



HAL
open science

Ressenti des médecins généralistes de la Somme face à l'automédication par AINS de leurs patients

Camille Caron Guette

► **To cite this version:**

Camille Caron Guette. Ressenti des médecins généralistes de la Somme face à l'automédication par AINS de leurs patients. Médecine humaine et pathologie. 2024. dumas-04820960

HAL Id: dumas-04820960

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-04820960v1>

Submitted on 5 Dec 2024

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.



Distributed under a Creative Commons Attribution 4.0 International License

UNIVERSITÉ DE PICARDIE JULES VERNE
UFR DE MEDECINE D'AMIENS

ANNEE 2024

N°2024-199

**RESSENTI DES MEDECINS GENERALISTES DE LA SOMME FACE A
L'AUTOMEDICATION PAR AINS DE LEURS PATIENTS**

THESE

Pour l'obtention du DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE
Spécialité : Médecine Générale

Présentée et soutenue publiquement

Le 29 octobre 2024

Par Madame Camille CARON GUETTE

PRÉSIDENT DU JURY :

Monsieur le Professeur Éric HAVET

MEMBRES DU JURY :

Madame le Professeur Stéphanie DAKPE

Monsieur le Professeur Youssef BENNIS

DIRECTRICE :

Madame le Docteur Lucie BERGEZ-KOSTEK

*A ma maman,
A mon papa...*

REMERCIEMENTS :

À Monsieur le Professeur Éric HAVET

Professeur des Universités - Praticien Hospitalier

Anatomie - Chirurgie Orthopédique

Doyen, Directeur de l'Unité de Formation et de Recherche de Médecine d'AMIENS

Chevalier de l'Ordre des Palmes Académiques

Vous me faites un grand honneur en présidant le jury de ma thèse. Merci d'avoir accepté de donner de votre temps pour juger ce travail. Merci pour vos cours d'anatomie en première année de médecine qui resteront un grand souvenir de ma P1. Veuillez trouver ici l'expression de mon plus grand respect.

À Madame le Professeur Stéphanie DAKPE

Professeur des Universités - Praticien Hospitalier

Chirurgie Maxillo-faciale

Merci d'avoir accepté de juger mon travail.

Soyez assurée de ma gratitude et de toute ma considération.

À Monsieur le Professeur Youssef BENNIS

Professeur des Universités - Praticien Hospitalier

Pharmacologie clinique

Je vous remercie pour l'intérêt que vous portez à ce travail en acceptant de juger ma thèse.

Soyez assurée de ma gratitude et de toute ma considération.

À Madame le Docteur Lucie BERGEZ-KOSTEK

Médecine Générale

Maître de Conférence Associé Département de Médecine Générale

Chère Lucie, merci d'avoir accepté d'être ma tutrice. Merci de m'avoir motivée et encadrée pendant ce travail. Merci pour ces après-midis et ces soirées passées chez toi. Merci encore à toi et à Théo pour votre soutien. Mention spéciale à Ursa.

Et surtout merci pour ta présence et pour notre amitié. Nos chemins n'ont fait que de se croiser depuis le lycée mais il n'y a pas de hasard.

Je te souhaite le meilleur pour tes projets personnels et professionnels.

À Ella, à Héloïse

Le plus beau cadeau que la vie m'a fait, c'est vous. Connaître votre amour et vous regarder vous réaliser jour après jour est pour moi le bonheur le plus pur et le plus complet. Vous êtes mes soleils. Vous êtes ma motivation pour toujours.

Je vous aime infiniment.

À Kévin, Schatz, mon Amour

Tu es mon passé, mon présent et mon futur.

Merci de me supporter depuis toutes ces années. Ta patience, ton soutien et ton affection sont indispensables dans ma vie.

Merci d'être le merveilleux époux et papa de nos enfants.

Je t'aime.

À mes parents, Gilles et Fabienne

***Papa**, merci de m'avoir donné le goût de la réflexion, de l'effort (à la ville comme au champ) et de l'Histoire (qui je suis sûre a participé à m'apprendre à écouter celles des patients).*

Tu me manques cruellement, tu seras toujours dans mon cœur.

***Maman**, merci pour l'exemple de femme forte, patiente, bienveillante et aimante que tu es. Merci pour tes conseils et ton soutien dans notre art de la médecine (nos discussions, débriefs et débats médicaux auront bien cassés les oreilles de Papa). Merci pour tes conseils et ton soutien dans l'art d'être maman.*

Merci à tous les deux de m'avoir donné les moyens de devenir ce que je suis. J'espère vous rendre fiers.

À mes grands-parents, Papi Daniel et Mamie Jacqueline

Un énorme merci pour votre patience et votre tolérance envers moi et mon caractère entier (et surtout pendant tous ces mois de révisions). Merci pour toutes ces heures passées à travailler chez vous, choyée et dorlotée. Vous êtes un pilier dans ma réussite.

À mes grands-parents, Papi Robert et Mamie Colette

Vous n'êtes plus là et pourtant mes pensées se tournent très souvent vers vous. Vos enseignements, vos valeurs, vos chansons et vos "bêtises" ont marqué mon enfance et ma vie. Vous serez toujours présents dans mon cœur. Vous me manquez.

À mes sœurs, Céline alias Doudou et Églantine alias Tatie toutouille

Merci de votre amour, votre présence, votre bonne humeur.

Vous êtes aussi les amours de ma vie.

À mes beaux-parents, Éric et Petra

Merci pour votre présence et votre tendresse.

Merci d'être les personnes formidables que vous êtes. Merci pour votre soutien sans faille.

À mes belles sœurs, à mes beaux frères

Merci pour votre soutien, l'amour que vous manifestez à nos enfants et l'affection que vous me portez.

Au reste de ma famille

Mon oncle, mes tantes, mes cousins et cousines, germains et éloignés, Tonton et Tata Nounou, Papate et Brigitte, merci d'être là quand j'ai besoin de vous. Merci pour votre affection.

À mes amis de longue date : Estelloudoudou, Juliette, Séboubou, Aline, l'Oliv, Lucile alias Lulu, Walid, Nadia et leur petite Hizya

Merci d'être toujours présents pour nous après toutes ces années d'amitiés. Je nous souhaite de partager encore beaucoup de week-end et de soirées jeux tous ensemble.

À Charlotte, Chloé et Perrine

Quelle chance de vous avoir dans ma vie. Merci pour votre bonne humeur et votre soutien. Merci pour les supers souvenirs de vacances, de soirées mais aussi de FAC. Et vivement les prochaines ! Je vous souhaite le meilleur.

À Titi, Fanny, Roro, Inès, Olivier et Anaïs

Merci pour votre amitié. A nos apéros, nos afterworks au Ad'Hoc et autres, nos soirées déjantées, nos vacances inoubliables, nos 30 ans et re30 ans !

À mes amis de FAC et leur +1 : Stéphanie, Lulu, Asmaa, Corinne, Laurent, Odile, Maxime, Justine, Alexandre, Alexane, Inès

*Merci d'avoir rendu ces années de FAC plus douces et d'en avoir fait une super expérience !
Merci d'être encore là après toutes ces années. Je vous souhaite une belle réussite dans vos projets pro et perso, et surtout encore pleins d'apéros, de repas et de soirées jeux de sociétés.*

À mes maîtres de stage, libéraux et hospitaliers

Merci de m'avoir formé, aidé à critiquer et améliorer ma pratique. Je remercie particulièrement mes confrères et consœurs qui ont accepté de participer à ce travail de recherche.

Au Docteur Fabienne Colchen et à l'équipe de la maison médicale de Flixecourt

Merci de m'avoir permis de travailler ma thèse dans vos locaux le soir après les consultations et le week-end.

À Pépette,

Merci pour tes ronrons et câlins de soutien pendant cette thèse. Merci à l'amour que tu nous manifestes.

Une mention particulière à ceux qui m'ont donné un coup de main et un coup de pieds aux fesses dans ce travail de recherche : Kévin, Papa, Tonton Patrick et Lucie L., merci de m'avoir rabâché les oreilles pour que je m'y mette ! Mamie, Juliette, Sandra, Steph, Carine, Gwen, Aline, merci pour votre aide.

Un énorme merci et bravo à Eglantine pour son aide, sa motivation et son soutien dans la rédaction de ce mémoire de thèse.

Le Serment d'Hippocrate

Au moment d'être admise 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. Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçue 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 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 couverte d'opprobre et méprisée si j'y manque.

TABLE DES MATIERES

1. INTRODUCTION	13
2. MATERIEL ET METHODES	16
2.1. Type d'étude	16
2.2. Population	16
2.3. Recueil des données	16
2.4. Analyse	17
2.5. Aspect éthique et réglementaire	17
3. RESULTATS	18
3.1. Caractéristiques de la population étudiée	18
3.2. L'automédication selon le médecin généraliste	20
3.3. Conséquences et impact de l'automédication des patients sur les médecins généralistes 21	
3.3.1. Facteurs extrinsèques.....	21
3.3.1.1. Le médecin généraliste, un second choix pour les patients.....	21
3.3.1.2. Un manque de reconnaissance.....	21
3.3.1.3. Médecin sous pression.....	22
3.3.2. Facteurs intrinsèques.....	22
3.3.2.1. Sentiment général négatif.....	22
3.3.2.2. Perte de temps.....	23
3.3.2.3. Doute de soi.....	23
3.3.2.4. Reconnaît ses limites.....	24
3.3.2.5. Ressent le besoin de se protéger.....	25
3.4. Les missions du médecin généraliste	26
3.4.1. Soigner, soulager et informer.....	26
3.4.2. Garant de la sécurité des patients.....	28
3.4.3. Disponible et bienveillant.....	29
3.4.4. Investigateur.....	30
3.5. Médecin expert revendiquant sa légitimité	30
3.5.1. Un grand savoir implique de grandes responsabilités.....	31
3.5.2. La précision est le reflet du savoir-faire.....	32
3.5.3. Légitimité de l'expérience médicale.....	33
3.5.4. Médecin généraliste : un métier de terrain.....	33

3.5.5.	Une méfiance entraînant un besoin de contrôle	34
3.6.	Facteurs favorisant l'acceptation de l'automédication par AINS	36
3.6.1.	Quand le médecin devient un maître de l'adaptation	36
3.6.1.1.	Connaître sa patientèle : un atout	36
3.6.1.2.	Réflexion et évolution de sa pratique	37
3.6.1.3.	Les outils	37
3.6.2.	La médecine générale, un métier passion.....	38
3.6.3.	Valorisation de son travail.....	40
3.6.4.	Evoluer dans un climat de confiance.....	41
3.6.5.	Travailler à gagner en confort de travail	42
3.7.	Et le Covid-19 dans tout ça ?	42
3.7.1.	Témoin et choc	43
3.7.2.	Pendant le Covid	43
3.7.3.	Après le Covid.....	44
4.	DISCUSSION	46
4.1.	Résultats principaux	46
4.2.	Les biais et limites.....	47
4.2.1.	Biais de novice	47
4.2.2.	Biais de sélection.....	47
4.2.3.	Biais d'instrument	48
4.2.4.	Biais liés à la méthode de collecte de données.....	48
4.3.	Comparaison à la littérature et réflexions personnelles	48
4.3.1.	Le recours à l'automédication	48
4.3.2.	Sécurité du patient : une préoccupation majeure	52
4.3.3.	De l'automédication dirigée à l'épuisement du médecin généraliste ?.....	55
4.3.4.	Perspectives	57
5.	CONCLUSION	59
6.	BIBLIOGRAPHIE.....	61
7.	ANNEXES	66
7.1.	Annexe n°1	66
7.2.	Annexe n°2	67
RESUME.....		68

TABLE DES ABREVIATIONS

AINS : Anti-inflammatoire non stéroïdien

AMM : Autorisation de mise sur le marché

BPM : Bilan partagé de médication

DMP : Dossier médical partagé

EHPAD : Etablissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes

EIM : Effets indésirables médicamenteux

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

1. INTRODUCTION

L'automédication est fréquente et a toujours existé.(1) En France ce n'est que dans les années soixante-dix que la pratique commence à être décrite.(2) Elle n'a pas de définition exacte tant le sujet est vaste et peut être abordé sous différents angles. Il existe donc plusieurs définitions selon les organismes.

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) caractérise en 1998 la « Self-medication » comme étant « la sélection et l'utilisation de médicaments par des individus pour traiter des maladies ou des symptômes auto-reconnus ».(3) L'OMS a introduit par la suite la notion « d'automédication responsable » par les patients et l'a définie comme le fait « de soigner certaines maladies grâce à des médicaments autorisés, accessibles sans ordonnance, sûrs et efficaces, dans les conditions d'utilisation indiquées ».(4)

Le Conseil National de l'Ordre des Médecins en 2001 l'a définie comme « l'utilisation, hors prescription médicale, par des personnes pour elles-mêmes ou pour leurs proches et de leur propre initiative, de médicaments considérés comme tels et ayant reçu l'autorisation de mise sur le marché (AMM), avec la possibilité d'assistance et de conseils de la part des pharmaciens ».(5)

Ces définitions sous-entendent une éviction partielle (lorsqu'il s'agit d'un médicament restant d'une ancienne prescription) ou complète du médecin par le patient concernant sa santé. Elles traduisent également l'automédication comme une pratique du patient en toute conscience, avec ou sans conseils d'un professionnel de santé de prise de médicament. Il s'agit « d'autodiagnostic », qui se base sur le ressenti propre du patient, de ses symptômes et de ses besoins par de « l'autosoin », sans prendre d'avis médical.

