



HAL
open science

Consultation sans prescription médicamenteuse : une étude quantitative en médecine générale dans le Puy-de-Dôme

Manon Turpin, Bruno Baudin

► **To cite this version:**

Manon Turpin, Bruno Baudin. Consultation sans prescription médicamenteuse : une étude quantitative en médecine générale dans le Puy-de-Dôme. Médecine humaine et pathologie. 2022. dumas-03632341

HAL Id: dumas-03632341

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03632341>

Submitted on 6 Apr 2022

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 CLERMONT AUVERGNE
UFR DE MÉDECINE ET DES PROFESSIONS PARAMÉDICALES

THÈSE D'EXERCICE
pour le
DIPLOME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE
par

TURPIN Manon et BAUDIN Bruno

Présentée et soutenue publiquement le 17 mars 2022

CONSULTATIONS SANS PRESCRIPTION MÉDICAMENTEUSE :
une étude quantitative en médecine générale dans le Puy de Dôme

Directrice de thèse : Madame RICHARD Amélie, Docteur, MCU associé, UFR de Médecine et des Professions paramédicales de Clermont-Ferrand, Médecine générale

Président du jury : Monsieur VORILHON Philippe, Professeur, UFR de Médecine et des Professions paramédicales de Clermont-Ferrand, Médecine générale

Membres du jury : Madame VAILLANT-ROUSSEL Hélène, Docteur, MCU, UFR de Médecine et des Professions paramédicales de Clermont-Ferrand, Médecine générale

Monsieur AUTHIER Nicolas, Professeur, UFR de Médecine et des Professions paramédicales de Clermont-Ferrand, Pharmacologie médicale



UNIVERSITE CLERMONT AUVERGNE

**PRESIDENTS HONORAIRES
UNIVERSITE D'AUVERGNE**

**: JOYON Louis
: DOLY Michel
: TURPIN Dominique
: VEYRE Annie
: DULBECCO Philippe
: ESCHALIER Alain**

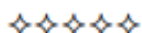
**PRESIDENTS HONORAIRES
UNIVERSITE BLAISE PASCAL**

**: CABANES Pierre
: FONTAINE Jacques
: BOUTIN Christian
: MONTEIL Jean-Marc
: ODOUARD Albert
: LAVIGNOTTE Nadine**

**PRESIDENT DE L'UNIVERSITE
PREMIERE VICE-PRESIDENTE
CHARGEE DU PILOTAGE ET DES MOYENS
VICE PRESIDENTE CHARGEE DE LA FORMATION
VICE-PRESIDENTE CHARGEE DE LA RECHERCHE
DIRECTEUR GENERAL DES SERVICES**

**: BERNARD Mathias

: FOGLI Anne
: PEYRARD Françoise
: PREVOT Vanessa
: PAQUIS François**



UFR DE MEDECINE ET DES PROFESSIONS PARAMEDICALES

DOYENS HONORAIRES

**: DETEIX Patrice
: CHAZAL Jean**

**DOYEN
RESPONSABLE ADMINISTRATIVE**

**: CLAVELOU Pierre
: ROBERT Gaëlle**

LISTE DU PERSONNEL ENSEIGNANT

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. BACIN Franck - BEGUE René-Jean - BEYTOUT Jean - BOIRE Jean-Yves - BOITEUX Jean-Paul - BOMMELAER Gilles - BOUCHER Daniel - BUSSIÈRE Jean-Louis - CANO Noël - CASSAGNES Jean - CATILINA Pierre - CHABANNES Jacques - CHAMOIX Alain - CHAZAL Jean - CHIPPONI Jacques - CHOLLET Philippe - CITRON Bernard - CLEMENT Gilles - COUDERT Jean - DASTUGUE Bernard - DAUPLAT Jacques - DECHELOTTE Pierre - DEMEOCQ François - DE RIBEROLLES Charles - DETEIX Patrice - ESCANDE Georges - Mme FONCK Yvette - M. GENTOU Claude - Mme GLANDDIER Phyllis - MM. IRTIUM Bernard - JACQUETIN Bernard - Mme LAVARENNE Jeanine - MM. LAVERAN Henri - LESOURD Bruno - LEVAI Jean-Paul - MAGE Gérard - MICHEL Jean-Luc - MONDIE Jean-Michel - PHILIPPE Pierre - PLAGNE Robert - PLANCHE Roger - PONSONNAILLE Jean - REY Michel - Mme RIGAL Danièle - MM. ROZAN Raymond - SCHOEFFLER Pierre - SIROT Jacques - RIBAL Jean-Pierre - SOUTEYRAND Pierre - TANGUY Alain - TERVER Sylvain - THIEBLOT Philippe - TOURNILHAC Michel - VANNEUVILLE Guy - VIALLET Jean-François - Mme VEYRE Annie

PROFESSEURS EMERITES :

MM. AUMAITRE Olivier - AVAN Paul - BAZIN Jean-Etienne - CAILLAUD Denis - DAPOIGNY Michel - DUBRAY Claude - ESCHALIER Alain - KEMENY Jean-Louis - LABBE André - Mme LAFEUILLE Hélène - MM. LEMERY Didier - LUSSON Jean-René - POULY Jean-Luc

PROFESSEURS DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

CLASSE EXCEPTIONNELLE

M. VAGO Philippe	Histologie-Embryologie Cytogénétique
M. DURIF Franck	Neurologie
M. BOYER Louis	Radiologie et Imagerie Médicale option Clinique
M. CANIS Michel	Gynécologie-Obstétrique
Mme PENAULT-LLORCA Frédérique	Anatomie et Cytologie Pathologiques
M. BIGNON Yves Jean	Cancérologie option Biologique
M. BOIRIE Yves	Nutrition Humaine
M. CLAVELOU Pierre	Neurologie
M. GILAIN Laurent	O.R.L.
M. LEMAIRE Jean-Jacques	Neurochirurgie
M. CAMILLERI Lionel	Chirurgie Thoracique et Cardio-Vasculaire
M. LLORCA Pierre-Michel	Psychiatrie d'Adultes
M. PEZET Denis	Chirurgie Digestive
M. SOUWEINE Bertrand	Réanimation Médicale
M. BOISGARD Stéphane	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie
Mme DUCLOS Martine	Physiologie

M.	SCHMIDT Jeannot	Médecine d'Urgence
M.	BERGER Marc	Hématologie
M.	GARCIER Jean-Marc	Anatomie-Radiologie et Imagerie Médicale
M.	SOUBRIER Martin	Rhumatologie
M.	ABERGEL Armando	Hépatologie
Mme	BARTHELEMY Isabelle	Chirurgie Maxillo-Faciale
M.	RUIVARD Marc	Médecine Interne

1ère CLASSE

M.	VERRELLE Pierre	Radiothérapie option Clinique
M.	D'INCAN Michel	Dermatologie -Vénérologie
Mme	JALENQUES Isabelle	Psychiatrie d'Adultes
M.	GERBAUD Laurent	Epidémiologie, Economie de la Santé et Prévention
M.	TAUVERON Igor	Endocrinologie et Maladies Métaboliques
M.	MOM Thierry	Oto-Rhino-Laryngologie
M.	RICHARD Ruddy	Physiologie
M.	SAPIN-DEFOUR Vincent	Biochimie et Biologie Moléculaire
M.	BAY Jacques-Olivier	Cancérologie
M.	COUDEYRE Emmanuel	Médecine Physique et de Réadaptation
Mme	GODFRAIND Catherine	Anatomie et Cytologie Pathologiques
M.	LAURICHESSE Henri	Maladies Infectieuses et Tropicales
M.	TOURNILHAC Olivier	Hématologie
M.	CHIAMBARETTA Frédéric	Ophthalmologie
M.	FILAIRE Marc	Anatomie – Chirurgie Thoracique et Cardio-Vasculaire
M.	GALLOT Denis	Gynécologie-Obstétrique
M.	GUY Laurent	Urologie
M.	TRAORE Ousmane	Hygiène Hospitalière
M.	ANDRE Marc	Médecine Interne
M.	BONNET Richard	Bactériologie, Virologie
M.	CACHIN Florent	Biophysique et Médecine Nucléaire
M.	COSTES Frédéric	Physiologie
M.	FUTIER Emmanuel	Anesthésiologie-Réanimation
Mme	HENG Anne-Elisabeth	Néphrologie
M.	MOTREFF Pascal	Cardiologie
Mme	PICKERING Gisèle	Pharmacologie Clinique
M.	RABISCHONG Benoît	Gynécologie Obstétrique
M.	CHABROT Pascal	Radiologie et Imagerie Médicale
M.	DESCAMPS Stéphane	Chirurgie Orthopédique et Traumatologique
Mme	HENQUELL Cécile	Bactériologie Virologie
M.	POMEL Christophe	Cancérologie – Chirurgie Générale

