médical aigu :

Dans cette section étaient posées cinq questions fermées aux médecins généralistes, qui avaient le choix de répondre « oui » ou « non ». Ces questions concernaient un contexte médical aigu, c'est-à-dire un état pathologique évoluant depuis 15 jours ou moins.

Les questions posées portaient sur les éventuels antécédents d'autoprescription médicamenteuse en contexte de pathologie médicale aiguë, sur l'existence d'un éventuel auto-examen clinique même succinct précédent l'APM, sur la pertinence perçue de ces autoprescriptions et sur les éventuels effets indésirables de ces prescriptions.

Les classes thérapeutiques ayant déjà fait l'objet d'APM par les médecins :

Les médecins généralistes libéraux ont été interrogés sur les antécédents d'autoprescription concernant quatorze classes thérapeutiques par deux questions ; Elles permettaient d'explorer l'antécédent d'autoprescription en contexte d'auto-initiation et en contexte d'auto-renouvellement.

Faute de données sur le classement des médicaments les plus prescrits, cet interrogatoire a été basé sur les classes médicamenteuses détaillées dans le manuel de référence du second cycle des études médicales « Le bon usage du médicament et des thérapeutiques non médicamenteuses » dans le chapitre intitulé « Prescription et surveillance des classes de médicaments les plus courantes chez l'adulte et chez l'enfant », traitant l'Item 326 de l'Examen Classant National.

Les trois autres questions de cette partie sondaient les médecins sur le respect ou le non-respect des règles de bonne prescription médicamenteuse en contexte d'autoprescription.

Les freins à l'APM :

Dans cette dernière partie les médecins étaient invités à donner leur avis général sur l'autoprescription médicamenteuse notamment en ce qui concerne le danger perçu et la pertinence de l'autoprescription médicamenteuse. Les raisons qui poussent à la pratiquer et ses freins potentiels étaient les autres sujets explorés.

La question portant sur les raisons qui poussent les généralistes à pratiquer l'autoprescription médicamenteuse comprenait plusieurs choix qui n'ont pas été choisis au hasard. Ces issues ont été tirées d'une méta-analyse internationale sur l'autoprescription médicamenteuse datant de 2011, qui a mis en exergue les principales freins déclarés par les médecins généralistes au recours à un confrère.

Les caractéristiques démographiques de la population étudiée :

Les différentes questions portaient sur l'âge, la modalité d'exercice seul ou en structure mono- ou pluriprofessionnel, la durée d'installation et le lieu d'installation.

Faute de place suffisante sur le questionnaire, le sexe du sujet interrogé n'était pas demandé sur la version papier. Afin de palier à cette information manquante, les questionnaires papier ont été numérotés afin de connaître l'identité du médecin répondeur et ainsi pouvoir en déduire le sexe.

Les questionnaires version numériques contenaient une question en plus sur le sexe du sujet répondeur.

Annexe 5 : Tableau récapitulatif des résultats bruts

Question	Item	Nombre de réponses à l'item	Taux de réponse à l'item
1	1	10	12%
	2	55	65%
	3	16	19%
	4	0	0%
	5	4	5%
2	1	41	48%
	2	18	21%
	3	4	5%
	4	23	27%
	5	18	21%
3	1	17	85%
	2	5	25%
4	1	42	49%
	2	41	48%
5	1	36	42%
	2	49	58%
6	1	14	29%
	2	38	78%
7	1	15	17%
	2	40	47%
	3	29	34%
8	1	2	2%
	2	26	31%
	3	27	32%
	4	21	25%
	5	8	9%
	6	0	0%
9	1	78	92%
	2	34	40%
	3	68	80%
	4	46	54%
	5	73	86%
	6	53	62%
	7	41	48%
10	1	56	66%
	2	14	16%
	3	4	47%
	4	1	1%
	5	13	15%
11	1	47	94%
	2	0	0%
12	1	78	92%
	2	6	7%
13	1	31	40%
	2	61	78%
14	1	76	97%
	2	5	6%