On ne peut pas parler d'automédication sans faire un rappel sur le produit de consommation concerné. Il est à noter qu'actuellement, la réglementation européenne distingue deux catégories de spécialités pharmaceutiques de prescription médicale : les médicaments soumis à prescription médicale obligatoire (PMO) et ceux accessibles sans prescription, dits à prescription médicale facultative (PMF). Ces deux catégories nécessitent la même exigence de sécurité et de qualité. En France, certaines molécules sont disponibles sous forme de médicaments à PMO et à PMF. C'est le cas par exemple de certains anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) tel que l'Ibuprofène.(6)

L'automédication est une pratique qui n'est pas sans risques. Il est estimé que « dans 11,6 % des cas, l'automédication inappropriée ou le mésusage volontaire par le patient sont en cause dans la survenue de l'effet indésirable médicamenteux (EIM) ». (7) Les effets indésirables médicamenteux dans le cadre de l'automédication sont le plus souvent le fruit d'une surconsommation, d'un surdosage, d'interactions médicamenteuses ou d'un mésusage de PMF ou de PMO restant d'une précédente prescription et qui a été réutilisée. (8) Il est à noter que l'automédication peut aussi engendrer un retard de diagnostic.

Cette pratique est, malgré les risques qu'elle comporte, encouragée par les pouvoirs publics par le déremboursement de médicaments. Les arguments de cette stratégie économique et sociale sont nombreux. (9) L'accès direct en pharmacie de certaines molécules depuis 2008 a pour finalité de limiter le nombre de consultations de médecine générale pour des pathologies mineures et donc de lutter contre le délai de consultation dans les déserts médicaux. (10) Elle permet également un accès à l'information adaptée et fiable ainsi que la garantie de la sécurité du médicament. (11) L'achat de médicaments limite une surconsommation de boîtes et aurait par la même occasion un impact positif sur l'environnement par la baisse de déchets à traiter.

Plusieurs recherches ont été menées par mes confrères étudiants sur l'automédication et la perception du patient. Très peu ont porté leur intérêt sur la vision du médecin.

J'ai choisi de m'intéresser à l'automédication par AINS car ils sont la deuxième famille d'antalgiques les plus consommés en automédication après le paracétamol. Une thèse menée en 2019 dans la Somme observait une méconnaissance des patients sur les effets indésirables des AINS. (12) Depuis 2020 les AINS en vente sans ordonnance ont été remis derrière le comptoir des officines compte tenu des effets indésirables possibles. (13)

En parallèle, la crise Covid-19 en 2020 a également eu un impact sur la consommation des AINS. D'abord déconseillés au profit du paracétamol par les autorités de santé, on observe une baisse de leur utilisation en médecine de ville. (14) Puis à nouveau réutilisés par les professionnels de santé en 2021, notamment dans un contexte de difficulté d'approvisionnement du paracétamol et de traitements de symptômes de Covid long. Cette période particulière a permis aux professionnels de santé de refaire le point avec leurs patients sur les risques de cette classe pharmaceutique, notamment en cas d'épisode viral. Au total depuis 10 ans, différents événements auront fait varier la consommation des AINS. On note une remontée de celle-ci depuis 2021 par rapport à 2020, objectivée par le rapport 6 d'EPI-PHARE, mais qui reste moindre en regard des années antérieures. (15)

Au cours de mes consultations en médecine générale, j'ai été confrontée plusieurs fois à des situations d'automédication par AINS. Parfois les indications de prise étaient maîtrisées, parfois non. Etant presque toujours le substitut du médecin généraliste (soit en tant qu'étudiante, soit en tant que remplaçante), je me suis interrogée sur l'avis que porte le médecin de famille sur cette pratique d'automédication par AINS.

Dans ce contexte d'après pandémie, nous avons axé nos recherches sur le ressenti des médecins généralistes face à l'automédication par AINS de leurs patients.

2. MATERIEL ET METHODES

2.1. Type d'étude

Ce travail de recherche était une étude qualitative par entretiens individuels semi-dirigés. Cette méthode nous semblait la plus appropriée pour accéder au ressenti des médecins généralistes et explorer leurs perceptions face à l'automédication de leurs patients par AINS. De plus, nous avons privilégié des entretiens individuels puisque le sujet de l'expérience médicale reste délicat et nous voulions éviter toute gêne ou retenue. Nous avons opté pour une approche inspirée de la théorisation ancrée. Nous nous sommes aidés des ouvrages de J.P Lebeau « Initiation à la recherche qualitative en santé – le guide pour réussir sa thèse ou son mémoire » et de Paul Frappé « Initiation à la recherche » (association française des jeunes chercheurs en médecine générale).(16)(17)

2.2. Population

Les médecins généralistes ont été sélectionnés par l'intermédiaire des contacts de l'auteur de la thèse. Le seul critère d'inclusion de l'étude était d'être médecin généraliste, thésé ou non, exerçant dans la Somme. Aucun critère d'exclusion n'a été défini.

2.3. Recueil des données

Des entretiens semi-directifs ont été menés à l'aide d'un guide d'entretien (annexe n° 1). Celui-ci a été préalablement testé par une connaissance de l'auteure de la thèse. Les entretiens ont été réalisés en présentiel ou en visioconférence, selon les possibilités techniques et les préférences du participant. L'anonymat, la confidentialité des données recueillies, ainsi que la possibilité de se rétracter avaient été expliqués lors du recrutement et avant le début de l'entretien. Les conversations ont été enregistrées sur un smartphone Samsung via l'application « Enregistreur vocal », avec l'accord du participant. Pour garantir la qualité de l'audio, un enregistrement supplémentaire était effectué à l'aide de l'application « Enregistreur vocal » sur une tablette. Les entretiens ont ensuite été retranscrits intégralement par mes soins dans le logiciel de traitement de texte Word, en maintenant l'anonymat des participants.

Pour ajuster le guide d'entretien si cela s'avérait nécessaire, les premières retranscriptions ont été relues par ma directrice de thèse. Nous avons ensuite échangé quant à l'évolution de l'échantillon de la population selon le processus d'itération.

Si besoin, nous évoquons également les améliorations à apporter à ma technique d'entretien. L'utilisation du guide d'entretien restait flexible, afin de permettre un déroulement naturel des questions. Les entretiens ont été menés jusqu'à saturation des données.

2.4. Analyse

Un journal de bord était tenu au fur et à mesure des entretiens et de leur retranscription, permettant de relire les notes de terrain.

Une analyse descriptive des données a été réalisée à l'aide du logiciel d'analyse N-vivo, en appliquant un codage ouvert, axial et sélectif des verbatims, selon la théorie ancrée inductive.

Dans un premier temps, nous avons segmenté les entretiens à partir des citations, appelées « verbatims ». Ensuite, en analysant chaque verbatim individuellement, nous avons procédé à un codage ouvert pour en définir le thème. Puis un codage axial, a permis de mettre en évidence des connexions afin de déterminer des catégories. Chaque code pouvait appartenir à plusieurs codes généraux. Enfin, nous avons effectué un codage sélectif en construisant des théories et en établissant des connexions entre les différents codages à l'aide de la technique herméneutique sur le site MindMeister.

2.5. Aspect éthique et réglementaire

Tous les participants ont librement consenti à participer à nos entretiens après avoir été informés des conditions et assurés de l'anonymat ainsi que de la confidentialité.

Pour ces raisons, chaque participant s'est vu attribuer une lettre et un numéro. De plus, tous les noms propres et les éléments particuliers pouvant permettre de reconnaître les participants ont été supprimés.

Notre travail n'a pas nécessité d'autorisation réglementaire particulière.

Nous ne déclarons aucun conflit d'intérêt dans cette étude.

3. RESULTATS

3.1. Caractéristiques de la population étudiée

12 entretiens ont été réalisés jusqu'à saturation des données, entre avril et septembre 2024.

Tableau : caractéristiques de l'échantillon

Entretien	Année d'installation	Secteur	Profil patientèle	Date d'exercice	Mode d'exercice	Nombre moyen de patients / jours	Sexe	Tranche d'âge	Lieu d'entretien	Durée de l'entretien
E1	1999	SR	Mixte	N/A	Libéral	30	F	50-59 ans	Domicile du médecin	06 minutes et 05 secondes
E2	2022	V	Actif et pédiatrie	N/A	Salariée	25	F	30-39 ans	Cabinet	19 minutes et 11 secondes
E3	N/A	R	Mixte	2023	Libéral	30	F	30-39 ans	Domicile du médecin	07 minutes et 04 secondes
E4	2023	M	Famille	N/A	Libéral	25	H	30-39 ans	Cabinet	18 minutes et 04 secondes
E5	1990	R	Mixte	N/A	Libéral	25	F	60-69 ans	Cabinet	23 minutes et 15 secondes

Entretien	Année d'installation	Secteur	Profil patientèle	Date d'exercice	Mode d'exercice	Nombre moyen de patients / jours	Sexe	Tranche d'âge	Lieu d'entretien	Durée de l'entretien
E6	2024	SR	Mixte	2019	Libéral	60	F	30-39 ans	Cabinet	14 minutes
E7	2003	SR	Mixte	N/A	Libéral	40	H	50-59 ans	Cabinet	10 minutes et 45 secondes
E8	N/A	M	Mixte à dominance pédiatrique	2024	Libéral	25	H	30-39 ans	Visio-conférence	14 minutes et 46 secondes
E9	1993	R	Mixte à dominance gériatrique	N/A	Libéral	20	H	60-69 ans	Cabinet	32 minutes et 12 secondes
E10	2007	SR	Mixte	N/A	Libéral	40	H	40-49 ans	Cabinet	04 minutes et 31 secondes
E11	N/A	V	Mixte à dominance gériatrique	1992	Libéral	30	F	60-69 ans	Cabinet	15 minutes et 57 secondes
E12	N/A	R	Mixte	2012	Libéral	30	H	40-49 ans	Cabinet	06 minutes et 22 secondes

Légende : N/A = non assigné ; SR = semi-rurale ; V = ville ; R = rurale ; F = femme ; H = homme

Nous présenterons les résultats en six parties.

3.2. L'automédication selon le médecin généraliste

Les médecins généralistes ont exposé chacun leur définition de l'automédication lors de leur entretien. Nous avons recueilli les éléments qui les caractérisaient et nous avons analysé le nombre de fois qu'ils ont été verbalisés.

L'ensemble des médecins définissaient l'automédication comme « *la prise d'un médicament* ».

Six médecins (E2, E3, E6, E7, E9, E12) ont souligné que les patients n'avaient pas consulté « *l'avis du médecin* ». E3 a été plus loin en mentionnant qu'il n'y avait pas « *d'autorisation du médecin* » concernant la pratique de l'automédication. D'autres médecins (E4, E8, E11) parlaient plutôt « *d'avis médical* ». Pour trois médecins (E2, E9, E12), l'automédication était synonyme de « *premier recours au pharmacien* » pour se soigner. E11 a également évoqué la prise d'un avis auprès de personnes non qualifiées : « *se soulager en demandant avis à X ou Y* ».

La prise de médicament « *sans ordonnance* » (ou « *sans prescription* ») a été mentionnée cinq fois (E1, E2, E3, E4, E11).

Pour trois médecins (E2, E9, E12), le médicament pouvait venir de l'armoire à pharmacie de la maison.

Cinq médecins ont également mentionné qu'il s'agissait de se soigner « *soi-même* » (E2, E6, E7, E8, E12). Pour E6, il était question de pratiquer l'autodiagnostic.

E6 et E7 précisait que les patients prenaient cette prise de médicament sans connaissance médicale.

Quatre médecins ont évoqué que le recours à l'automédication pouvait découler du besoin de soulager des symptômes lors d'un problème aigu (E4, E7), de soulager une douleur d'origine articulaire ou des céphalées (E4, E5, E11). E5 a également parlé du besoin de soulager des douleurs chroniques dans un contexte d'arthrose chez le sujet âgé.

3.3. Conséquences et impact de l'automédication des patients sur les médecins généralistes

Nous avons remarqué que cette pratique entraînait des répercussions chez les médecins généralistes et dans leur exercice.

3.3.1. Facteurs extrinsèques

3.3.1.1. Le médecin généraliste, un second choix pour les patients

E4 déclarait : *« Y en a quand même beaucoup surtout chez les personnes jeunes qui vont se documenter sur Internet se disent "bah tient dans quelle, telle douleur je peux prendre ça ou ça" et donc vont s'automédiquer avant de venir en consultation. »*. Le médecin exprimait ici le fait que le patient recourait à ses propres connaissances avant de consulter. Selon le point de vue du médecin, sa relation avec le patient n'était plus privilégiée, ce qui entraînait une remise en question de la confiance mutuelle entre les deux protagonistes, comme l'exprimait E11 : *« Mais il y avait tout de même une bonne sciatique et puis... Donc c'était pas de l'automédication parce que c'était prescrit. Il s'empêchait de prendre la prescription parce qu'il avait entendu que ça serait pas bon. »*.