2ème CLASSE

Mme CREVEAUX Isabelle	Biochimie et Biologie Moléculaire
M. FAICT Thierry	Médecine Légale et Droit de la Santé
Mme KANOLD LASTAWIECKA Justyna	Pédiatrie
M. TCHIRKOV Andréï	Cytologie et Histologie
M. CORNELIS François	Génétique
M. LESENS Olivier	Maladies Infectieuses et Tropicales
M. AUTHIER Nicolas	Pharmacologie Médicale
M. BROUSSE Georges	Psychiatrie Adultes/Addictologie
M. BUC Emmanuel	Chirurgie Digestive
M. LAUTRETTE Alexandre	Néphrologie Réanimation Médicale
Mme BRUGNON Florence	Biologie et Médecine du Développement et de la Reproduction
M. ESCHALIER Romain	Cardiologie
M. MERLIN Etienne	Pédiatrie
Mme TOURNADRE Anne	Rhumatologie
M. DURANDO Xavier	Cancérologie
M. DUTHEIL Frédéric	Médecine et Santé au Travail
Mme FANTINI Maria Livia	Neurologie
M. SAKKA Laurent	Anatomie – Neurochirurgie
M. BOURDEL Nicolas	Gynécologie-Obstétrique
M. GUIEZE Romain	Hématologie
M. POINCLOUX Laurent	Gastroentérologie
M. SOUTEYRAND Géraud	Cardiologie
M. EVRARD Bertrand	Immunologie
M. POIRIER Philippe	Parasitologie et Mycologie
Mme PHAM DANG Nathalie	Chirurgie Maxillo-Faciale et Stomatologie
Mme SARRET Catherine	Pédiatrie
M. BOUVIER Damien	Biochimie et Biologie Moléculaire
M. BUISSON Anthony	Gastroentérologie
Mme CASSAGNES Lucie	Radiologie et Imagerie Médicale
M. GAGNIERE Johan	Chirurgie Viscérale et Digestive
M. JABAUDON-GANDET Matthieu	Anesthésiologie-Réanimation et Médecine Péri-Opératoire
M. LEBRETON Aurélien	Hématologie
M. MOISSET Xavier	Neurologie
M. SAMALIN Ludovic	Psychiatrie d'Adultes
M. THAVEAU Fabien	Chirurgie Vasculaire

PROFESSEURS DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

1ère CLASSE

M. VORILHON Philippe	Médecine Générale
Mme LAPORTE Catherine	Médecine Générale

PROFESSEURS DES UNIVERSITES

2ème CLASSE

Mme MALPUECH-BRUGERE Corinne Nutrition Humaine

PROFESSEURS ASSOCIES DES UNIVERSITES

Mme BOTTET-MAULOUBIER Anne	Médecine Générale
M. CAMBON Benoît	Médecine Générale
M. TANGUY Gilles	Médecine Générale
M. BERNARD Pierre	Médecine Générale

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

HORS CLASSE

Mme CHAMBON Martine	Bactériologie Virologie
Mme BOUTELOUP Corinne	Nutrition
Mme FOGLI Anne	Biochimie Biologie Moléculaire
Mme GOUAS Laetitia	Cytologie et Histologie, Cytogénétique

1ère CLASSE

M. MORVAN Daniel	Biophysique et Traitement de l'Image
Mme GOUMY Carole	Cytologie et Histologie, Cytogénétique
M. MARCEAU Geoffroy	Biochimie Biologie Moléculaire
Mme MINET-QUINARD Régine	Biochimie Biologie Moléculaire
M. ROBIN Frédéric	Bactériologie
Mme VERONESE Lauren	Cytologie et Histologie, Cytogénétique
M. DELMAS Julien	Bactériologie
Mme MIRAND Audrey	Bactériologie Virologie
M. OUCHCHANE Lemlih	Biostatistiques, Informatique Médicale et Technologies de Communication
M. LIBERT Frédéric	Pharmacologie Médicale
Mme COSTE Karen	Pédiatrie
Mme AUMERAN Claire	Hygiène Hospitalière
Mme NOURRISSON Céline	Parasitologie - Mycologie
Mme PONS Hanaë	Biologie et Médecine du Développement et de la Reproduction

2ème CLASSE

M. COLL Guillaume	Neurochirurgie
M. GODET Thomas	Anesthésiologie-Réanimation et Médecine Péri-Opératoire
M. LACHAL Jonathan	Pédopsychiatrie
M. MOUSTAFA Farès	Médecine d'Urgence
M. CHENAF Chouki	Pharmacologie Clinique

**MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES
DE MEDECINE GENERALE**

1ère CLASSE

Mme VAILLANT-ROUSSEL Hélène	Médecine Générale
-----------------------------	-------------------

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

HORS CLASSE

M. BLANCHON Loïc	Biochimie Biologie Moléculaire
M. MARCHAND Fabien	Pharmacologie Médicale
Mme VAURS-BARRIERE Catherine	Biochimie Biologie Moléculaire

CLASSE NORMALE

M. BAILLY Jean-Luc	Bactériologie Virologie
Mme AUBEL Corinne	Oncologie Moléculaire
Mme GUILLET Christelle	Nutrition Humaine
M. BIDEY Yannick	Oncogénétique
M. DALMASSO Guillaume	Bactériologie
M. PIZON Frank	Santé Publique
M. SOLER Cédric	Biochimie Biologie Moléculaire
M. GIRAUDET Fabrice	Biophysique et Traitement de l'Image
M. LOLIGNIER Stéphane	Neurosciences – Neuropharmacologie
Mme MARTEIL Gaëlle	Biologie de la Reproduction
M. PINEL Alexandre	Nutrition Humaine

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES DES UNIVERSITES

Mme ESCHALIER Bénédicte

Mme RICHARD Amélie

M. TESSIERES Frédéric

Mme ROUGE Laure

Mme BERTRAND-JARROUSSE Véronique

Mme VICARD-OLAGNE Mathilde

Médecine Générale

Médecine Générale

Médecine Générale

Médecine Générale

Médecine Générale

Médecine Générale

Remerciements généraux

À notre Président du Jury, Monsieur le Professeur Philippe VORILHON. Vous nous faites l'honneur de juger et de présider le jury de notre thèse. Veuillez recevoir l'expression de notre sincère gratitude et de notre profond respect.

À Madame le Docteur Hélène VAILLANT-ROUSSEL. Vous nous faites l'honneur de juger notre travail. Soyez assurée de notre sincère reconnaissance.

À Monsieur le Professeur Nicolas AUTHIER. Vous nous faites l'honneur de juger notre travail. Soyez assuré de notre sincère reconnaissance.

À Madame le Docteur Amélie RICHARD qui a accepté de diriger cette thèse. Pour nous avoir accordé votre confiance, nous avoir guidés et accompagnés tout le long de ce travail. Merci pour votre temps, votre disponibilité et votre écoute.