15	1	9	11%
	2	69	81%
	3	3	4%
	4	1	1%
16	1	3	4%
	2	8	9%
	3	1	1%
	4	0	0%
	5	0	0%
	6	4	5%
	7	73	86%
17	1	80	94%
	2	63	74%
	3	33	39%
	4	22	26%
	5	4	5%
	6	71	84%
	7	19	22%
	8	7	8%
	9	2	2%
	10	5	6%
	11	1	1%
	12	9	11%
	13	16	19%
	14	4	5%
18	1	56	66%
	2	42	49%
	3	19	22%
	4	13	15%
	5	3	4%
	6	26	31%
	7	19	22%
	8	11	13%
	9	0	0%
	10	9	11%
	11	1	1%
	12	8	9%
	13	16	19%
	14	2	2%
19	1	85	100%
	2	73	86%
	3	71	84%
	4	41	48%
	5	37	43%
20	1	6	7%
	2	18	21%
	3	7	8%
	4	13	15%
	5	21	25%
21	1	35	4%
	2	43	51%

	3	0	0%
	4	0	0%
	5	28	33%
	6	10	12%
	7	1	1%
22	1	42	49%
	2	41	48%
	3	1	1%
23	1	16	19%
	2	9	11%
	3	32	38%
	4	25	29%
24	1	20	24%
	2	4	5%
	3	5	6%
	4	27	32%
	5	18	21%
	6	8	9%
25	1	10	12%
	2	10	12%
	3	74	87%
	4	29	34%
	5	6	7%
26	Question à réponse ouverte et courte		
27	Question à réponse ouverte et courte		
28	1	1	1%
	2	17	20%
	3	10	12%
	4	27	32%
	5	30	35%
29	1	33	39%
	2	12	14%
	3	37	44%
30	1	36	42%
	2	30	35%
	3	17	20%
31	1	24	28%
	2	15	18%
	3	13	15%
	4	32	38%
Sexe	Femmes	35	41%
	Hommes	50	59%

Annexe 6 : Existence d'un médecin traitant déclaré différent de soi-même ou récemment retraité suivant les caractéristiques sociodémographiques

Modalité		MT déclaré différent de soi-même ou récemment retraité	Auto-déclaration ou absence de médecin traitant déclaré	Chi2
Sexe	Femmes	12 (34%)	23 (66%)	p< 0,05
	Hommes	8 (16%)	42 (84%)	
Age	< 41 ans	10 (56%)	8 (44%)	p< 0,05
	> ou = 41 ans	10 (15%)	58 (85%)	
Modalité d'exercice	Seul	5 (15%)	28 (85%)	p< 0,05
	En structure	15 (31%)	34 (69%)	

Annexe 7 : Tableaux récapitulatifs des analyses univariées sur l'attitude privilégiée en contexte aigu.

Attitude privilégiée	Femme	Homme	χ^2
APM sans avis extérieur	17 (49%)	39 (78%)	$p < 0,05$
APM après avis extérieur	8 (23%)	6 (12%)	$p = 0,06$
Consultation dédiée	9 (29%)	8 (16%)	$p < 0,05$

Attitude privilégiée	Exercice en structure	Exercice seul	χ^2
APM sans avis extérieur	37 (76%)	19 (57%)	$p = 0,08$
APM après avis extérieur	10 (20%)	4 (12%)	$p = 0,17$
Consultation dédiée	7 (14%)	11 (33%)	$p < 0,05$

Attitude privilégiée	MT déclaré tiers	Pas de MT déclaré ou auto-déclaration	χ^2
APM sans avis extérieur	9 (45%)	47 (72%)	$p < 0,05$
APM après avis extérieur	6 (30%)	8 (12%)	$p < 0,05$
Consultation dédiée	6 (30%)	12 (18%)	$p = 0,16$

Attitude privilégiée	Age <41 ans	Age \geq 41 ans	χ^2
APM sans avis extérieur	8 (44%)	48 (71%)	$p < 0,05$
APM après avis extérieur	7 (39%)	6 (10%)	$p < 0,05$
Consultation dédiée	3 (17%)	15 (22%)	$p = 0,47$

Annexe 8 : Tableau comparatif des classes d'âge entre notre travail de thèse et les chiffres nationaux fournis par la DREES au 01/01/2016.

Thèse autoprescription médicamenteuse			Chiffres nationaux		
Classe d'âge	Effectifs	Pourcentage	Classe d'âge	Effectifs	Pourcentage
< 30 ans	1	1,2	< 30 ans	1255	2,1
31 à 40 ans	17	20	30 à 39 ans	11509	19,1
41 à 50 ans	9	10,6	40 à 49 ans	9990	16,6
51 à 60 ans	27	31,8	50 à 59 ans	18014	29,9
> 60 ans	30	35,3	> 60 ans	19446	32,3

« Par délibération de son Conseil en date du 10 Novembre 1972, l'Université n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les thèses ou mémoires. Ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs ».