3.3.1.2. Un manque de reconnaissance

Le constat du mésusage et de la mise à l'écart du médecin lors du recours à l'automédication suscitait chez ce dernier le sentiment de ne pas être reconnu à sa juste valeur de soignant sachant. E11 indiquait dans ses propos une défiance envers son médecin en préférant croire le voisin lambda ou se documenter sur Internet : *« Malgré le conseil, oui. Oui, oui, parce que oui, je pense qu'il y en a quand même qui parce que le voisin il a dit que ça c'était bien, qu'ils vont aller chercher ça alors qu'on leur a répété 20 fois que c'était pas bon pour leur fonction rénale, pour leur machin. »*.

3.3.1.3. Médecin sous pression

Certains médecins ressentaient une pression liée à l'obligation de moyens et de résultats à fournir dans un temps limité. Comme l'exprimait E5 : « *Et puis le fait de ne pas devoir attendre. Parce que les gens sont quand même maintenant dans une époque où tout le monde est pressé.* ». E9 ajoutait : « *Ouais, ils viennent pour avoir quelque chose. Ils viennent pour avoir un traitement de choc. "Donnez-moi un traitement de choc Docteur !". (Rires, gloussements). [...] Tu te dis "je lui donne un Doliprane, bah il va dire : 'je viens chez le médecin et il me prescrit du Doliprane. J'aurais pu rester chez moi'."* ».

3.3.2. Facteurs intrinsèques

3.3.2.1. Sentiment général négatif

Plusieurs médecins généralistes exprimaient un certain ressentiment face aux conséquences et aux risques liés à l'automédication pratiquée par leurs patients sans leur avis. La lassitude était un sentiment partagé par de nombreux médecins, bien illustré par E11 : « *Ça doit être rabâché, parfois. Ça doit être renouvelé.* ». Il ajoutait : « *Mais après il y a certaines choses qu'on maîtrise pas parce qu'ils vont chercher des médicaments aussi à droite, à gauche ou ils sont avertis par leurs voisins que tel médicament ça marchait bien. Et ça j'apprécie pas.* ». Ce ressenti allait jusqu'à la colère pour E9 : « *Bah euh pff... c'est des gens qui prennent des traitements comme ça sans nous demander notre avis quoi. [...] Alors après je suis toujours en colère mais bon.* ».

D'autres médecins se montraient résignés. E12 affirmait ne pas être « *Mal à l'aise non parce que de toute façon je suis un peu fataliste là-dessus ça arrivera quoiqu'il arrive donc euh...* ».

Un sentiment d'impuissance et de découragement étaient également exprimé par certains, qui se retrouvaient au bout de leurs propositions thérapeutiques ou dans une situation inconfortable à la suite de l'automédication de leurs patients. Comme le rapportait E9 : « *Hier j'ai eu un patient, sa femme, il lui restait de l'Amoxicilline, donc il a pris de l'Amoxicilline. Mais bon voilà je lui ai dit : "Alors voilà, qu'est-ce que je fais moi ? Je vous remets de l'Amoxicilline alors que peut-être votre état nécessite un ATB plus puissant ? Moi je vais vous remettre de l'Amoxicilline parce que vous avez commencé avec de l'Amoxicilline ?" Enfin voilà quoi.* ».

Les sources d'information du patient dans le cadre d'une automédication étaient également remises en cause par les médecins. E1 soulignait : « *Mais euh si c'est euh l'automédication par exemple euh "mon voisin m'a donné ça" ou "j'ai ça dans ma pharmacie, je vais le prendre parce que là j'ai eu la même chose", là ça peut poser un problème.* ».

3.3.2.2. Perte de temps

Les sentiments de ne pas avoir assez de temps et d'être débordé ont été exprimés à plusieurs reprises. E5 a mentionné une surcharge de travail : « *Pour moi c'est une éducation à leur donner. Mais ça prend du temps (rires) et voilà pourquoi le médecin prend 1h de retard (Rires).* ».

De plus, une résistance des patients aux recommandations du praticien a été évoquée, notamment par E7 : « *Parce qu'il y a quand même des récalcitrants.* ». Ces recommandations ne semblaient pas toujours écoutées. En effet, selon E5 : « *Et bah on a beau leur dire que c'est dangereux, qu'il faut pas prendre de médicaments du voisin ou du... frère ou de la sœur, enfin de la famille [...] On leur dit mais voilà... on n'est pas tout le temps derrière et (rires).* » E8 ajoutait : « *Des fois il y en a ils sont bornés et t'as beau leur dire... ça rentre par une oreille et ça ressort par une autre. (Rires)* ». E1 exprimait également que : « *L'inconvénient c'est que parfois les gens vont... s'automédiquer avec ce qu'ils pensent être le bon traitement et... c'est pas une bonne idée.* ».

Cela reflète les doutes du médecin généraliste quant aux connaissances du patient et à leur capacité à être éduqué.

3.3.2.3. Doute de soi

Quelques médecins semblaient être sur la défensive concernant leur accord avec l'automédication de leurs patients, justifiant néanmoins la pratique de l'automédication encadrée. Comme le manifestait E7 : « *Mais bon, si on essaye ponctuellement pour moi il y a pas de danger quoi. Voilà, après c'est pareil ça dépend des médecins, y en a qui vont peut-être pas être contents mais bon comme c'est difficile d'avoir un rendez-vous de nos jours avec des médecins... des fois ils peuvent prendre... m'enfin en général ils prennent quelque chose qu'ils*

ont déjà pris, ils savent quand il faut le prendre, voilà. En général, ils sont bien informés... En tous cas les miens (rires). Je les ai informés donc euh... ».

Dans plusieurs contextes, le besoin d'avoir l'avis d'un spécialiste ou l'aval de confrères, était exprimé. E5 soulignait : *« Et je pense que l'automédication liée aussi du fait que maintenant on a de plus en plus de mal à avoir des rendez-vous chez les spécialistes et euh... ».* E9 ajoutait : *« Voilà c'est mon opinion. Puis je suis pas le seul à penser ça parce que bon j'en passe. J'en parle avec d'autres confrères voilà bon... des confrères de ma génération. ».*

Pendant l'entretien avec E3, un manque de confiance en soi a été mis en évidence par sa demande de faire des pauses pendant l'enregistrement pour aborder certains points qu'elle souhaitait clarifier. J'avais alors à nouveau expliqué que l'entretien était anonyme et qu'une pause n'était pas nécessaire pour protéger ses inquiétudes : *« Des difficultés ? euh tu peux faire pause ? nan ? [...] Par exemple, j'ai un exemple la dernière fois ma voisine avait une rage de dent, un abcès. Je l'ai mise sous antibiotiques et j'ai pas mis d'anti-inflammatoires. Elle comprenait pas pourquoi. Elle a été voir le dentiste et le dentiste a dit oui justement on ne met pas d'anti-inflammatoires. ».*

3.3.2.4. Reconnaît ses limites

Ce dernier point sur la difficulté d'accès aux spécialistes met en lumière certaines limites exprimées par les médecins de ville.

E5 reconnaissait ne pas tout savoir, notamment dans certains domaines : *« Même parfois bah... parfois ils arrivent avec un article qu'ils ont vu dans un magazine : "euh qu'est-ce que vous pensez Docteur de ça ?". On n'y connaît rien du tout sur les trucs et parfois ... Donc on passe encore du temps à essayer de lire l'article et de voir un peu de quoi ça parle. Moi c'est vrai en ... en phytothérapie tout ça, je connais pas trop. ».*

Face aux limites de son savoir, E9 admettait avec humilité qu'il se trouvait dans une impasse : *« Donc les gens ils prenaient tout du, du, du Doliprane parce que ça y est... "j'ai pris Doliprane, mais ça m'a pas guéri". "Bon ben on va mettre, on va regarder. Je sais pas si on va faire plus avec moi parce que y a pas d'antibiotiques qui marchent sur le COVID pour le moment. " ».*

Quelques médecins ont également évoqué des difficultés rencontrées dans certains cas, comme E10 : *« Euh.... Non si j'ai quand même une mamie qui m'a fait une insuffisance euh rénale*

aiguë. Voilà sur une prise de euh.... Ça devait à l'époque c'était du nexen. Je sais pas j' pense que ça n'existe plus maintenant mais qui s'est retrouvée dialysée, euh... voilà. ».

Ces difficultés pouvaient concerner la limite de leur savoir, mais aussi le fait de ne pas tout connaître des comportements de leurs patients concernant leur santé, comme le déclarait E10 : *« Non je pense pas. Enfin moi j'ai pas... j'ai pas ressenti mais en tout cas bon peut-être qu'ils ont pris les traitements chez le pharmacien mais je les ai pas revus en tout cas. Je les ai pas vus par rapport à ça. Après à voir... ».*

E7 reconnaissait ne pas avoir toujours anticipé ou détecté le mésusage des AINS : *« elle était obèse donc on ne l'avait pas vu. Et comme il y avait eu un décès dans sa famille, euh elle ne mangeait plus, elle ne buvait plus, elle avait doublé les doses d'AINS d'elle-même sans me le dire. Elle en a pris très longtemps et comme elle était déshydratée elle a fait une insuffisance rénale aiguë. Mais comme elle était obèse, ça ne se voyait pas qu'elle avait maigrit et là c'était grave quand même quoi. Double dose de Brexin, au long court... ».*

Les limites des médecins se manifestaient aussi par le fait de ne pas réussir à convaincre le patient. Les médecins ont l'impression d'échouer dans leur mission d'éducation.

3.3.2.5. Ressent le besoin de se protéger

Un mécanisme de défense a été mis en place par les médecins généralistes afin de mettre de la distance entre les patients et l'automédication potentiellement dangereuse qu'ils pratiquaient.

E8 expliquait : *« Après mon ressenti... moi je fais mon devoir de leur expliquer qu'il ne faut pas le faire, après c'est à eux de se prendre en main aussi. ».*

Face à cette utilisation risquée de l'automédication, E6 exprimait la nécessité de se protéger du patient allant jusqu'à refuser de continuer à le prendre en charge : *« Non c'est parce que la communication va s'arrêter là. On a assez de plaintes comme ça donc du coup si euh, s'il a encore son insuffisance rénale qui se majore, qu'il est sous dialyse ou quoi que ce soit, et qu'il porte plainte en disant "oui mais mon médecin nanana, voilà, il, il m'a pas, il m'a pas référé." [...] Oui c'est pour me protéger. Soyons... Oui je vais être clair : c'est pour me protéger en première intention. ».*

L'humour était également un outil fréquemment utilisé par les médecins généralistes pour aborder des sujets délicats lors de l'entretien ou en consultation. E12 adoptait un ton plutôt

familier et souriait souvent, ponctuant ses propos de quelques rires faussement exagérés lorsqu'il parlait de l'automédication et de l'éducation de ses patients. Il semblait utiliser l'humour pour éviter de choquer, malgré son expérience et ses propos : « *Oui, alors après ça c'est dans mes rêves. (Sourit). Après ils en gardent sous la semelle et puis ils en utilisent après. [...] Je vais lui demander pourquoi déjà ? Qu'est-ce qu'il a eu comme idée pour éventuellement voir si le raisonnement est finalement pas trop, cata. Et puis après euh même registre euh c'est d'accompagner le truc, de toute façon tu pourras pas l'empêcher donc. (Rires) Ou difficilement (Rires).* ».

3.4. Les missions du médecin généraliste

Les médecins généralistes décrivaient leur prise en charge de l'automédication par les différentes missions dont ils se sentaient investis. Par ses missions autour de l'automédication, ils exprimaient divers ressentis.

3.4.1. Soigner, soulager et informer

Le professionnel de santé décrivait sa mission principale comme celle de soulager et soigner ses patients. Cette mission était systématiquement exprimée ou sens-entendue par la mention de pathologies du patient et par la prise en charge qui pouvait aboutir à une prescription.

Dans l'entretien avec E11, le médecin illustre cette prise en charge de la douleur en racontant une partie d'une de ses consultations du jour qui l'a marqué : « *Je pense au dernier patient que... que, que j'ai vu enfin je je lui ai dit : "Oui, ça ce médicament-là, vous l'avez pris pour vous soulager de de vos douleurs ? C'est c'est très bien, mais il faut qu'on sache quantifier la la quantité de médicaments que vous vous prenez. Il faut me dire si si, ça va pas parce que si ça va plus, il faut qu'on adapte autrement."* ».

Cette action de soigner était très souvent mise en lien avec l'acte de l'automédication. Les médecins mentionnaient leur rôle dans l'automédication par AINS, par un devoir d'information par le partage de leur savoir, qu'ils délivraient dans le but d'une pratique en conscience du patient. E5 expliquait : « *Donc ça ils n'en n'ont pas conscience donc il faut ... c'est une éducation à leur donner. [...] il faut prendre le temps d'expliquer d'informer tout ça...* » E7 ajoutait : « *ils peuvent soigner des symptômes rapidement donc euh. Ça peut être bien, comme*

avoir une boîte de Fosfomycine pour les cystites euh les femmes qui en emmènent si ça brûle elles peuvent le prendre. S'ils sont bien informés je crois que ça peut être bien, il faudra peut-être en... en venir là. ».