À Monsieur Sébastien CAMBIER. Pour vos explications, votre réactivité et votre disponibilité. Merci de votre contribution à cette thèse.

Remerciements personnels

À mes maîtres de stages, ainsi que leurs patients. Pour l'enseignement de la médecine générale et ses subtilités pratiques.

À mes amis, co-externes, co-internes, anciens colocataires. Vous avez fait de mes années étudiantes en Auvergne une grande aventure. A tous ces bons moments partagés et passés à vos côtés.

À ma famille, mes frères et sœurs, et surtout mes parents. Pour m'avoir permis de faire ce que je souhaitais, m'avoir toujours soutenu, et m'avoir permis d'avoir un lieu de détente et de repos tout au long de ces années.

Bruno

Remerciements personnels

« Cette étude montre un autre facteur déterminant dans les pratiques de prescription : [...] [elles] sont souvent le fruit de cultures et des trajectoires familiales. En effet, les lacunes des formations en facultés n'expliquent pas tout : les socialisations primaires des prescripteurs ont influencé leurs rapports à la maladie, au corps et à l'ordonnance, mais aussi à l'altérité. Dans ce sens, des valeurs transmises au sein de familles ont été à l'origine de venues en facultés suite à des motifs de type altruistes et vocationnels, ou au contraire suite à des motifs flous ou dénués d'intérêts strictement soignants » A. Vega - Cuisine et dépendance : les usages socioculturels du médicament chez les médecins généralistes français. 2011

A mes parents, grands-parents, frères et sœur, j'espère que vos valeurs qui m'ont si bien été transmises le seront à leur tour.

A Simon, pour ton soutien permanent et indéfectible, pour les projets que nous avons déjà réalisés et surtout pour nos projets futurs.

A Léo et Félix.

A la Dream Team Clermontoise, deuxième famille sans qui le quotidien n'aurait pas la même saveur.

A Pezcastres, les copains de toujours et pour toujours.

Aux copines nîmoises, qui ont donné sens à cet externat.

A Camille, Elsa, Mathilde et Lucie, belles rencontres au cours d'un premier semestre ponot inoubliables ; elles me donnent autant de bonnes raisons d'aimer l'Auvergne.

A toutes les équipes médicales, paramédicales, co-internes, du début à la fin de l'internat qui m'ont permis de me sentir soutenue et entourée pendant toutes ces années.

Merci en particulier aux **Dr. Déat, Dr. Kuchcik, Dr. Rude-Bache, Dr. Bossis et Dr. Bernet** qui ont pris le temps de me former, et qui m'ont montré qu'une médecine indépendante, tournée vers l'autre, sans jugement, cherchant toujours à s'améliorer, est possible.

Merci au **Dr. Chapot**, à l'équipe des centres de santé départementaux et du dispensaire Emile Roux pour le soutien dans cette dernière ligne droite, je suis fière d'être à vos côtés pour porter un projet d'exercice de la médecine générale innovant, stimulant et porteur d'avenir.

Manon

Table des matières :

1. Introduction	15
2. Méthodologie	16
2.1. Type d'étude	16
2.2. Échantillonnage des MG.....	17
2.3. Recrutement des patients	17
2.4. Critères d'inclusion et d'exclusion des cabinets et des patients	17
2.5. Taille de l'échantillon, nombre de sujets nécessaires.....	18
2.6. Auto-questionnaire	18
2.7. Recueil des données	19
2.8. Analyse des données.....	19
2.9. Ethique.....	20
3. Résultats	20
3.1. Description de l'échantillon.....	20
3.2. Critère de jugement principal : le taux de CSPM	21
3.3. Analyse univariée.....	23
3.5. Variabilité des médecins :	26
4. Discussion	27
4.1. Résultats principaux.....	27
4.2. Forces et faiblesses.....	27

4.3. Evolution des CSPM en France	28
4.4. Facteurs influençant la CSPM.....	28
4.4.1. Le besoin ressenti	28
4.4.2. Le motif de consultation	29
4.4.3. L'industrie pharmaceutique	30
4.4.4. La taille de la commune :.....	30
5. Conclusion	31
Références bibliographiques :.....	33
Annexe I : Questionnaire recto	36
Annexe Ibis : Questionnaire verso	37
Serment d'Hippocrate.....	38

Liste des tableaux et figure :

Figure :

- Figure 1 : Diagramme des flux..... 21

Tableaux :

- Tableau I : Analyse descriptive des résultats..... 22
- Tableau II : Résultats de la régression univariée sur le fait de recevoir une PM..... 24
- Tableau III : Résultats de l'analyse multivariée sur le fait de recevoir une PM..... 26

Liste des abréviations :

CI : Communes Intermédiaires

CF : Clermont-Ferrand

CNAM : Caisse Nationale d'Assurance Maladie

CNOM : Conseil National de l'Ordre des Médecins

CSP : Catégorie socio-professionnelle

CSPM : Consultation sans prescription médicamenteuse

INSEE : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques

MG : Médecin généraliste

MT : Médecin traitant

OR : Odd-Ratio

PC : Petites Communes

PM : Prescription médicamenteuse

UM : Unité standard de médicament

Consultation sans prescription médicamenteuse : une étude quantitative en médecine générale dans le Puy de Dôme

1. Introduction

Une forte prescription médicamenteuse (PM) peut entraîner des conséquences néfastes sur le plan de la santé : pharmacodépendance, iatrogénie médicamenteuse, antibiorésistance. L'étude Effets indésirables des Médicaments : Incidence et Risque (EMIR), en 2007, estime à 3,6 % la proportion des hospitalisations dues à des effets indésirables de médicaments (1). En 2019, le niveau français de consommation d'antibiotiques était 30% au-dessus de la moyenne européenne (2).

En France dans les années 2000, la consommation médicamenteuse était la plus forte d'Europe (3). Force est de constater qu'elle provient en grande partie des PM (4). En 2005, une étude commandée par la Caisse Nationale d'Assurance Maladie (CNAM) à l'institut de sondage Ipsos, montrait qu'en France 90% des consultations se terminent avec une PM selon des données déclaratives de médecins généralistes (MG) (5). Depuis une dizaine d'années, la consommation médicamenteuse a tendance à s'homogénéiser en Europe. En 2019, en France, elle a baissé à 1287 unités standard de médicaments par habitants (UM), alors que l'Allemagne a augmenté à 1334 UM, l'Espagne à 1043 UM, l'Italie à 838 UM et le Royaume-Uni à 1203 UM (6). Malgré ces avancées, la France a une marge de progression importante pour diminuer ses PM et surtout augmenter ses CSPM (7). En effet, il existe de nombreuses consultations au cours desquelles le patient pourrait être simplement rassuré ou bénéficier de thérapeutiques non médicamenteuses (8). La consommation médicamenteuse pourrait diminuer en France en augmentant le nombre de CSPM.

En 2019, une revue de la littérature a évalué l'évolution du taux de CSPM et du ressenti des patients et des MG en Europe depuis 2005 (9). Des écarts persistaient entre les pays européens : le taux de CSPM était autour de 20% en France, 70% en Suède, 40% à Malte (10). De nombreuses études françaises qualitatives étaient publiées sur la question des CSPM (11–13). Les principaux freins identifiés par les MG étaient le paiement à l'acte, et par-dessus tout, la pression des patients. Ceux-ci étaient ambivalents, entre méfiance envers le médicament et peur de « la non-reconnaissance du statut de malade lors des CSPM » (9), héritage de la culture de réparation immédiate. La revue de littérature présentait cependant un changement récent avec une diminution des demandes de PM, mais soulignait le manque de données quantitatives françaises.

A partir de ce constat notre objectif principal a été de quantifier le taux de CSPM en médecine générale en France, en 2021. Comme objectifs secondaires nous avons tenté de caractériser les CSPM et d'analyser une partie des facteurs qui pourraient influencer leur survenance.