VU, le Président de Thèse

VU, le Doyen de l'UFR Santé

VU et permis d'imprimer
en référence à la délibération
du Conseil d'Université
en date du 14 Décembre 1973

Pour le Président
de l'Université de CAEN et P.O

Le Doyen de l'UFR de Santé

ANNÉE DE SOUTENANCE : 2021

NOM ET PRÉNOM DE L'AUTEUR : AUBEUF Laurent

TITRE DE LA THÈSE EN FRANÇAIS :

Autoprescription médicamenteuse chez les médecins généralistes libéraux ornaïens : Etat des lieux des pratiques et facteurs d'influence

RÉSUMÉ DE LA THÈSE EN FRANÇAIS :

L'autoprescription médicamenteuse est définie par le fait de rédiger avec une de ses propres ordonnances une prescription à son nom. Ce travail présente le résultat d'une étude transversale, quantitative, observationnelle réalisée auprès des médecins généralistes libéraux de l'Orne. Le recueil des données s'est fait par envoi d'un auto-questionnaire déclaratif à l'été 2020. L'objectif de cette étude était de réaliser un état des lieux des pratiques d'autoprescription médicamenteuse et d'étudier ses facteurs d'influence. Sur les 196 médecins généralistes interrogés, 85 questionnaires ont été analysés dans l'étude (taux de réponse de 43%). Les médecins interrogés ont pour une bonne partie commencé cette pratique avant d'être thésés (65%). Ils privilégient cette attitude en contexte aigu même s'ils sont conscients des risques qu'elle implique. L'autoprescription médicamenteuse est significativement associée à l'âge supérieur à 40 ans ($p < 0,05$) ainsi qu'à la présence d'un antécédent de pathologie chronique ($p < 0,05$). Elle n'est en revanche associée ni au sexe, ni au mode d'exercice, ni à l'existence d'un médecin traitant déclaré tiers. L'autoprescription médicamenteuse apparaît comme une solution thérapeutique de premier recours pour beaucoup des généralistes interrogés qui la justifient notamment par son accessibilité et sa simplicité, même s'ils sont pour la plupart conscients des limites de cette pratique. Ils justifient la pratique d'autoprescription parce qu'ils la jugent légitime pour eux-mêmes. L'autoprescription médicamenteuse en contexte de pathologie chronique est pour l'instant peu étudiée et semble être une piste à étudier plus en détail.

MOTS-CLÉS : Autoprescription, Auto-médication, médecine générale, médecin généraliste

TITRE DE LA THÈSE EN ANGLAIS :

Self-prescription medication of private generalist doctors in Orne: inventory of self-prescription medication practices and study of the influencing factors

RÉSUMÉ DE LA THÈSE EN ANGLAIS :

Self-prescription medication is defined by the fact to make with one of its own prescription a medical prescription at its name. This work is the result of a quantitative, observational and interdisciplinary study, realized with the private generalist doctors in Orne. The data collection has been done by the sending of a declarative questionnaire in the Summer 2020. The aim of that study is to set up an inventory of self-prescription medication practices and to study the influencing factors. On the 196 interviewed doctors, 85 questionnaires have been analysed in the study (response rate of 43%). For a majority, the interviewed doctors have started this practice before to sit their thesis (65%). They favor this attitude in acute context even if they are aware of the risks it involves. Self-prescription medication is significantly associated to the superior age of 40 years old ($p < 0,05$) and to the existence of an of a medical history of chronic disease ($p < 0,05$). However, it is not associated either the sex, either the exercise mode, nor to the existence of an attending doctor declared third. Self-prescription medication appears like a first resort therapeutic solution for a lot of the interviewed doctors, who justify this practice especially for its accessibility and its simplicity, even if they are, for main of them, aware of the limits of this practice. They legitimate self-prescription medication because they consider it as logical for themselves. Self-prescription medication in chronic pathology context is for the moment not very studied and seems to be a track to study in detail because of the public health issue it represents.

KEY WORDS : Self-prescription, self-medication, self-care, general practitioner