Les praticiens utilisaient plusieurs outils pédagogiques, comme l'enseignement, à l'image de ce qu'évoquait E5 : *« Bah euh justement l'éducation. L'éducation du patient en expliquant les bénéfiques risques de chaque médicament et de faire prendre conscience que c'est dangereux quoi. ».*

La répétition était un autre outil important, comme le soulignait E11 : *« Donc enfin, je pense qu'il faut sans cesse rappeler aux gens que les médicaments c'est pas des bonbons et qu'il faut... Il faut les prendre par parcimonie quoi... ».*

Pour E7, c'était la transparence et l'honnêteté concernant les risques du mésusage qui était mis en avant : *« Voilà il faut bien expliquer la vérité : on risque de mourir. Il peut y avoir des choses très graves ».*

Pour la plupart des médecins, le partage de leurs connaissances dans l'automédication par AINS permettait de former et donc de protéger le patient, ce qui a été appelé par certains de l'« automédication dirigée ». Les médecins étaient convaincus de l'importance de leur discours pédagogique. E10 expliquait : *« Bon. Il peut y avoir quelques avantages hein. Euh... Une jeune femme qui a des règles ou qui prend de l'Antadys euh voilà. Bon, on lui a expliqué à l'avance donc euh c'est de l'automédication quand même dirigée. ».*

Il s'en dégageait un optimisme dans l'espoir de favoriser l'autonomie des patients. E4 précisait : *« Mais je pense que le rabâchage (sourit) au fur et à mesure, ça finira par rentrer, on va dire entre guillemets. ».*

Ces outils visaient à prévenir le mésusage des AINS chez les patients. E7 soulignait : *« Donc le rôle ce serait d'informer. De dire, fin, de prévenir de les informer de tout ce qu'il pourrait, tout ce qu'il peut y avoir s'il y a un mésusage. De donner les indications dans lesquelles on peut les donner et puis les contre-indications, et de prévenir les effets indésirables. ».*

L'information et la prévention permettaient aux médecins de sécuriser l'automédication par AINS.

3.4.2. Garant de la sécurité des patients

Les médecins généralistes assuraient la sécurité de leurs patients grâce à leurs connaissances et en étant vigilant dans la prescription des AINS. E2 précisait : « *au niveau inconvenient, ça peut être dangereux pour le patient, notamment les anti-inflammatoires. C'est vrai qu'on ne peut pas les mélanger à n'importe quoi. S'ils sont sous d'anticoagulants, ça peut être un danger... [...]* Pareil, on prend toujours la tension. Parce que voilà, un anti-inflammateur et tension, pareil, ça va pas, donc ça je l'indique aussi ».

Par ce rôle dans l'automédication, le professionnel se rendait indispensable à la bonne utilisation des AINS comme le mentionnait E11 : « *Après euh... pour certains médicaments, pour enfin, et pour certaines personnes, je préfère qu'ils prennent un avis. Auprès de moi, éventuellement.* ».

Les médecins exprimaient une inquiétude pour leurs patients face au risque de mésusage. E9 expliquait : « *Ils prennent un Doliprane. Puis ils font pas attention, et ils en prennent un. Puis vas y que j'te prend un Dafalgan. Y a des gens qui font ça souvent, ça arrive. C'est euh ils ont pris un Doliprane, ça marchait pas, ils prennent un Dafalgan puis ça marche pas, ils prennent un Efferalgan quoi.* ».

Le constat de certains médecins concernant le manque de connaissances des patients confortait leur inquiétude face à une automédication dangereuse. E10 déclarait : « *Après, des gens qui ne savent pas ce qu'ils ont, qui prennent des anti-inflammatoires avant de passer en consultation ça peut être problématique.* » et E3 ajoutait : « *Ouais, voilà. Souvent ils savent pas en fait. Ils savent pas que ça joue sur les reins, ils savent pas que voilà il peut y avoir vla les conséquences, des infections, machins. Ils savent pas.* ».

La crainte engendrée par ces comportements déclenchait chez les médecins une certaine méfiance, souvent justifiée par l'âge du patient. Comme le mentionnait E5 : « *Des risques pour moi qui sont quand même parfois pas négligeables surtout chez les personnes âgées polymédicamentées.* ».

Les habitudes des patients étaient également critiquables comme l'expliquait E2 : « *Ah oui forcément c'est l'habitude... Ils peuvent vraiment consommer beaucoup de anti-inflammatoires. Et les lombalgies. [...]* à la moindre petite douleur lombaire, je pense que direct, ils ont envie de prendre un anti-inflammatoire ». Les croyances et les sources

d'informations des patients confirmaient aussi les doutes d' E5 quant à leur origine : « *Il faut avoir le service le plus rapidement possible donc plutôt que de prendre le rendez-vous chez le médecin, d'attendre que le pharmacien soit disponible, que parfois qu'il y a pas un médicament qui est pas...après qu'il faut commander, bon bah je vais demander à tonton ou à... (Rires) ».*

Cette méfiance suscitait un jugement et un positionnement catégorique des médecins généralistes vis-à-vis de l'automédication de leurs patients. E3 déclarait : « *Non, je suis contre. Je ne trouve pas ça bien.* » ou E10 : « *Oui, ouais, c'est ça, c'est à dire que il y en qui prennent des anti-inflammatoires pour n'importe quoi. Genre une douleur dentaire, ou bien voilà une diverticulose.* ».

De cette situation émergeait un comportement autoritaire, moralisateur, et un besoin de contrôle. E9 expliquait : « *Bah ça dépend pour quoi je suis obligée de faire la police mais bon. [...] Nous on est plutôt là pour peut-être remettre les pendules à l'heure si c'est un patient à risque. [...] Bah c'est ce que j'ai déjà dit, je lui fais la leçon parce que...* », E3 ajoutait : « *Et puis surtout je leur fais vachement la morale là-dessus donc euh* » et E6 soulignait « *A part ça je ne tolère pas grand-chose en automédication.* ».

Ce besoin de contrôle entraînait une opposition de l'autonomie du patient tel qu'exprimait par E6 : « *Là oui je leur remonte un peu les bretelles mais sinon... je leur parle tranquillement et je leur dis pourquoi c'est pas bien de faire ça. Et je leur explique pourquoi ça serait mieux de venir me voir avant de prendre un traitement.* ».

3.4.3. Disponible et bienveillant

Face à ce comportement jugé dangereux, les médecins exprimaient la nécessité d'être disponibles et à l'écoute de leurs patients. E5 précisait : « *mais bon nous on a toujours été accessible [...] Bon sauf si y a urgence, on laisse toujours un petit créneau pour les urgences. Euh ... Pour éventuellement prendre des gens en plus [...] Je dirais que tant qu'on explique ça va mais bon voilà il faut prendre le temps.* ».

L'interaction et l'écoute du médecin génère souvent une bienveillance, un effort de compréhension et de l'empathie. E4 expliquait : « *Alors après je comprends avec les délais de consultation qui s'allongent que ils veulent essayer d'agir sur des douleurs principalement. Hum. Et euh... en attendant de consulter pour déjà amoindrir leur symptômes* », E8 « *Après ce*

que je voulais rajouter aussi euh quand ils avouent s'être automédiqués tu sens qu'il y a un sentiment de culpabilité derrière quand ils le disent. ».

Cependant, l'automédication met également en lumière la fragilité et des limites d'assimilation des patients. E4 soulignait : *« Je ... je reprends toujours sur les anti-inflammatoires surtout dès qu'on arrive chez une personne assez âgée ou qui a des antécédents, comorbidités type diabète, insuffisance rénale ou autre, de faire très attention aux anti-inflammatoires. [...] C'est vrai qu'il y en a certains... alors après sur une consultation on dit souvent que les patients ne peuvent retenir que trois messages, trois... trois informations donc c'est aussi essayer de synthétiser. ».*

3.4.4. Investigateur

Pour assurer une automédication sécurisée et éviter, entre autres, une polymédication, certains médecins généralistes cherchent, de manière sous-entendue ou directe, à identifier l'automédication chez leurs patients. E6 expliquait : *« Ce que je demande par exemple sur les renouvellements ou quoique ce soit, je demande s'il y a pas eu quelques choses dans les trois mois comme ils viennent tous les trois mois ou dans le mois euh... Et puis je leur demande s'ils ont pris de traitements ou de trucs comme ça. »* E8 ajoutait *« Fin si, voilà je leur demande s'ils ont déjà pris quelques choses par exemple pour la douleur et donc là ils me le sortent. ».*

3.5. Médecin expert revendiquant sa légitimité

Comme décrit plus haut, les médecins avaient un sentiment de manque de reconnaissance et donc revendiquaient leur légitimité de sachant.

Pour aborder la question de la légitimité revendiquée par le médecin expert, il convient d'examiner plusieurs facettes de son rôle. C'est avant tout celui qui détient le savoir et qui a reçu une formation spécifique. Il assume des responsabilités, fait preuve de précision, et possède l'expérience nécessaire. Au-delà de ces qualités, le médecin expert est également celui qui observe attentivement, tout en étant méfiant.

Cette position l'amène à exprimer des réserves quant aux actions des autres acteurs.

3.5.1. Un grand savoir implique de grandes responsabilités

Comme mentionné plus haut, le médecin généraliste est une personne ayant fait des études spécialisées et qui se positionne en tant qu'expert dans son domaine. E2 exprimait le fait qu'avoir un avis médical était le moyen le plus sûr de sécuriser une automédication : « *Sinon, je préfère leur donner un avis médical avant qu'ils prennent quelconque médicament. [...] Avoir un avis médical. C'est sûr. Je pense que ça reste légitime avant n'importe quelle prise de médicaments.* ».

Ce savoir place le médecin dans une position de référence pour le patient, comme le mentionnait E5 : « *On a quand même une relation de confiance quand même avec eux donc ils nous demandent quand même souvent notre avis* » et E3 : « *Si elle m'a écouté, elle a pas pris d'anti-inflammatoires.* ».

Ce climat de confiance peut même surpasser l'avis d'autres médecins compétents : « *Mais c'est vrai que... Et parfois euh ce qui est assez surprenant c'est que même ayant l'avis d'un spécialiste, ils nous redemandent notre avis après.* ». E2 se positionnait aussi en référence dans le domaine de la pédiatrie, toujours dans l'idée de garantir la bonne prise en charge concernant la santé des enfants : « *On les voit beaucoup, ils font pas d'automédication, je pense, de un, par peur pour leurs enfants.* ».

La légitimité du rôle d'expert résidait, selon E5, dans la nécessité de continuer à apprendre : « *On continue toujours à faire de la formation.* » Pour E10, il s'agissait de faire évoluer sa pratique et de s'adapter aux nouvelles habitudes : « *Puis bon, moi j'ai connu une période aussi, ou on en donnait beaucoup en pédiatrie hein. On mettait de l'Antaren en sirop euh pour les fièvres qui baissaient pas. Maintenant ça se fait plus du tout.* ».

En parallèle à la formation continue, être nouvellement diplômé représentait un avantage pour E4 : « *C'est que même des anciennes habitudes de prescriptions. Parce que euh c'est vrai que quand j'étais remplaçant, même en stage prat, certains médecins prescrivaient encore de l'Ibuprofène dans des angines [...] Et puis euh... je pense qu'on est sensibilisé aussi en tant que jeune médecin, au danger des anti-inflammatoires, en tous cas et donc euh on est un peu plus vigilant là-dessus, je pense.* ».

Posséder ce savoir et s'en servir pour les patients implique un devoir pour le médecin. E5 mentionnait dans un premier temps, qu'en zone rurale sous-dotée en spécialistes, la maîtrise des pathologies, des prescriptions et des complications est essentielle : « *Oui parce qu'on a*

quand même bah de fait que nous en étant en milieu rural on gère beaucoup de pathologies, ils ont parfois des traitements assez lourds et parfois des traitements qui sont pas trop euh... compatibles ».

Puis dans un second temps, elle soulignait qu'il était important de sensibiliser sur les risques de l'automédication par AINS : *« C'est un sujet important de toute façon. Mais c'est vrai que si ça peut faire prendre conscience aux gens, aussi bien aux médecins qu'aux patients ... C'est aussi de notre responsabilité ».*

Concernant l'automédication, E2 disait : *« Pour moi, c'est peut-être un petit peu trop évident que de toute façon, il ne va prendre que ce que je lui donne ».* Il se plaçait ainsi au centre de la santé du patient et dans sa consommation de médicaments.

Comme mentionné dans la partie « 3.4. Les missions du médecin généraliste », le professionnel de santé avait le sentiment d'être indispensable grâce à son savoir.

3.5.2. La précision est le reflet du savoir-faire

Dans ce contexte, le médecin doit faire preuve de précision dans sa pratique. Sa discipline exige rigueur et exactitude. E7 énumérait plusieurs conditions strictes concernant l'automédication par AINS : *« Si jamais ils ont été bien informés, ils connaissent les risques, s'ils savent qu'il faut les prendre en mangeant ou ponctuellement euh... bon voilà moi ça meuh... ça me pose pas de problème quoi. ».*

Les médecins prenaient plusieurs précautions, notamment dans la délivrance des produits pharmaceutiques.