2. Méthodologie

2.1.Type d'étude

C'était une étude observationnelle, descriptive, quantitative, stratifiée sur la taille des communes, entre mai et août 2021 par auto-questionnaire auprès des patients, dans des cabinets de médecine générale du Puy de Dôme.

2.2.Échantillonnage des MG

L'échantillonnage a été réalisé à partir de l'annuaire des MG inscrits à l'Ordre National des Médecins (CNOM) installés en libéral dans le Puy de Dôme. La base a été constituée par un sondage aléatoire de 31 cabinets médicaux, stratifié par les tailles des communes : Clermont-Ferrand (CF), seule commune de plus de 30 000 habitants, Communes Intermédiaires (CI) de 3 000 à 30 000 habitants et Petites Communes (PC) de moins de 3 000 habitants. Les populations sont celles décrites par l'INSEE au 1er janvier 2019. Afin de d'être représentatif du Puy-De-Dôme, 31 cabinets étaient nécessaires : 7 cabinets pour la strate CF, 12 cabinets pour chacune des strates CI et PC. Une liste principale de 31 cabinets a donc été créée et une liste secondaire du double de l'effectif, pour pallier au fait que certains MG aient été exclus.

2.3.Recrutement des patients

Les questionnaires ont été déposés pendant 2 mois en salle d'attente ou au secrétariat, en accès libre pour les patients. Un affichage incitait à participer à l'étude. Une urne opaque recueillait le questionnaire en fin de consultation, en salle d'attente ou au secrétariat selon l'organisation du cabinet.

2.4.Critères d'inclusion et d'exclusion des cabinets et des patients

Ont été inclus dans l'étude : les patients de tout âge dès la naissance (questionnaire rempli par l'accompagnant), consultant un MG, quel que soit le motif, d'un cabinet inclus dans l'étude.

Ont été exclus : les MG n'ayant pas répondu dans un délai de 3 semaines après appel téléphonique, et au moins 2 relances dans ce même délai ; les MG tirés au sort n'exerçant pas une activité de médecine générale libérale (angiologie, médecine du travail, médecin d'association d'urgence libérale, expertise médicale, médecine thermale, médecins hospitaliers). Lorsque plusieurs MG du même cabinet ont été tirés au sort, seul le premier était

inclus. Les patients dans l'incapacité de lire, écrire ou comprendre un questionnaire ou venant voir un autre professionnel de santé dans le cabinet (kinésithérapie, ostéopathie) étaient exclus.

2.5. Taille de l'échantillon, nombre de sujets nécessaires

Afin d'avoir une significativité statistique, un échantillon de 500 questionnaires était souhaité. 40 questionnaires ont été distribués dans chacun des 31 cabinets, soit 1240 questionnaires, en estimant un taux de réponse à 50%.

2.6. Auto-questionnaire

L'auto-questionnaire, élaboré et validé par un panel d'experts dont un biostatisticien, est disponible en annexe I et Ibis. Pour les mineurs, le questionnaire pouvait être rempli par l'accompagnant. La première partie du questionnaire recueillait des informations concernant les déterminants des CSPM retrouvés dans la littérature (9,11,14,15). Elle recherchait : le nom du médecin, médecin traitant (MT) ou non, le sexe du patient, son âge, sa catégorie socioprofessionnelle (CSP), le(s) motif(s) de la consultation, l'attente ou non d'une PM. La seconde partie, remplie après la consultation, comprenait la question d'intérêt pour le critère de jugement principal : la consultation avait-elle donné lieu à une PM ? Dans le cas d'une CSPM, une question supplémentaire avec choix multiples cherchait à savoir les issues possibles de la consultation.

Le questionnaire a été testé dans une maison de santé pluriprofessionnelle pendant 2 semaines : 40 questionnaires ont été distribués. Le taux de réponse à la totalité du questionnaire était satisfaisant avec 22 questionnaires sur 27 recueillis, 24 questionnaires ont reçu une réponse à la question sur la CSPM. Des modifications ont été apportées à la suite du test :

- « Ressentez-vous le besoin d'une prescription médicamenteuse pour ce motif aujourd'hui ? »
modifié en « Pensez-vous avoir besoin de médicaments pour le motif de votre consultation ? »

- Ajout de la réponse « Un certificat médical » à la question sur l'issue d'une CSPM.

2.7. Recueil des données

Après le recueil, les cabinets ainsi que les MG ont été anonymisés. Les données ont été rentrées dans un tableur Microsoft Excel validé, reprenant en colonne les questions et en ligne chacun des questionnaires. Pour le critère secondaire « lien d'intérêt avec l'industrie pharmaceutique », une requête dans la base de données EuroForDocs (16), disponible en libre accès, a permis de trouver le montant des avantages obtenus entre le 1er janvier 2019 et le 31 décembre 2020 par médecin. Chaque MG a été affecté à une catégorie après anonymisation : soit aucun avantage, soit avantages de moins de 200 euros, soit avantages de plus de 200 euros sur cette période.

2.8. Analyse des données

L'analyse statistique a été réalisée avec le logiciel STATA version 15. Etant donné le caractère exploratoire de l'analyse, aucun ajustement du risque d'erreur de 1ère espèce n'a été apporté. Un risque d'erreur de première espèce bilatéral de 5% a été considéré dans toutes les analyses. Le critère principal (taux de CSPM) est ainsi évalué de façon pondérée, ce qui, dans l'échantillon, change peu sa valeur car cet échantillon est bien équilibré. Pour la suite de l'analyse, qui repose notamment sur la recherche des variables associées aux taux de PM, il n'y a pas eu de pondération, les résultats étant peu modifiés.

La recherche des variables associées à la prescription médicale a été faite via des tests du Chi², ou de Wilcoxon pour les variables quantitatives. Des régressions logistiques monovariées expliquant la variable principale, c'est-à-dire le fait d'obtenir ou pas une PM, ont permis de choisir les variables pertinentes pour une seconde analyse multivariée qui présente les principaux effets notables affectant cette PM. En complément, le caractère subjectif ou

individuel de la décision de prescription a été évalué par une version de cette régression intégrant un effet aléatoire, liée au médecin, au cabinet, à la ville.

2.9.Ethique

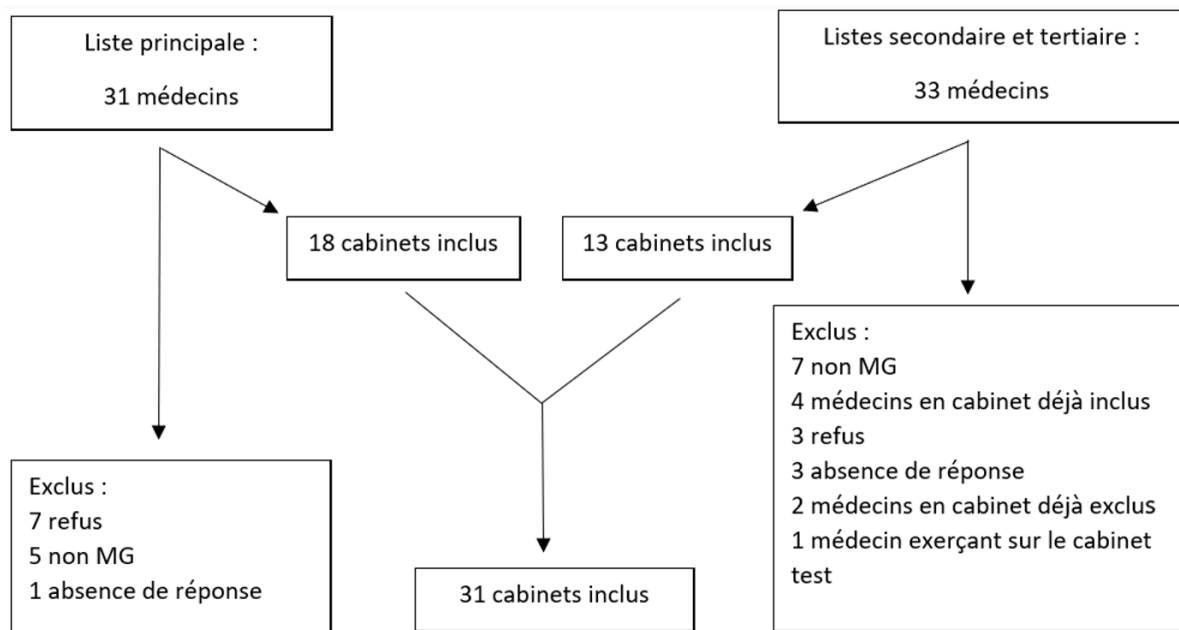
Une déclaration a été réalisée auprès de la cellule clermontoise de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés le 2 avril 2021. Un avis favorable du Comité de Protection des Personnes Sud-Est VI a été reçu le 15 novembre 2021 (Réf N°2021/CE72).