E2 précisait que contrairement aux pharmaciens, avant chaque prescription d'AINS, elle réalisait certains contrôles : *« Pareil, on prend toujours la tension. Parce que voilà, un anti-inflammatoire et tension, pareil, ça va pas, donc ça je l'indique aussi ».*

Ils s'assuraient également du contrôle de la prise médicamenteuse, comme le mentionnait E5 : *« Après s'il a fait comme erreur, bah je contrôle quand même au niveau effets secondaires, au niveau gastrique, au niveau... Peut-être même parfois un bilan sanguin pour vérifier qu'il n'y a pas eu d'effets trop délétères sur le ... sur l'association de certains médicaments qui sont parfois... ».*

Enfin, la pratique de l'automédication chez la personne âgée nécessitait une attention particulière, comme l'exposait E11 : « *Enfin surtout, chez certains patients quoi. Enfin personnes âgées qui ont déjà des problèmes autres quoi.* ». Pour rappel, E4 avait souligné que les jeunes médecins étaient souvent plus sensibilisés aux nouvelles recommandations, comme évoqué précédemment.

3.5.3. Légitimité de l'expérience médicale

L'expérience renforce la capacité à utiliser son savoir. Les médecins généralistes mentionnaient la prise d'assurance avec le temps et les différents cas auxquels ils ont été confrontés. Par exemple, E4 racontait une situation difficile qu'il avait vécue concernant l'automédication par AINS : « *Par AINS euh... Si déjà eu chez un patient qui était insuffisant cardiaque et insuffisant rénal, qui était en pleine décompensation. Euh ... Et qui avait été conseillé par un de ses proches de prendre de l'Ibuprofène et euh... Et qui dans des contextes de douleurs, et que ça n'avait pas amélioré les choses sur sa fonction rénale.* ».

Le médecin généraliste parlait de la relation médecin-patient qui s'enrichit avec le temps. Ce gain d'expérience lui permet de développer son intuition et son sens clinique. E5 mentionnait : « *Bah c'est ça, c'est ça. En fin de compte c'est plus un ressenti, un doute qu'on a, une suspicion. Ouais voilà, C'est plus ouais, c'est au cas par cas. Et puis bon c'est vrai qu'on connaît un peu le caractère des gens.* ». Tandis que E8 parlait d'automatisme dans sa pratique : « *Après j'ai toujours un peu la même façon de répondre* ».

3.5.4. Médecin généraliste : un métier de terrain

Les médecins généralistes étant au contact du grand public, ils sont spectateurs de l'évolution de la société. Ils observent cette évolution chez leurs patients et leurs usages.

E5 mentionnait qu'Internet avait de nos jours une place importante dans l'obtention d'informations : « *Après y en a beaucoup qui maintenant utilise bah, bah pouf avec les rés... Bon peut être moins les personnes âgées. Mais maintenant beaucoup avec Internet* ».

E11, quant à lui, parlait de l'impact des médias : « *Ah bah avec la médiatisation de l'Ibuprofène, et tout ça, qui était pas bien pendant le... Pendant le COVID, au départ. Qui disait que ça*

pouvait augmenter les risques euh... de complications. Je pense effectivement euh... que en tout cas, au tout départ, ça les a bien baissés. Les gens étaient beaucoup plus euh attentifs. ». Dans ce précédent verbatim, le médecin de famille confirmait sa position de professionnel de santé de terrain notamment pendant la pandémie de Covid-19.

Dans cette période, le patient s'est retrouvé dans une difficulté d'accéder aux soins. Le médecin a constaté la prise d'autonomie forcée du patient comme cité par E8 : *« Vu qu'ils avaient pas accès au médecin, ils prenaient la liberté de s'automédiquer quoi. Et du coup c'est resté après le Covid. Fin c'est plus comme ça que je le ressens quoi. ».* Suite à cet épisode de crise sanitaire, E6 mentionnait un changement d'habitude chez ses patients *« Moi je l'ai vu avant le covid et après le covid. Y a plus du tout autant d'anti-inflammatoire. Et quand je pose la question " non on prend pas d'AINS, on ne sait pas." Donc c'est plutôt un bon impact. ».*

3.5.5. Une méfiance entraînant un besoin de contrôle

L'expérience des médecins observateurs les amène à avoir des doutes sur les patients et leurs connaissances (comme succinctement mentionné plus haut). E1 mentionnait : *« Quand ça arrive et que les gens viennent dire j'ai déjà essayé de prendre ça, bon ben si c'est une bonne indication on peut leur dire bah oui vous avez bien fait de vous soigner comme ça. Deux fois sur trois c'était dangereux. ».*

L'automédication par AINS chez les patients des médecins généralistes est une source de méfiance comme le sous-entend E5 : *« Les gens, si un médicament a été prescrit pour telle euh raison euh... ils savent que ça soulage par exemple la douleur ils vont avoir tendance à le reprendre alors même si leur état de santé a pu changer entre deux : une hypertension qui peut arriver, une insuffisance rénale donc bon on sait que les AINS voilà (baisse la voix) ».*

Le devoir d'explication et d'information, nécessitant souvent leur répétition, avait tendance à donner matière à se questionner pour E3 sur l'application de ses conseils : *« Parce que je me demande s'il y a deux mois je lui avais pas déjà dit. [...] Non c'est après la consultation /ouais/ tu te dis " bah je lui ai pas déjà dit d'ailleurs ? " ».*

La méfiance était aussi engendrée par l'origine des sources des patients et leurs recours faciles à Internet comme le faisait remarquer E4 : *« Y en a quand même beaucoup surtout chez les*

personnes jeunes qui vont se documenter sur Internet [...] Euh beaucoup oui. Ou par des conseils des proches, des parents ou euh / ouais / ou par habitude en fait. ».

Malgré leurs doutes concernant l'automédication par AINS, la plupart des médecins généralistes sont partagés concernant sa pratique car elle présente des avantages comme des inconvénients comme le soulignait E3 : *« Les anti-inflammatoires, je suis un peu contre en fait finalement. Sauf sur une lombalgie ou des choses comme ça quand t'as, voilà. Sauf s'il y a des contre-indications tu les mets pas. Mais euh franchement... »* ou E5 : *« Donc l'avantage effectivement d'être soulagé peut-être plus rapidement mais bon voilà avec des risques. ».*

Ces doutes entraînaient chez certains médecins généralistes une difficulté à déléguer ses tâches et à remettre en cause l'action des autres professionnels de santé tel que les pharmaciens et les préparateurs en pharmacie. En effet, E5 stipulait : *« Après les pharmaciens bah euh... il faut quand même qu'il y ait un contrôle mais euh est-ce que les pharmaciens, il faut avoir le temps de demander... bon je j'attaque pas les pharmaciens haha (rires) euh de savoir ce qu'y prennent les gens autrement parce que bon euh c'est un petit mieux surveillé maintenant parce qu'il y a quand même euh... avec euh...avec les historiques tout ça ils arrivent à voir un petit peu les... Mais est-ce que c'est fait vraiment tout le temps... ».*

Ou le témoignage de E6 qui mentionnait le risque d'erreurs par les préparateurs en pharmacie : *« Pour peu que le pharmacien soit parti quelque part, ou euh qu'ils aient pas possibilité d'être là, ou il est derrière en train de faire un truc, ou il est avec un autre patient. Si y a pas assez de pharmaciens comment ils font ? Imagine une pharmacie comme Lafayette où il y a je ne sais plus combien de préparateurs en pharmacie, tous les pharmaciens ils peuvent pas vérifier. ».*

E9 avait peur d'une délivrance inadaptée involontaire de la part des pharmaciens, favorisant des résistances bactériennes : *« Là je vois pas mal d'infections urinaires avec des germes résistants... J'ai vu au moins trois infections urinaires récentes avec des germes autres que Escherichia Coli classique et qui étaient résistants à la fosfomycine donc euh... Je veux dire le pharmacien c'est ce qu'il va donner. ».*

De ce fait, les médecins généralistes avaient une certaine exigence envers le pharmacien comme en témoignait E9 : *« Donc il faut quand même que le pharmacien joue son rôle de conseiller, pas forcément conseiller que des produits de beauté, de produits machins pour pouvoir se faire des sous. (Rires). Mais aussi conseiller sur l'usage des médicaments quoi. C'est primordial. [...] Pis ça aussi, le pharmacien il a un rôle aussi de surveiller nos prescriptions. ».* E9 remettait en cause certaines orientations et positions publiques des hautes autorités de santé :

« J'espère qu'ils vont pas laisser le droit de prescrire des, des, des des traitements plus importants comme la ciprofloxacine ou la Cifloxacine... ».

3.6. Facteurs favorisant l'acceptation de l'automédication par AINS

L'acceptation de l'automédication repose sur plusieurs facteurs clés, notamment la capacité d'adaptation des professionnels de santé, l'amour qu'ils portent à leur métier, ainsi que l'estime de soi et le climat de confiance qu'ils développent dans leurs compétences. Ces éléments contribuent à améliorer leur qualité de travail, favorisant ainsi un accompagnement éclairé et responsable des patients dans leur démarche d'automédication.

3.6.1. Quand le médecin devient un maître de l'adaptation

3.6.1.1. Connaître sa patientèle : un atout

Les médecins généralistes se considèrent comme le médecin de famille. Ce terme traduit la proximité que le médecin peut avoir avec sa patientèle. Ainsi, comme vu plus haut, ces professionnels de santé adaptent leur pratique selon le profil de leur patient (âge, comorbidités). E4 mentionnait : *« Je ... je reprends toujours sur les anti-inflammatoires surtout dès qu'on arrive chez une personne assez âgée ou qui a des antécédents, comorbidités type diabète, insuffisance rénale ou autre, de faire très attention aux anti-inflammatoires ».*

Cela montre que le médecin en connaissant son patient, comprend son mécanisme de réflexion, comme l'expliquait E12 : *« Je vais lui demander pourquoi déjà ? Qu'est-ce qu'il a eu comme idée pour éventuellement voir si le raisonnement est finalement pas trop, cata. Et puis après euh même registre euh c'est d'accompagner le truc, de toute façon tu pourras pas l'empêcher donc. (Rires) Ou difficilement ».*

Comme vu plus haut, on constate que le médecin a conscience des difficultés que peut représenter l'apprentissage pour les patients et leurs limites. E4 disait : *« C'est vrai qu'il y en a certains...alors après sur une consultation on dit souvent que les patients ne peuvent retenir que trois messages, trois... trois informations donc c'est aussi essayer de synthétiser »* et *« Mais je pense que le rabâchage (sourit) au fur et à mesure, ça finira par rentrer ».*

3.6.1.2. Réflexion et évolution de sa pratique

D'autre part, les médecins montraient une réflexion sur leur pratique et se corrigeaient s'ils le jugeaient nécessaire.

E2 déclarait à propos de la recherche de l'automédication chez ses patients : « *Mais je ne pense pas... avant de lui donner l'ordonnance, je ne lui demande pas si effectivement il prend des choses en plus. Pour moi, c'est peut-être un petit peu trop évident que de toute façon, il ne va prendre que ce que je lui donne. Peut-être qu'effectivement, il faudrait... Ça pourrait être une bonne idée de... Oui non mais de rajouter ça, c'est vrai qu'on est le fait de discuter comme ça, c'est vrai que ça amène à des réflexions et euh peut-être que ça pourrait être pas mal de le rajouter un petit peu dans l'interrogatoire.* ».

E4 parlait d'adaptation de molécules selon les pathologies pédiatriques : « *J'ai pas tendance à en prescrire chez les enfants. C'est vrai que c'est très rare de mettre tout ce qui est Ibuprofène ou Advil chez les enfants. Hum. C'est pas dans mes habitudes [...] Problèmes articulaires ça peut m'arriver. Mouais. Effectivement sur des traumatismes ou autre.* ».

E6 qui n'était pas favorable à l'automédication par AINS chez ses patients, modulait son avis selon des situations de douleurs chroniques bien identifiées : « *Mais pour toutes les autres pathologies je ne suis pas pour. Si ! les douleurs articulaires aussi. Tout ce qui est arthrose et tout oui.* ».

3.6.1.3. Les outils

L'adaptation des médecins généralistes concernant leur pratique, ou pour faire face à des situations délicates, se manifestait par l'emploi de l'humour et le fait d'avoir pris parti d'accepter l'automédication et d'en faire un outil de soin, notamment par de l'automédication responsable. Le ton de la plaisanterie et l'humour étaient fréquemment employés par E12 : « *Oui, alors après ça c'est dans mes rêves. (Sourit). Après ils en gardent sous la semelle et puis ils en utilisent après.* ».

Le point de vue du médecin concernant l'automédication par AINS était souvent nuancé. La balance bénéfice/risque était perçue dans chaque entretien : E10 « *donc euh prendre du doliprane ça peut être bien, prendre des anti-inflammatoires euh ça peut être un peu plus la*

cata. [...] Bon. Il peut y avoir quelques avantages hein. Euuuuuh... » ; E4 : « (Rires) Un peu des deux. [...] Voilà. Après tout dépend parfois (rires). ».

E11 et E7 déclaraient qu'ils ne voyaient pas d'inconvénients à l'automédication de premier recours : *« Mais ça peut être utile quand même. Parfois, on n'a pas besoin de toujours faire euh... de demander un avis hein ?... Quand on a 20 ans, qu'on n'a pas de comorbidité et que y a pas un gros souci, je pense que sans abuser on peut, on peut pas aller chercher des médicaments. »*, *« Voila. Il y a sûrement des médecins qui disent non il ne faut pas en prendre tant que... tant que je n'ai pas donné mon avis. Mais moi je suis plutôt pour quand même. (Rires.) »*.

Alors que E6 posait ses conditions : *« Après chez les migraineux je tolère. Je leur dis moi-même de... Je leur prescris moi-même des AINS, je leur dis de prendre en cas de migraine euh des AINS. »*.

L'emploi d'AINS en automédication par les patients, pouvait être utilisé à l'avantage du médecin afin d'adapter ses thérapeutiques comme décrit par E4 : *« Et voir aussi l'impact sur la douleur parce que c'est vrai que le fait de savoir s'ils ont utilisé un palier 1 ou les AINS ça me permet aussi de jauger l'intensité de la douleur et voir les réactions aux antalgiques. Donc je pose systématiquement la question, oui, de savoir ce qu'ils ont utilisé comme traitement »*.

Plusieurs médecins s'accordaient à dire que l'automédication était un moyen de diminuer les consultations superflues, comme le précisait E1 : *« c'est un avantage parce que ça permet d'avoir moins de consultation de bobologie. »*.

3.6.2. La médecine générale, un métier passion

E5 parlait de son installation ancienne qui lui avait permis de voir évoluer sa patientèle. Pour elle, la proximité de son exercice en zone rurale enrichissait son activité : *« Oui oui oui, après voilà après tout dépend... bah euh... du temps on... et depuis de euh... depuis le nombre d'années qu'on est installé, depuis quand on connaît les gens et c'est vrai que bon voilà, moi je suis à ma troisième génération que je soigne. (Rires) J'ai connu les parents, les grands-parents, maintenant les enfants et les petits-enfants. (Rires) [...] Après oui, nous on a de la chance d'avoir quand même une relation bien établie. »*.

Dans certains entretiens, comme chez E5, on sentait un investissement et de l'affection pour ses patients et son métier. Cet investissement se mêle souvent avec l'idée que le médecin reste

disponible pour sa patientèle. E11 déclarait : « Bah après coup on on s'adapte, on refait l'éducation du du patient et puis on voit ce qu'il y a à résoudre comme problème » ; E2 : « Bon, moi ça me dérange pas de les voir juste pour ça » ; E5 : « mais bon nous on a toujours été accessible, on a toujours continué de travailler comme avant. ».

Ce dernier point traduit une bienveillance manifestée par E4 : « mais en général je préférerais passer par l'explication que d'être frontal et dire qu'il ne faut pas faire ça » ; E5 : « Après euh... les avantages, bah...c'est que le soulagement quoi. Le soulagement de la douleur. » ; E8 : « Après ce que je voulais rajouter aussi euh quand ils avouent s'être automédiqué tu sens qu'il y a un sentiment de culpabilité derrière quand ils le disent. Donc après quand tu leur expliques ouais ils le prennent bien mais y a toujours la manière d'expliquer. (Rires) Y a toujours la manière d'expliquer donc euh... [...] (Rires : mi-choqué, mi-étonné) Ah non non je joue pas dessus... mais du coup après ça permet de rebondir sur le fait que c'est pas bien quoi en gros. (Rires) Mais sans, sans jouer dessus quoi. Parce que sinon ça les enfonce encore plus. ».

Chez E9 des sentiments plus extrêmes étaient exprimés, de la passion pour son métier à la colère devant certains cas d'automédication : « Moi je préfère voir le patient qui a une grippe, qui guérit pas et qui surinfecte par exemple. [...] Moi je préfère la médecine qui sort un peu de l'ordinaire, des cas intéressants quoi. Donc c'est vrai que euh en général bon ça va y a toujours de quoi faire. Des fois je rouspète parce que j'ai trop de trucs difficiles. (Rires) Alors bon c'est vrai que pour faire des sous il faut faire des trucs faciles mais des fois. (Sourit). », « Alors après je suis toujours en colère mais bon. [...] Y a des médicaments comme les antibiotiques je supporte pas l'AM parce que là ils font des erreurs des fois grossières quoi. ».

E9 mentionnait son intérêt pour les consultations qu'il jugeait plus intéressantes par leur originalité et par leur difficulté intellectuelle. Ce point permet d'aborder le sentiment d'estime de soi ressenti par les médecins généralistes lors de l'application de leurs connaissances et leur interaction avec le patient.

La bienveillance et l'affection que pouvaient manifester certains médecins envers leurs patients traduisaient une implication profonde dans les prises en charge globale. Les médecins exprimaient une certaine passion dans leurs propos. Ce champ d'émotions et l'investissement des professionnels de santé étaient un moyen de s'adapter face au comportement d'automédication de leurs patients.

3.6.3. Valorisation de son travail

Le fait d'être expert reconnu dans son domaine, comme cité dans la partie « 3.5. Médecin expert revendiquant sa légitimité », est déjà en soi valorisant pour le médecin généraliste.

La foi qu'il place en sa pédagogie lui permet d'enseigner sereinement ses connaissances à ses patients comme le souligne E11 : « *Après généralement, quand je fais, quand je donne des traitements, j'essaie d'expliquer la raison pour laquelle je donne et qu'il faut pas le prendre non plus systématiquement. [...] Oui, je suis pas foncièrement contre (appuie le mot) parce que généralement les gens je leur explique en cas de, vous pourrez éventuellement reprendre ce traitement-là.* ».

E9 exprimait une vraie valorisation de ses connaissances lorsqu'il pouvait les appliquer de la façon la plus utile et au moment opportun : « *Mais moi je préfère des gens qui ont déjà fait de l'AM parce que souvent ces gens-là quand ils viennent ils sont vraiment malades. Mouais. Ils ont vraiment quelques choses. Donc là t'as moins de, t'as moins de remord à mettre un ATB en première intention quand tu le vois [...] Parce que les gens, ils ont vraiment quelque chose qui a évolué quoi. [...] Et quand ils viennent me voir, ils ont déjà d'autres symptômes qui sont apparus. C'est un peu plus verdâtre, c'est un peu plus ... Y a parfois des signes pulmonaires, donc je veux dire tout ça...* ».

On remarque que certains médecins évoquent leurs confrères pour conforter leur pratique et se rassurer sur les difficultés que celle-ci peut présenter. E9 relatait : « *samedi dernier j'ai fini à je ne sais quelle heure parce que j'ai que des cas compliqués. Alors les gens viennent avec des dossiers d'enfer. Donc euh bon des fois en fin de journée tu en as un peu ras-le-bol. Donc c'est vrai que des fois 2-3 rhinites ça te permet de te reposer quoi. (Rires) C'est vrai. Une vaccination, une rhinite. Bah oui. On est tous pareil là-dessus, je pense.* ».

Nous l'avons déjà cité plus haut par un témoignage de E5 : le fait que le patient consultait le médecin généraliste afin de sécuriser une prise de traitement instauré par un spécialiste était également valorisant pour la position du médecin de famille.

Ce sentiment de valorisation exprimait par les médecins leur permettait d'accepter plus facilement le recours à l'automédication par leurs patients.

3.6.4. Evoluer dans un climat de confiance

L'automédication par AINS c'est aussi faire confiance au pharmacien et à son rôle de conseiller comme le racontait E9 : « *Bon ça le pharmacien il sait leur donner hein les indications. [...] Bon avec le pharmacien pfff, ça va. J'ai jamais pris le téléphone pour dire « bah écoute euh donne pu ça à chaque fois » bon ils font leur boulot aussi je veux dire... [...] Je pense que c'est plutôt le rôle du pharmacien.* ».

Il s'agit pour le médecin de réaliser un lâcher-prise et de donner de l'autonomie aux patients. E12 disait : « *non ça me dérange pas forcément qu'ils aient attaqué quand même quelque chose humm...par eux-mêmes.* » ; E2 : « *après quelqu'un qui a une lombalgie euh chronique, on sait qu'il y a une hernie discale, il y a quelque chose... des choses un peu plus chroniques, un peu comme les migraines, où ils savent que ça marche, ils viennent me voir en me disant « bah j'ai déjà pris ça, ça m'a soulagé ». Euh... Moi ça... ça me dérange pas... Au moins ça nous permet, on va dire, d'avoir un angle de... tir pour pouvoir le guérir, pour pouvoir le soulager en venant plus loin.* ».

Cette pratique rentre dans l'automédication responsable où comme le mentionnait E10 : « *Bon. Il peut y avoir quelques avantages hein. Euh... Une jeune femme qui a des règles ou qui prends de l'Antadys euh voilà. Bon, on lui a expliqué à l'avance donc euh c'est de l'automédication quand même dirigée.* ».

La confiance ressentie par le médecin est également basée sur la relation qu'il a construite avec son patient. E5 racontait : « *Nous on a quand même un climat de confiance avec notre patientèle qui est quand même rurale.* ». Et comme le soulignait plus haut E5, la relation s'est construite sur plusieurs générations. Le médecin a la confiance de ses patients et notamment les parents des enfants qu'il soigne. Et il obtient aussi leur compliance par cette confiance envers le soignant.

E6 déclarait qu'elle ne recherche pas l'automédication car ses patients se livraient d'eux-mêmes à elle : « *Parce que souvent ils le disent eux-mêmes. Ce que je demande par exemple sur les renouvellements ou quoique ce soit, je demande s'il y a pas eu quelque chose dans les trois mois comme ils viennent tous les trois mois ou dans le mois euh... Et puis je leur demande s'ils ont pris des traitements ou des trucs comme ça. Oui ça arrive assez facilement. Et souvent ils me disent " oui j'ai pris ça ", euh " j'avais ça dans mon armoire à pharmacie Docteur".* ».

E2 parlait de sa relation avec les parents et leur besoin d'avoir l'avis du médecin : « *On les voit beaucoup, ils font pas d'automédication, je pense, de un, par peur pour leurs enfants. [...] Et donc en fait, on les voit et il y a beaucoup de parents qui viennent pour ça. Voilà, je pense qu'elle a juste le nez qui coule et je sais ce qu'il faut donner. [...] Donc on va dire peut-être pas beaucoup d'automédication chez les enfants parce que les parents ne le font pas forcément.* ».

E1 soulignait la compliance de ses patients lorsqu'elle donnait les informations relatives aux AINS et au Covid-19 pendant la pandémie : « *ceux qui avaient compris que c'était dangereux et accepté le fait qu'on leur déconseille d'en prendre euh... ils en ont moins pris.* ».

3.6.5. Travailler à gagner en confort de travail

Dans ce dernier point le climat de confiance favorise une bonne qualité de travail au médecin généraliste.

Comme vu précédemment, le médecin accepte de déléguer des tâches aux pharmaciens comme le conseil et la bonne pratique de l'automédication. Transmettre les informations aux patients concernant cette pratique permet un gain de temps selon E4 : « *C'est vrai que sur des douleurs très aiguës, types traumatiques ou autres, sans gravité ça peut être intéressant justement non seulement parce que ça peut éviter une consultation médicale et donc éviter une perte de temps parfois pour pas grand-chose.* ».

E5 expliquait que pour une meilleure qualité de travail, le choix avait été fait de limiter le nombre de consultations par jour : « *Mais on a toujours limité, on a toujours limité de toute façon parce que bon on veut quand même passer du temps avec nos patients donc c'est vrai que voilà. [...] mais bon si on les prend sur une journée chargée ça ne dépasse pas 30 par euh... par journée.* ».

3.7. Et le Covid-19 dans tout ça ?

Le Covid-19 a-t-il eu un impact sur le ressenti du médecin face l'automédication par AINS ? L'interrogation des médecins généralistes à ce sujet a montré plusieurs directions. Selon certains médecins il n'y avait pas eu de changement dans le comportement du patient. Pour d'autres, le Covid avait eu un impact sur la société et sur les pratiques des patients.

Ce qui ressort c'est que le médecin a mené plus que jamais son rôle d'observateur.

3.7.1. Témoign et choc

E5 semblait choquée en repensant à cette période. Elle cherchait ses mots : « *C'est vrai que ça parait... Quand on y repense maintenant... C'est une drôle de période quand même [...] Parce que oui quand je repense à cette période-là, je me dis oui on a vraiment vécu ça ?* ».

E6 et E9 déclaraient avoir « vu » que certains patients avaient changé leur comportement face à l'automédication : E6 « *Je l'ai vu ! (Rires) [...] Moi je l'ai vu avant le Covid et après le Covid.* ».

D'après E4, E5 et E6 la période Covid était également un traumatisme pour les patients : E5 « *On sait qu'après le Covid il y a eu beaucoup de choses qui n'ont pas repris. Hum. Aussi bien au niveau médical que dans d'autres domaines de loisir, contact avec les autres etc. Donc je pense que ça, ça a laissé des traces quand même.* », « *Ils ont eu très très peur qu'ils sont restés vraiment cloîtrés chez eux, qui avaient vraiment une grosse angoisse. [...] j'ai l'impression maintenant que oui tout est rentré dans l'ordre mais je pense que ça a laissé quelques traces* » ; E6 : « *"Oui le Covid c'est pas compatible avec les anti-inflammatoires, donc on ne doit pas en prendre Docteur."* (Rires). « *Dès qu'il y a le nez qui coule ou quoique ce soit, on ne prend plus d'anti-inflammatoires.* » [...] *Moi je l'ai vu avant le Covid et après le Covid. Y a plus du tout autant d'anti-inflammatoires. Et quand je pose la question " non on prend pas d'AINS, on ne sait pas " Donc c'est plutôt un bon impact. Le Covid ça a fait du bien. (Rires)* ».