3. Résultats

3.1.Description de l'échantillon

Les MG des listes principale et secondaire ont été appelés sans arriver au nombre de 31 cabinets, en raison d'un nombre insuffisant de MG inclus sur CF : un troisième tirage de 40 MG a donc été réalisé sur cette strate. 23 MG ont été exclus (Figure 1). Sur les 58 cabinets démarchés : 10 refus et 4 non-réponses. 31 cabinets ont été inclus. Le recueil des données a eu lieu du 3 mai 2021 au 25 août 2021. Dans 9 cabinets les questionnaires ont été laissés 1 mois supplémentaire (cabinets fermés pendant les vacances, taux de réponse très faible). 540 questionnaires ont été récupérés, le taux de réponse était variable entre les cabinets, 4 cabinets n'ont rendu aucun questionnaire. Les réponses incompréhensibles ont été comptées comme « aucune réponse ». Pour les questions comportant une rubrique « autre », les réponses ont été reclassées dans une des catégories après concertation des investigateurs.

Figure 1 : Diagramme des flux



Les caractéristiques des patients, des MG et des consultations sont détaillées dans le tableau I. L'âge moyen des patients était de 54 ans, dont 64,9% étaient des femmes, et 42% des retraités. Ces patients consultaient à 93% leur MT et 63,7% pensaient qu'une PM était nécessaire pour leur consultation. Les MG exerçaient seuls à 60,9% et 45,4% étaient installés dans des communes de moins de 3000 habitants. Les principaux motifs de consultation étaient le renouvellement d'ordonnance, à 52%, et un problème aigu, à 31,4%.

3.2. Critère de jugement principal : le taux de CSPM

Sur 540 questionnaires inclus, 526 patients ont répondu à la question sur la prescription d'un médicament. Notre résultat principal est que 125 personnes ont eu une **CSPM soit 23,77%** (IC 95% [20,11-27,41]). Le résultat pondéré sur la taille des communes est proche avec un taux de CSPM de 23,13% (IC 95% [19,51-26,74]). Pour les CSPM, 22,8% de motif « autres » ont été retrouvés, dont 9 réponses sont en lien avec la vaccination Covid, 20,8% aboutissant à un bilan complémentaire et 19,8% à un arrêt de travail.

Tableau I Analyse descriptive des résultats

	Total n= 540(%)
Caractéristiques des patients:	
Age (années)	54 ans +/- 20,8 [0,25-94]
Genre féminin	328 (64,9)
Catégorie socio-professionnelle :	
Retraité	228 (42,8)
Employé	129 (24,3)
Cadre	46 (8,7)
Inactif	41 (7,7)
Professions intermédiaires	28 (5,3)
Étudiant	25 (4,7)
Ouvrier	25 (4,7)
Artisan	7 (1,3)
Agriculteur	3 (0,6)
Caractéristiques des médecins	
Lieux d'exercice :	
Clermont-Ferrand	102 (18,9)
Commune Intermédiaire	193 (35,7)
Commune <3000 habitants	245 (45,4)
Médecin traitant	497 (93,1)
Médecin exerçant seul	329 (60,9)
Lien industrie pharmaceutique Base transparence santé :	
Aucun lien retrouvé	145 (27,9)
< 200 euros	180 (34,7)
> 200 euros	194 (37,4)
Caractéristiques de la consultation	
Motifs de consultation :	
Renouvellement d'ordonnance	276 (52,0)
Problème aigu	168 (31,4)
Geste médical	49 (9,2)
Problème administratif	42 (7,9)
Consultation de prévention	24 (4,5)
Consultation de suivi hors maladie	16 (3,0)
Autre motif	20 (3,8)
Besoin ressenti d'un médicament par le patient :	
Oui	344 (63,7)
Non	121 (22,4)
Ne sait pas	75 (13,89)
Résultats des CSPM	
Soins par professionnel paramédical	16 (15,8)
Bilan complémentaire	21 (20,8)
Arrêt de travail	20 (19,8)
Orientation vers un autre médecin	16 (15,8)
Conseil médical simple	15 (14,9)
Matériel médical	2 (1,9)
Certificat médical	16 (15,8)
Autres	23 (22,8)

Les données sont présentées sous forme d'effectifs (pourcentages) ou de moyenne \pm écart-type [minimum-maximum].

3.3. Analyse univariée

Les résultats significatifs en analyse univariée sont présentés dans le tableau II. Sont statistiquement associées à un plus grand nombre de CSPM : les motifs de consultation suivants : problème administratif, geste médical ou consultation de prévention qui se concluaient à plus de 50% par des CSPM, mais aussi : les consultations dans les communes de moins 3000 habitants avec 29,17% ($p = 0,013$) de CSPM, les MG sans lien d'intérêt avec 32,39% ($p = 0,021$) de CSPM et les patients qui pensaient ne pas avoir besoin d'une PM avec un taux de CSPM à 84,21% ($p < 0,001$).

A l'inverse, 98,24% des patients qui pensaient avoir besoin d'une PM en ont reçu une, 68,06% des patients qui ne savaient pas ont eu une PM tandis que 15,79% des patients qui pensaient ne pas en avoir besoin en ont quand même reçu une ($p < 0,001$).

Tableau II : Résultats de la régression univariée sur le fait de recevoir une PM

	OR	Confidence interval		p value
Catégorie socio-professionnelle :				
Toutes les autres CSP renseignées	1			
Retraité	2,06	1,33	3,19	0,001
Médecin traitant	2,17	1,07	4,38	0,031
Motifs de consultations évalués isolement :				
Problème aigu	2,45	1,49	4,02	<0,001
Renouvellement d'ordonnance	8,58	5,14	14,3	<0,001
Problème administratif	0,14	0,07	0,29	<0,001
Consultation de prévention	0,29	0,13	0,66	0,004
Geste médical	0,09	0,04	0,18	<0,001
Communes :				
Clermont-Ferrand	1	-		
Communes intermédiaires	0,63	0,33	1,21	0,167
Communes de moins de 3000 habitants	0,42	0,23	0,78	0,006
Lien industrie pharmaceutique – Base transparence santé 2019-2020 :				
Aucun lien retrouvé	1	-		
Moins de 200 euros	1,71	1,04	2,83	0,036
Plus de 200 euros	1,93	1,17	3,18	0,010
Ressenti du besoin d'un médicament par le patient :				
Pas de besoin	1	-		
Ne sait pas	11,36	5,61	23,02	<0,001
Besoin d'un médicament	296,89	15,3	1037,2	<0,001

3.4. Analyse multivariée

Les résultats de l'analyse multivariée sont présentés dans le tableau III. Est très significativement associé à un taux de CSPM presque nul, le besoin ressenti d'une PM par le patient, **OR 172,16** (58,80-504,06) $p < 0,001$. Si le patient ne savait pas s'il avait besoin d'une PM, il y a eu peu de CSPM, OR 8,59 (3,74-19,69) $p < 0,001$, indépendamment des autres facteurs.