Pour E2, le Covid n'avait pas changé sa façon de prescrire les AINS : « *en tout cas, moi, je n'en ai pas prescrit plus ou moins, avant, après Covid, hors Covid. Après, c'est vrai Covid long tout ça on l'utilise mais euh... Ouais, non. Ma réponse à ça, plutôt non.* ».

3.7.2. Pendant le Covid

Les médecins observaient une adaptation de l'automédication de leurs patients pendant la crise. Alors qu'E2 justifiait une augmentation de la consommation d'AINS à cause de la pénurie de paracétamol : « *Je pense que pendant la pandémie, vu qu'il y a eu une pénurie de paracétamol, peut-être que euh il y en a qui ont plus utilisé, plus consommé les anti-inflammatoires en automédication* » ; E4, E6, E7, E10, E11 et E12 indiquaient remarquer une réduction de l'usage des AINS, principalement par crainte de les utiliser face à une maladie encore mal comprise, renforcée par les déclarations médiatiques : « *En automédication, pendant la période euh,*

pendant la période Covid, tout le monde avait peur des anti-inflammatoires. Par ce que c'est vrai qu'il y a eu des rumeurs comme quoi ça pouvait aggraver un Covid euh latent ou aigu et donc hum... il y a eu un gros recul sur l'automédication, je pense, au niveau des AINS. » mentionnait E4.

Un manque d'accès au soin est également un point fréquemment soulevé lors des entretiens. E5 mentionnait un manque d'accès au médecin, une mauvaise gestion de la crise sanitaire, un recul de la prévention : *« Les gens oui, au départ il y a eu plus de demande directe en pharmacie. », « Euh... là je pense oui effectivement ça... ça a dû avoir un impact important puisque bah c'est vrai qu'au départ on a dit aux gens " restez chez vous, ne consultez plus ". Heureusement qu'ils se sont relativement rendus vite compte de leur erreur d'avoir fait ça. [...] Bah, nous on a toujours continuer à travailler, c'est plus pour les spécialistes. Les spécialistes qui avaient arrêté les consultations euh de rhumato, de... même si je n'ai jamais vraiment compris pourquoi. Mais bon. », « mais bon il y a quand même des gens... Il y a eu tout de même des conséquences néfastes hein on a même arrêté les vaccins... ».*

3.7.3. Après le Covid

Deux courants se dégagent chez les médecins généralistes interrogés : pour certains il y a eu un impact sur leur patientèle et pour d'autres aucun. Comme dit ci-dessus par E5, le Covid a *« laissé des traces »*.

D'après E3 l'automédication par AINS a baissé après la pandémie : *« ça a réduit parce que les gens ils ont eu peur maintenant un peu plus avec la pandémie vue que c'était contre indiqué de prendre des anti-inflammatoires seuls, donc c'est vrai qu'ils s'automédiquent un peu moins mais...voilà. [...] Et tu trouves ça bizarre les anti-inflammatoires qu'il y a eu une réduction ? Moi je trouve que ça a diminué parce que les gens ils avaient peur de prendre des anti-inflammatoires. C'était contre indiqué quand on avait le Covid et du coup ils en prennent vraiment moins. ».*

Comme mentionné précédemment, E6 exprimait son avis selon lequel le Covid *« avait fait du bien »* en incitant les patients à réduire leur consommation d'AINS en automédication.

E8 quant à lui, soulignait le fait que la crise Covid avait permis aux patients de gagner en autonomie : *« Vu qu'ils n'avaient pas accès au médecin, ils prenaient la liberté de*

s'automédiquer quoi. Et du coup c'est resté après le Covid. Fin c'est plus comme ça que je le ressens quoi. ».

L'autre courant chez les médecins généralistes portait sur le fait que l'après pandémie n'était pas différent de l'avant. E12 disait d'un ton désinvolte : *« Maintenant c'est revenu comme (rires) comme au départ (rires) ils ont vite oublié (rires) [...] C'est comme les mesures de prévention, ça a été vite zappé. ».*

Les habitudes hors crise sanitaire n'ont pas changé d'après E4 : *« Euh. Par contre là on revoit des réutilisations régulières. [...] Donc ils retournent à leurs vieux démons on va dire entre guillemets (rires). ».*

Il semble que l'éducation par la peur qu'a inspiré la crise sanitaire n'a pas duré dans le temps d'après ces médecins. E11 déclarait : *« Oui. Enfin aujourd'hui, je pense que c'est complètement oublié. [...] Les habitudes sont revenues. ».* E1 clôturait la question par : *« Mais, aujourd'hui, c'est déjà oublié. On est à deux ans de la pandémie, c'est déjà oublié. ».*

4. DISCUSSION

4.1. Résultats principaux

Notre étude sur la perception de l'automédication par les médecins généralistes révèle plusieurs points importants. Tout d'abord, l'automédication est globalement définie comme la prise de médicaments sans prescription médicale et sans avis médical en amont. Cette pratique est réalisée dans le but de soulager un symptôme ou une douleur. Elle est souvent liée à des médicaments disponibles à domicile ou sans ordonnance chez le pharmacien, comme les AINS.

Pour les participants, être médecin généraliste c'est avoir plusieurs missions. Informer et protéger le patient semblent les missions principales qui encadrent la gestion de l'automédication. Les participants se voient comme des éducateurs, devant informer leurs patients sur les risques et les bonnes pratiques, notamment autour des AINS. Ils soulignent la nécessité de vigilance pour éviter des interactions médicamenteuses dangereuses et insistent sur leur rôle de garant de la sécurité des patients.

Par ailleurs, certains médecins expriment des réserves, voire une méfiance, concernant l'autonomie des patients, en raison du risque de mésusage des médicaments. L'automédication est perçue par certains médecins comme un manque de valorisation de leur savoir, notamment lorsque les patients se tournent en priorité vers d'autres sources d'information avant de consulter (Internet, leurs proches, etc.). Face à ces comportements, des médecins expriment une lassitude.

Devant ce recours à la pratique de l'automédication des patients par AINS, la plupart des médecins s'adaptent en utilisant cette pratique à leur avantage alors que d'autres la subissent. Certains évoquent plusieurs facteurs qui favorisent l'acceptation de l'automédication par AINS. L'un des facteurs clés est la connaissance approfondie de leur patientèle, ce qui leur permet d'adapter leur discours et de mieux comprendre les besoins et limites de chaque patient. Des médecins soulignent que le fait de connaître leurs patients sur plusieurs générations facilite la relation de confiance, ce qui permet d'encourager une automédication responsable et sécurisée. Un autre facteur est la réflexion continue des médecins sur leur pratique, ce qui les amène à ajuster leurs recommandations en fonction de l'évolution des connaissances médicales et des situations individuelles. Plusieurs participants sont aussi favorables à l'idée d'une

automédication dirigée, où le patient est bien informé et encadré dans l'utilisation des AINS pour des pathologies simples ou récurrentes, comme les migraines ou les douleurs articulaires.

Enfin, il est reconnu que l'automédication peut être un outil pour éviter des consultations jugées inutiles ou pour gérer les symptômes en première ligne, à condition que le patient ait été bien formé. Dans ce contexte, la possibilité de déléguer certaines tâches au pharmacien est vue comme un moyen d'optimiser leur propre pratique et de gagner en confort de travail, tout en garantissant la sécurité des patients.

4.2. Les biais et limites

4.2.1. Biais de novice

Nous avons conscience que ce travail de recherche est le premier de ce type que j'ai réalisé. En ce sens il peut s'agir d'une limite de ce projet. Un encadrement rigoureux de ma directrice de thèse à chaque étape du projet m'a permis de renforcer mes compétences, tant sur le plan de la technique d'étude que des analyses. Le maintien d'un journal de bord sur l'ensemble de la période de travail et l'appui sur les ouvrages littéraires susnommés dans la partie « 2.4. Matériel et méthodes ; Type d'étude » m'ont été d'un grand soutien. J'ai pu affiner ma technique d'entretien au fur et à mesure de mon travail de collecte des données auprès des participants.

4.2.2. Biais de sélection

Notre échantillon s'est construit sur le principe de l'itération. Le profil de la personne interrogée était sélectionné selon les résultats du dernier entretien et le besoin d'adapter certaines caractéristiques pour l'entretien suivant. Cet échantillon a été réalisé au sein des connaissances de la personne chargée des entretiens, c'est-à-dire moi-même, ce qui a pu être un biais de sélection. Bien que le fait que l'auteur connaisse ces personnes puisse constituer un frein à une confession honnête et transparente, cela peut également être un gage d'un climat de confiance et de bienveillance.

Enfin, au cours des entretiens, j'ai remarqué qu'afin d'avoir une réponse la plus adaptée concernant la question sur l'impact du Covid, il aurait fallu ajouter un critère d'exclusion en rapport avec la date de début d'exercice. Idéalement celle-ci aurait dû être antérieure au début de la crise sanitaire.

4.2.3. Biais d'instrument

En réalisant le tableau des caractéristiques de l'échantillon, j'ai remarqué que la question sur le début d'activité des médecins manquait de précision. Certains médecins ont répondu en nommant la date du début de leurs remplacements et d'autres ont répondu par leur date d'installation.

4.2.4. Biais liés à la méthode de collecte de données

J'ai pu observer un biais de temps. Certains entretiens ont été réalisés sur la pause du déjeuner des médecins généralistes, ou sur leur temps de réalisations des visites. En soi il est arrivé que l'interrogé soit pressé par son emploi du temps. Cette contrainte a été acceptée afin de pouvoir malgré tout réaliser l'entretien mais nous avons bien conscience que ce choix a pu impacter la qualité et la longueur de la réponse du participant.

Un des entretiens a été réalisé en visio-conférence. Il s'agit d'un biais de mode de support qui peut entraîner un biais de communication, un biais lié au cadre et un biais d'attention. Malgré la bonne qualité de l'image, on peut suspecter que la communication non verbale ne soit pas optimale dans ce format d'échange. De plus, il est plus facile de créer un climat de confiance et d'avoir une bonne dynamique d'interaction lorsque l'on est en face à face dans une même pièce. J'ai remarqué qu'en présentiel, les intervenants avaient tendance à avoir une plus grande concentration et un échange plus engagé sur le sujet.

4.3. Comparaison à la littérature et réflexions personnelles

4.3.1. Le recours à l'automédication

Les termes évoqués par les médecins généralistes se recoupent dans les définitions officielles qui définissent l'automédication. Comme vu dans l'article « definition of self-médication : a scoping review », l'automédication se caractérise par l'obtention du médicament et la non-participation d'un professionnel de la santé. Elle prend en compte aussi le plus souvent la source du médicament et la raison de l'automédication.(1)

Alors que la notion de consommation de médicament sans un avis de professionnel de santé fait consensus auprès de notre échantillon, la raison du recours à l'automédication n'est pas systématiquement évoquée. Il semble que le médecin perçoive d'abord l'impact de l'automédication sur sa propre pratique avant de prendre en compte l'objectif légitime du patient dans ce choix. Ce point n'a pas été soulevé dans la littérature à notre connaissance.

Les participants expliquent le recours à l'automédication dans le but d'un soulagement rapide. Soit parce qu'il s'agit d'un problème aigu comme une douleur, soit parce que les délais de consultations sont jugés trop longs par la patientèle. On retrouve dans la littérature des points similaires. Les patients ont recours à l'automédication pour un souci médical jugé par eux-mêmes bénin ou passager. Ils ont aussi recours à cette pratique pour des problèmes médicaux déjà connus qui ont pu être l'objet d'une prescription antérieure.(18)

Un rapport d'information du Sénat souligne que l'automédication est, comme mentionnée par les participants de notre étude, une réponse aux délais de consultation des zones sous dotées en médecins et à leur charge de travail.(19) Devant une progression des déserts médicaux (20)(21), les pouvoirs publics souhaitent mettre l'accent sur la pratique de l'automédication (22) au dépend de l'avis des professionnels de santé comme le souligne Sylvie Fainzang dans son ouvrage « l'automédication : une pratique qui peut en cacher une autre ».(23) L'auteure mentionne que le recours à l'automédication par le patient peut être une stratégie d'évitement de la consultation du médecin généraliste. Suite à une mauvaise expérience avec leur médecin traitant, certains patients préféreraient se soigner via leurs propres moyens par le pharmacien ou directement par le spécialiste.

La sécurité sociale et les pouvoirs publics ont mis en place le déremboursement de plusieurs médicaments à PMF dans le but de réaliser des économies. Ceci favorise également la pratique de l'automédication.(24)

Concernant l'automédication pendant la période Covid, E5 parle d'un manque d'accès aux soins qui a favorisé l'automédication. Cette conjoncture a également été remarquée au niveau mondial comme le mentionne cet article sur la région arabe.(25)

Le médecin généraliste se considère comme un homme de terrain et un observateur, notamment pendant la crise sanitaire. À la suite de cette expérience, un collectif de médecins généralistes a fondé l'association « médecins solidaires ». Elle propose de mettre en lien des médecins en

activité ou retraités (avec une activité dans la dernière année). Les médecins participant à l'association s'engagent à faire une semaine en zone sous dotée dans l'année. Aujourd'hui, le réseau compte une centaine de médecins.(26)

D'autres généralistes lors de nos entretiens ont plutôt constaté une baisse de cette pratique notamment pour les AINS lors de la première vague de Covid-19.