Les consultations pour un problème médical aigu, OR 2,96 (1,12-7,83) $p = 0,028$, sont aussi associées à moins de CSPM indépendamment des autres facteurs.

La CSP retraité, une consultation avec son MT, dans une plus grande commune, un MG en lien avec les laboratoires pharmaceutiques sont des éléments qui sont statistiquement associés à moins de CSPM en analyse univariée, mais ces résultats ne sont pas statistiquement significatifs en analyse multivariée.

Tableau III : Résultats de l'analyse multivariée sur le fait de recevoir une PM

	OR	Confidence interval		p value
Catégorie socio-professionnelle :				
Retraité	1,30	0,58	2,91	0,528
Médecin traitant	1,81	0,51	6,35	0,355
Motifs de consultation :				
Problème aigu	2,96	1,12	7,83	0,028
Renouvellement d'ordonnance	3,79	1,46	9,84	0,006
Problème administratif	0,77	0,23	2,58	0,674
Geste médical	0,86	0,25	2,95	0,814
Taille de la commune (en log) *	1,21	0,70	2,12	0,492
Présence d'un lien pharmaceutique	1,54	0,66	3,62	0,320
Ressenti du besoin d'un médicament par le patient				
Besoin d'un médicament	172,16	58,80	504,06	<0,001
Ne sait pas	8,59	3,74	19,69	<0,001

* Taille commune en log : lorsque la taille de la commune est multipliée par 10 la propension à obtenir un médicament augmente de 21%

3.5. Variabilité des médecins :

L'importance de la variabilité a été mesurée par une version du modèle multivarié à effets aléatoires. Cette variabilité n'est pas significative pour ce qui concerne les villes ou les cabinets, mais est à la limite de la significativité pour les médecins. Variance de l'effet 0.66, p value : 0.056 (limite). Compte tenu de la variance de cet effet aléatoire, cet effet nous semble notable.

4. Discussion

4.1. Résultats principaux

Le taux de CSPM retrouvé dans cette étude est de 23,8%. Les facteurs associés à un taux élevé de CSPM sont les motifs de consultation administratifs ou gestes médicaux, les consultations en milieu rural ainsi que les consultations chez un médecin n'ayant pas de lien avec les firmes pharmaceutiques. Un résultat d'une importance majeure ressort de cette étude comme facteur associé à une PM : le besoin ressenti d'une PM par le patient (OR=172,2).

4.2. Forces et faiblesses

L'échantillon est représentatif de la patientèle de médecine générale avec des strates équilibrées, une grande variabilité de l'âge, une diversité sur les CSP, une proportion de genre proche de celle des précédentes études, avec 64,9% de sexe féminin contre 58 % précédemment (17). C'est une des rares études quantitatives avec une diversité de cabinet maximale par randomisation sur l'ensemble des MG installés du Puy de Dôme. Le biais d'information a été limité par une présentation neutre du questionnaire et de l'affichage en salle d'attente, sans mention de l'objectif final de l'étude. Le questionnaire sur la consultation du jour permettait l'élimination du biais de mémorisation. Le recrutement des patients sur volontariat peut entraîner un biais de sélection. Il y a eu sur les cabinets démarchés un faible nombre de refus, et de non-réponse, limitant ce biais de sélection. Le recueil des données s'est écoulé sur trois mois au printemps/été 2021 avec un profil de consultation différent de l'hiver, pendant l'épidémie de Covid-19, en partie pendant la phase de primovaccination. L'importance de l'OR du besoin d'une PM minimise l'ensemble de l'analyse multivariée, au risque de faire disparaître la significativité d'autres facteurs influençant la CSPM.

4.3. Evolution des CSPM en France

Le taux de CSPM retrouvé de 23,8% est proche de ceux retrouvés dans la revue de littérature de 2020 (9). Deux thèses d'exercice, une en 2009 (18) et une en 2016 (19), retrouvaient des taux de CSPM à respectivement 23% et 24,1%.

Il avait été évalué par sondage déclaratif à 10% en 2005 (5). Une étude de grande ampleur de 2014, avec plus de 20 000 consultations, retrouve un taux de CSPM à 19,3% sur une population de Maîtres de Stages Universitaires en France (17). Le nombre de CSPM semble augmenter, en accord avec les attentes conjointes des patients et des médecins à ce sujet (20).

4.4. Facteurs influençant la CSPM

4.4.1. Le besoin ressenti

Le principal facteur d'influence des CSPM retrouvé dans cette étude est le besoin ressenti de cette PM, avant que la consultation ait eu lieu. En présence de ce besoin, le risque de PM est **multiplié par 172,2, risque extrêmement important** d'un point de vue statistique. Ce risque restait toujours important si le patient ne savait pas s'il avait besoin ou non d'une PM (OR=8,6). Ce résultat et sa significativité minimisent l'importance de tous les autres facteurs, notamment en analyse multivariée. Un effet similaire avait été mis en avant dans une étude anglaise avec une PM liée au besoin que le MG perçoit chez son patient (21). Ce ressenti du besoin du patient par le MG est un des freins à la CSPM aussi identifié en France : la PM serait une partie intégrante de la consultation dans un schéma maladie-médicament, avec un sentiment d'obligation ou une peur de ne pas satisfaire le patient (22). Ce fait peut expliquer que 68,1% des patients ne sachant pas s'ils ont un besoin ou non de médicament, et donc n'en attendant pas a priori, aient reçus une PM. En effet, plusieurs études retrouvent une discordance entre

besoin réel du patient et besoin ressenti par le MG, conduisant le plus souvent à une PM. De plus, le MT explique rarement l'objectif de la prescription qui est dans la majorité des cas à but seulement symptomatique (23). Le manque de temps (9,22,24) est identifié comme le facteur limitant principal des CSPM, ne permettant pas une bonne éducation et information du patient. En effet explorer les attentes, les représentations et préoccupations des patients permettrait d'augmenter les CSPM (25).

4.4.2. Le motif de consultation

Certains motifs ressortent comme facteur en lien avec la CSPM. La consultation pour un renouvellement ou suivi de maladie chronique ainsi que la **consultation pour un problème de santé aigu sont associés à la PM sur l'analyse univariée comme multivariée**. Si le renouvellement d'ordonnance est sans surprise associé à la PM, le motif aigu est un des motifs où les pratiques varient le plus entre les MG (26). C'est notamment le cas pour les pathologies infectieuses bénignes, et parmi celles-ci les viroses infantiles qui ne nécessitent pas, dans la majorité des cas, de traitement étiologique. La présence dans cette étude d'un important taux de PM pour ce motif pose la question d'une logique de la « réparation immédiate » par la PM (27) encore très présente. En effet une étude retrouve que seulement 1/3 des patients seraient satisfaits par l'absence de prescription pour une pathologie bénigne (28). La consultation pour un geste médical, un motif administratif ou à visée de « prévention, dépistage ou bilan de santé » sont quant à eux associés à la CSPM mais ne sont plus significatifs en analyse multivariés. Les certificats médicaux ainsi que la vaccination avaient déjà été identifiés comme principaux motifs de CSPM (22). Le lien entre le besoin ressenti et le motif de consultation n'a pas été étudié dans cette étude. Il semble probable que la baisse de la significativité des motifs « geste médical » et « motifs administratifs » en analyse multivariée soient en lien avec l'importance du facteur « besoin ressenti ».

4.4.3. L'industrie pharmaceutique

Le lien d'intérêt avec l'industrie pharmaceutique est un des principaux facteurs prédictifs de la PM en médecine générale (29). Le montant d'avantage financier perçu par le médecin a un lien avec la quantité de médicaments prescrit en France (30). Le fait de recevoir un visiteur médical a été identifié comme facteur de limitation des CSPM (31). Dans cette étude, il est significatif en analyse univariée et semble associé à la diminution des CSPM en multivarié sans être significatif ($p = 0,32$). Cette perte de significativité peut être la conséquence de l'importance du risque du besoin ressenti. Ce facteur pourrait être une des composantes importantes de la variabilité retrouvée à la limite de la significativité en lien avec le médecin prescripteur. Cette étude ne s'est pas penchée sur les autres facteurs intrinsèques au médecin.

4.4.4. La taille de la commune :

La réalisation de strates en fonction de la taille des communes a permis de mettre en avant un résultat inattendu : le taux de CSPM est plus important dans les PC, à 29,2%, essentiellement en zones rurales, et moins important sur CF (seule commune de plus de 30 000 habitants), à 14,9%. Certaines études actuelles sont en faveur de cette tendance : l'étude de 2005 sur les déterminants de la CSPM retrouve une propension moins importante à la PM lorsque la part de foyers ruraux dans la population augmente (32). L'étude de 2009 portant sur la PM non justifiées médicalement des MG montrait un risque plus important en milieu urbain, corrélée à une confiance plus importante au MG en zone rurale (11). Une étude de 2021 portant sur le volume total de PM retrouve une tendance inverse, avec une prescription de médicaments plus importante en zone rurale qu'en zone urbaine (33). Dans cette précédente étude, la plus grande prescription de médicaments en ruralité était mise en lien avec une population plus âgée avec

plus de comorbidité, le volume total de prescription étant étudié et non le taux de CSPM. Cependant, les études quantitatives sur les CSPM sont encore rares, dans un domaine d'étude de pratique qui reste encore à explorer, ne permettant pas de comparaison directe de ces résultats.

5. Conclusion

Cette étude a permis d'établir un taux de CSPM dans le Puy de Dôme à **23,77%**. Ce résultat est très proche des 22,5% de CSPM retrouvés dans la revue de la littérature de 2019. Le besoin ressenti d'une PM par le patient est le principal facteur qui empêche la réalisation d'une CSPM. Ce facteur est majeur avec un **OR à 172,16** (58,80-504,06) $p < 0,001$, et écrase tous les autres résultats qui ne sont plus statistiquement significatifs en analyse multivariée. Dans certains cas comme l'incertitude du patient, ce besoin paraît surinterprété par le MG.

Le besoin d'une PM ressenti par le patient est un héritage de la culture de réparation immédiate, il est aussi le substrat de la reconnaissance du statut de malade. Pour augmenter le nombre de CSPM, il serait possible de travailler sur le besoin de PM ressenti par le patient, et sur le ressenti du MG français qui semble se conformer à l'attente du patient conduisant à des PM non justifiées médicalement.

Notre étude découvre des CSPM plus fréquentes dans les petites communes et plus rares dans les grandes villes. C'est un élément nouveau.

L'absence de lien d'intérêt avec les firmes pharmaceutiques paraît augmenter le taux de CSPM.

Il ne faut pas oublier que la variation des CSPM pourrait être due à une certaine variabilité entre médecins.

Certains motifs de consultation sont associés à moins de CSPM, tels que la consultation de suivi et de renouvellement d'ordonnance ainsi que les consultations pour motifs aigus. Ces dernières pourraient être les premières à bénéficier d'une baisse des PM : en effet la France est un grand prescripteur et consommateur de médicaments dont l'efficacité n'a pas été démontrée, en particulier lors des consultations infectieuses bénignes.

S'intéresser plus particulièrement au profil de ces consultations permettrait, en plus de l'analyse du besoin du patient et du ressenti de la pression par le médecin, de faciliter les CSPM.

Clermont-Ferrand, le 22/2/2022.
Pierre CLAVELOU
Doyen - Directeur



Clermont-Ferrand, le 16/02/2022 -
Le Président du Jury

UNIVERSITÉ CLERMONT-FERRAND
Faculté de Médecine et des Professions Paramédicales
Service de la formation – Pôle 3
TSA 50400
28, Place Henri-Dunant
63001 Clermont-Ferrand Cedex 1

Références bibliographiques :

1. Bénard-Larivière A, Miremont-Salamé G, Pérault-Pochat M-C, Noize P, Haramburu F, Centres the ESG on behalf of the F network of pharmacovigilance. Incidence of hospital admissions due to adverse drug reactions in France: the EMIR study. *Fundam Clin Pharmacol*. 2015;29(1):106-11.
2. Santé Publique France. Consommation d'antibiotiques et antibiorésistance en France en 2019. les actualités. <https://www.santepubliquefrance.fr/>.
3. DREES. Le marché du médicament dans cinq pays européens, structure et évolution en 2004. *Études Résultats*. juill 2006;(502):8.
4. Lemorton C. La prescription, la consommation et la fiscalité des médicaments. Assemblée nationale; 2008 avr. Report No.: 848.
5. Institut Ipsos pour la CNAMTS. Le rapport des Français et des européens à l'ordonnance et aux médicaments. Cnam. 2005.
6. Leem. Bilan économique du secteur du médicament - édition 2020. 2020;102.
7. Mouret-Bonzi M. L'ordonnance médicamenteuse en France et en Europe : les attentes de prescription des patients. Une revue systématique de la littérature de 2005 à 2014 [Thèse d'exercice : Médecine]. [Lille]: Université Lille 2 Droit et Santé; 2015.
8. Haute autorité de santé. Développement de la prescription de thérapeutiques non médicamenteuses validées. Rapport d'orientation Paris; 2011.
9. Mariotti B. La consultation sans ordonnance en France et en Europe : évolution en quantité, changement de ressenti des médecins et des patients. Une revue de la littérature [Thèse d'exercice : Médecine]. [Clermont-Ferrand]: Université Clermont Auvergne; 2020.
10. Tsiantou V, Moschandreas J, Bertsiyas A, Papadakaki M, Saridaki A, Agius D, et al. General Practitioners' intention to prescribe and prescribing patterns in selected European settings: The OTCSOCIOMED project. *Health Policy*. 1 sept 2015;119(9):1265-74.
11. Cauchois C. Les déterminants des consultations sans prescription médicamenteuse et des prescriptions contre le gré des Médecins Généralistes en France [Thèse de doctorat en Médecine]. Université de Nice-Sophia Antipolis; 2009.
12. Chevalier L, Toutfaire L. La non-prescription médicamenteuse en consultation de médecine générale: Le ressenti des patients et des médecins [Thèse d'exercice : Médecine]. [Tours]; 2017.
13. Charra E. Représentations et vécu des patients à propos de la non-prescription médicale: étude qualitative à partir de 4 focus group [Thèse d'exercice]. [Lyon, France]: Université

- Claude Bernard; 2012. [Thèse d'exercice : Médecine]. [Lyon]: Université Claude Bernard; 2012.
14. Little P, Dorward M, Warner G, Stephens K, Senior J, Moore M. Importance of patient pressure and perceived pressure and perceived medical need for investigations, referral, and prescribing in primary care: nested observational study. *BMJ*. 21 févr 2004;328(7437):444.
 15. Labarthe G. Les consultations et visites des médecins généralistes - Un essai de typologie. *Etudes. Résultats*. 2004;(315):12.
 16. Ministère des Solidarités et de la santé, Base transparence santé utilisée par l'interface Euro for docs [Internet]. [cité 12 sept 2021]. Disponible sur : <https://www.eurofordocs.fr/>
 17. Hsiung L, Supper I, Guerin M, Pillot A, Ecochard R, Letrilliart L. Les procédures de soins en consultation de médecine générale : analyse des données de l'étude nationale ECOGEN. *Exercer*. 2014;N°114:162-9.
 18. Macquet P. Prescriptions médicamenteuses en médecine générale : étude de 164 questionnaires croisés patient-médecin sur l'attente de prescriptions des patients et son influence sur la décision de prescrire du médecin. [Thèse d'exercice : Médecine]. [France]: Université Paris-Sud; 2009.
 19. Jourdan C. Ressenti du patient à la sortie de consultation chez le médecin généraliste sans prescription médicamenteuse. Faculté de Médecine Aix Marseille Université; 2016.
 20. Deleplanque D, Hennion-Gasrel F, Diblanc-Stamm A, Rochoy M, Messaadi N. Consultations sans prescription médicamenteuse : ressentis des médecins et des patients. *Exercer*. Février 2015;(117):13-21.
 21. Britten N, Ukoumunne O. The influence of patients' hopes of receiving a prescription on doctors' perceptions and the decision to prescribe: a questionnaire survey. *BMJ*. 6 déc 1997;315(7121):1506-10.
 22. Haag A-S. Les déterminants des consultations de médecine générale sans prescription médicamenteuse en Picardie [Thèse d'exercice : Médecine]. [France]: Université de Picardie Jules Verne; 2015.
 23. Bernard L, Ecochard R, Gueyffier F, Letrilliart L. Drug prescription goals in primary care : a cross-sectional study. *BMC Health Serv Res*. 2 janv 2020;20:6.
 24. Bourbon L. La consultation sans prescription médicamenteuse : perceptions des médecins généralistes, obstacles à la non-prescription, et conditions pour une évolution des pratiques. Université de Rennes; 2016.
 25. Matthys J, Elwyn G, Van Nuland M, Van Maele G, De Sutter A, De Meyere M, et al. Patients' ideas, concerns, and expectations (ICE) in general practice : impact on prescribing. *Br J Gen Pract*. 1 janv 2009;59(558):29-36.
 26. Vega A. Le partage des responsabilités en médecine - Une approche socio-anthropologique des pratiques soignantes. Cuisine et dépendance : les usages

socioculturels du médicament chez les médecins généralistes français. IRDES; 2011 p. 200.

27. Rosman S. Les pratiques de prescription des médecins généralistes. Une étude sociologique comparative entre la France et les Pays-Bas. Singuliers généralistes. Presses de l'EHESP; 2010.
28. Champion M. Perception de l'absence de prescription médicamenteuse par les patients consultants en médecine générale pour une pathologie bénigne. Université de Picardie Jules Verne Faculté de Médecine d'Amiens; 2019.
29. Fickweiler F, Fickweiler W, Urbach E. Interactions between physicians and the pharmaceutical industry generally and sales representatives specifically and their association with physicians' attitudes and prescribing habits: a systematic review. *BMJ Open*. 1 sept 2017;7(9).
30. Goupil B, Balusson F, Naudet F, Esvan M, Bastian B, Chapron A, et al. Association between gifts from pharmaceutical companies to French general practitioners and their drug prescribing patterns in 2016: retrospective study using the French Transparency in Healthcare and National Health Data System databases. *BMJ*. 2019;367.
31. Darmon D, Belhassen M, Quien S, Langlois C, Staccini P, Letrilliart L. Facteurs associés à la prescription médicamenteuse en médecine générale : une étude transversale multicentrique. *Sante Publique (Bucur)*. 24 août 2015;Vol. 27(3):353-62.
32. Amar E, Pereira C. Les prescriptions des médecins généralistes et leurs déterminants. *Etudes Résultats*. 2005;(440):12.
33. Lurquin B, Kellou N, Colin C, Letrilliart L. Comparison of rural and urban French GPs' activity: a cross-sectional study. *Rural and Remote Health* Vol. 21 : 5865 2021.

Annexe I : Questionnaire recto

Questionnaire destiné aux patients :

ETUDE SUR LA PRESCRIPTION EN MEDECINE GENERALE

Nous vous remercions du temps que vous pourrez nous accorder en répondant à ce questionnaire. Les réponses au questionnaire vous concernant sont anonymes et les données pourront être publiées dans une revue médicale et faire avancer la recherche.

Ce formulaire porte sur la consultation pour laquelle vous venez aujourd'hui. Si vous venez à la consultation avec un mineur, vous pouvez aussi remplir le questionnaire à sa place, en précisant simplement son âge et son sexe.

La première partie du questionnaire est à remplir avant la consultation.

La seconde partie portera sur la conclusion de cette consultation, et sera à remplir **juste après votre consultation**.

Vous pourrez ensuite déposer ce questionnaire dans la boîte mise à votre disposition dans la salle d'attente, dans le cabinet de votre médecin ou au secrétariat.

Merci de votre participation à cette étude.

Manon Turpin et Bruno Baudin,

Cette étude est faite dans le cadre d'une thèse de médecine générale au sein de la faculté de médecine de l'université de Clermont-Ferrand par Bruno Baudin et Manon Turpin étudiants en thèse sous la direction du Dr. Richard Amélie, médecin généraliste, Maître de conférences au sein du Département de médecine générale de l'UCA Clermont-Ferrand.

PREMIERE PARTIE

1. Quel est le nom du médecin que vous venez consulter ce jour ?
2. Le médecin que vous venez consulter est :
 - Votre médecin traitant
 - Un médecin généraliste que vous consultez pour la première fois
 - Un médecin généraliste que vous consultez de temps en temps
3. Quel est votre âge (ou celui de l'enfant que vous accompagnez) ?
4. Vous (ou l'enfant que vous accompagnez) êtes de sexe : Féminin Masculin
5. Dans quelle situation socio-professionnelle vous situez vous ?

<input type="checkbox"/> Agriculteurs exploitants	<input type="checkbox"/> Ouvriers
<input type="checkbox"/> Artisans commerçants et chefs d'entreprise	<input type="checkbox"/> Retraités
<input type="checkbox"/> Cadres et professions intellectuelles supérieures	<input type="checkbox"/> Etudiants
<input type="checkbox"/> Professions intermédiaires	<input type="checkbox"/> Inactifs divers
<input type="checkbox"/> Employés	

Annexe Ibis : Questionnaire verso

6. Vous venez en consultation ce jour pour :
- Un problème de santé nouveau ou d'apparition récente (exemple : une infection urinaire, de la fièvre, une douleur...)
 - Un renouvellement d'ordonnance ou le suivi d'une maladie chronique
 - Un problème administratif (un certificat, une démarche en lien avec un arrêt de travail, des papiers à remplir...)
 - Une consultation de suivi hors maladie (grossesse, nourrisson, enfant)
 - Une consultation de prévention, de dépistage ou un bilan de santé
 - Un geste médical (exemple : un vaccin, le soin d'une plaie, une piqûre, un frottis...)
 - Autre :
7. Pensez-vous avoir besoin de médicaments pour le motif de votre consultation ?
- Oui
 - Non
 - Je ne sais pas

SECONDE PARTIE (A REMPLIR APRES LA CONSULTATION)

Après avoir eu votre consultation :

8. **Avez-vous reçu lors de cette consultation une ordonnance comprenant un ou des médicaments ?**
- OUI
 - NON

Si vous avez répondu NON : Vous n'avez pas eu d'ordonnance comprenant un ou des médicaments, la consultation s'est-elle terminée par :

- Une ordonnance pour un soin par du personnel paramédical (infirmier, kinésithérapeute, orthophoniste, podologue...)
- Une demande de bilan biologique (prise de sang) ou un examen d'imagerie médical
- La rédaction d'un arrêt de travail ou une prolongation d'arrêt de travail
- L'orientation vers un autre spécialiste ou aux urgences.
- Un conseil médical simple (oral ou écrit)
- Une ordonnance de matériel médical ou de matériel de soin (Correction optique, béquilles, attelle, fauteuil roulant...)
- Un certificat médical
- Autre :

Serment d'Hippocrate (Conseil national de l'ordre des médecins)

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

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

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité.

Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

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

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

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

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

Reçu(e) à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

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

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

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

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

Nom, Prénom Signature

Serment d'Hippocrate

En présence des Maîtres de cette **faculté** et de mes chers **condisciples**, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'Honneur et de la Probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et je n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Respectueux et reconnaissant envers mes **maîtres**, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les **Hommes** m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois couvert d'**opprobre** et méprisé de mes confrères si j'y manque.

Nom, Prénom Signature