Beaucoup expliquaient ce phénomène par la communication massive des médias sur le manque de connaissance, entraînant un risque d'utiliser cette classe pharmaceutique sur le SRAS-CoV-2. Cette observation a été confirmée dans une thèse de pharmacologie.(27) Les conclusions dans ce travail montraient que la pandémie Covid a eu un impact dans notre société. D'une part, il est souligné l'importance de l'influence que les médias ont eue, autant dans l'information que dans la désinformation du grand public. D'autre part, après la baisse de consommation d'AINS en automédication observée pendant la pandémie, une nouvelle augmentation est attendue dans les prochaines années.

Les autres médecins de notre étude ont un avis partagé sur l'impact de la pandémie sur l'automédication par AINS.

Cette thèse confirme également le sentiment d'isolement que les médecins généralistes ont pu ressentir face aux manques d'informations claires de l'ANSM sur l'utilisation des AINS pendant cette période. Cette analyse concorde avec l'opinion de E5.

Dans notre étude, nous avons remarqué que les médecins expriment une grande méfiance concernant l'origine des sources de leurs patients, notamment concernant les médias et les réseaux sociaux.

Selon une étude suisse(28), parmi les sources de connaissance et de choix de médicaments en automédication, ce sont les proches qui sont le plus souvent à l'origine d'informations erronées, dans la mesure où elles viennent d'expériences personnelles ou de croyances. Internet était une autre source d'information. Des sites de diagnostic semblaient douteux aux auteurs. Les sites Internet proposaient un diagnostic précis en se basant sur un simple symptôme. Cela ne semblait ni réaliste, ni fiable. Il y a également des livres et la presse dont le contenu peut être sérieux comme discutable. La télévision est également une source de multiples informations, qui sont accessibles au plus grand nombre. Les auteurs soulignent leur intérêt pour les émissions médicales telles que « le magazine de la santé » sur France 5 qui permet d'avoir des

connaissances par des professionnels de la santé. Le marketing des magazines santé (fourni par exemple en pharmacie) et les publicités cherchent à atteindre le patient qui devient consommateur. Celui-ci manifeste alors une exigence lorsqu'il se présente en position de sachant devant les professionnels de santé.

Ainsi, parce que le consommateur pense avoir été informé, il se trouve légitime de venir demander directement ce qu'il lui faut telle une liste de courses chez le pharmacien ou le médecin. Ce point sera abordé plus loin dans la discussion.

On peut également mentionner la communication sur différents sujets médicaux, d'organismes de complémentaire santé. Ainsi, en effectuant des recherches, nous avons remarqué que plusieurs mutuelles parlaient d'automédication en citant les chiffres chocs des sociétés savantes. Un lien hypertexte dans l'un de leurs articles renvoyait vers une offre de la mutuelle pour la prise en charge des traitements PMF, incitant à « renforcer leur couverture santé ».(29)(30)

La révolution de l'intelligence artificielle (IA) marque un tournant ces dernières années et notamment dans la santé. L'IA est déjà utilisée en médecine, notamment pour la rédaction de courriers ou en radiologie pour l'aide à la lecture de certaines images.(31) Elle peut renforcer la relation médecin-malade, comme ont pu le constater ces oncologues des CHU de Rouen et du Mans. Une application sur smartphone de dépistage de rechute du cancer du poumon a été mise en place pour leurs patients. Le patient en rémission de retour à domicile, rentre chaque mois ses symptômes dans l'application qui, par un algorithme, peut détecter avant les rendez-vous de suivi, les signes d'une rechute. En revanche, l'intelligence artificielle peut détériorer cette même relation médecin-malade lorsque le patient l'utilise en substitution d'un professionnel de santé. Il existe des applications de diagnostic médical telles que « Ada – contrôle ta santé ». Il ne s'agit pas de télémédecine (32) mais d'un « médecin de synthèse ». Ce type d'application oriente le patient vers un médecin si l'IA détermine qu'il s'agit d'une pathologie bénigne ou non. Ce type d'outil peut également inciter à l'automédication. Dans un contexte aussi flou de diagnostic et de prise en charge par soi-même, les risques de retard de prise en charge et de mésusage ne sont pas négligeables. Ce nouvel outil soulève aussi la question de l'utilisation de nos données personnelles.(33)

D'après une autre étude, on note que pendant la crise Covid-19 l'environnement numérique (réseaux sociaux, médias, publicités, Internet) a pu véhiculer une infodémie massive. Selon l'OMS « l'infodémie est une surabondance d'informations, tant en ligne que hors ligne. Elle se

caractérise par des tentatives délibérées de diffuser des informations erronées afin de saper la riposte de santé publique et de promouvoir les objectifs différents de certains groupes ou individus. ». D'après cette même étude, l'automédication a été le moteur de beaucoup d'effets indésirables parfois sévères.(34)

Dans notre travail, les médecins généralistes se montrent compréhensifs et justifient la plupart du temps le recours à l'automédication de leurs patients. Cependant, cette pratique est loin d'être approuvée et soulève notamment le risque d'effets secondaires.

4.3.2. Sécurité du patient : une préoccupation majeure

L'ensemble des omnipraticiens mentionne que leur principale inquiétude dans l'automédication, et d'autant plus par AINS, est le mésusage. Sa définition d'après le ministère de la santé est « l'utilisation intentionnelle et inappropriée d'un médicament ou d'un produit, non conforme à l'autorisation de mise sur le marché ou à l'enregistrement, ainsi qu'aux recommandations de bonnes pratiques. ».(35) Une thèse menée sur l'utilisation des AINS en tant qu'antalgique par des patients drépanocytaires, objective un surdosage entre 42 et 63 % chez les adultes.(36) Cette inquiétude se justifie par le risque important des effets indésirables des AINS.(37)

Les solutions utilisées pour pallier au mésusage dans notre étude sont le plus souvent en lien avec la communication. E8 parle de « devoir d'explication ». La pédagogie employée par les participants est le cœur de la prévention primaire et secondaire du mésusage. Elle fait partie des missions du médecin de famille. Dans cette étude il est mis en valeur que la relation médecin-malade est au centre de l'adhésion au traitement et à son bon usage. La pédagogie est abordée de différentes façons par le médecin au nom de son bien-être.

La relation paternaliste est déterminée par le choix du médecin qui s'impose au patient. Dans notre étude deux médecins de sexe féminin qui ont entre 30 et 39 ans s'approchaient de cette méthode. On peut s'interroger sur pourquoi le profil du jeune médecin femme utilise ce modèle désuet et controversé, à l'air de l'autonomie du patient.

D'après la littérature, le paternalisme part du principe que le médecin est omniscient et décide pour le patient dans son intérêt et sans demander son avis. C'est une relation unilatérale.(38) L'évolution de la médecine s'écarte de ce modèle pour se rapprocher de l'éducation

personnalisée du patient et l'inclure dans les choix sur sa propre santé. Il est probable qu'étant jeunes diplômées, ces médecins ressentent une légitimité d'experte dans leur domaine en opposition au patient incompetent. Leur mission est le soin du patient et sa sécurité. Seul le médecin peut le garantir et ce grâce à sa position de sachant.(39) Par ce comportement, ces médecins cherchent peut-être à s'imposer ou à justifier leur légitimité de soignant. Cependant, dans des situations d'automédication voir de mésusage, ces participantes prenaient un temps d'explication du bon usage du médicament et des risques de l'inobservance.

Les autres participants à nos entretiens employaient le modèle informatif ou interprétatif. L'un expose la maladie au patient et l'autre va plus loin en développant les moyens thérapeutiques disponibles. Ainsi, dans ce dernier modèle, le patient a toutes les clés pour comprendre et choisir sa prise en charge.(40)

Du côté des autorités publiques, des outils sont mis en place pour lutter contre le mésusage. Dans l'étude susmentionnée, il est souligné l'importance d'un travail en commun avec le pharmacien. Il ressort des entretiens que les médecins émettent des doutes sur la délivrance de conseils par les pharmaciens sur l'utilisation des AINS. Ce doute peut être un frein au travail complémentaire que doivent fournir les médecins et pharmaciens dans la prise en charge thérapeutique et le suivi.

Une enquête transversale observationnelle a été réalisée dans les pharmacies de Caen en 2020 sur « l'attitude du pharmacien face à une demande d'ibuprofène sans ordonnance » dans un contexte d'odynophagie fébrile. Sur trente-neuf pharmacies, seulement trois ont refusé de donner l'ibuprofène.

Cette enquête a été réalisée après que le gouvernement ait décrété la nécessité de retirer les AINS en accès libre et qu'ils soient placés derrière le comptoir de pharmacie.(41) Cette mesure a été mise en place pour renforcer la sécurité d'utilisation par le conseil systématique et le contexte de prise du médicament. Il est à noter que le gouvernement recommande de « *mettre à disposition du public les informations émanant des autorités de santé relatives au bon usage des médicaments de médication officinale* » concernant les PMF en libre accès.(10)

Un article propose la mise en place de brochures explicatives de bon usage des AINS. Au cours de nos recherches nous avons remarqué que beaucoup de thèses sur l'automédication, proposent des fiches de ce type à destination des patients.(42)

Malheureusement dans notre pratique quotidienne, nous n'avons jamais eu en main ce type de fiche informative sur l'utilisation des AINS pour les patients, que ce soit en pharmacie (en tant que patiente) ou en cabinet.

Le dossier médical partagé (DMP) a été intégré dans la loi en 2004 mais son utilisation et accès ont été simplifiés et depuis diffusés en 2018.(43) L'objectif du dispositif est l'amélioration de la qualité du soin par la lutte contre le mésusage et vise à développer le partage d'informations. Le DMP est accessible par le patient et les professionnels de santé.(44) Il permet de renforcer la collaboration entre les acteurs de santé par le partage de données de soin essentielles du patient. Ce moyen permet d'éviter la prescription en doublon, les contre-indications de délivrance, les risques liés à une comorbidité, entre les différents acteurs et d'avoir accès à des données sur la santé du patient.

Toujours dans l'idée de lutter contre le mésusage, le bilan partagé de médication (BPM) peut être mis en place par le pharmacien à la demande du patient.(45) Le pharmacien peut également le proposer. Le BPM a été créé en 2018 afin de permettre à des patients ayant une pathologie chronique d'avoir un suivi personnalisé par le pharmacien, en collaboration avec le médecin. Le logiciel officinal réalise une première sélection des patients éligibles au dispositif. Les résidents des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) et les patients de plus de 65 ans sont éligibles dès que leur traitement comprend plus de cinq médicaments chroniques et pour une durée supérieure ou égale à six mois (affection de longue durée ou non).(46)

Ce processus peut également assurer le suivi des soins lors du retour à la maison d'un patient après une hospitalisation. En pratique, il s'agit de plusieurs entretiens annuels avec le pharmacien. Un bilan fréquent est fait sur la prise médicamenteuse du patient. Lorsqu'il y a un changement de traitement, une consultation avec le médecin généraliste est obligatoire.(47)

De multiples campagnes de sensibilisations ont été réalisées par le gouvernement et l'ANSM comme celle de 2012 qui mentionne « le médicament n'est pas un produit comme les autres ».(48) La dernière campagne de publicité de l'ANSM en 2023 prône le slogan « Les médicaments ne sont pas des produits ordinaires, ne les prenons pas à la légère ! ».(49)

En résumé de cette partie, notre étude montre que les médecins sont méfiants devant l'utilisation de l'automédication. Ils sont inquiets des risques possibles par le mésusage. La pédagogie est

l'outil principal qu'ils utilisent. Par ailleurs, l'évolution de notre société ainsi que les mesures mises en place par les pouvoirs publics pour lutter contre le mésusage rendent nécessaire une collaboration étroite entre les pharmaciens et les médecins généralistes. La charge de travail et le manque de temps sont des pressions que subissent les professionnels de santé.(50) L'accompagnement du patient par ces professionnels de santé via leurs conseils semble être la clé d'une automédication raisonnable et sécurisée. Mais les pressions qu'ils subissent semblent être un frein. L'identification des outils et leur développement pour réaliser ce travail collégial est peut-être une piste à explorer.

4.3.3. De l'automédication dirigée à l'épuisement du médecin généraliste ?

Les médecins généralistes s'accordent sur le besoin d'une automédication encadrée. Cette notion est partagée par l'OMS. La période Covid et les difficultés d'accès au soin ont montré un besoin pour le patient d'être capable d'autonomie dans des circonstances exceptionnelles.

L'OMS recommande le développement de « l'auto prise en charge » dans chaque pays. Cette indication a été renforcée suite à la pandémie et aux crises sanitaires mondiales (famine, épidémie). L'organisme estime que d'ici 2030 il manquera 18 millions d'agents de santé.(51) Il s'en dégage une nécessité de former les novices à l'autodiagnostic et l'autosoin.

L'autosoin se caractérise « par le renvoi à la consommation d'un produit ou service de santé au sens large, utilisé pour résoudre un problème de santé, acheté ou réutilisé sans avis médical » d'après Sylvie Fainzang citée dans un travail de recherche de 2013.(52)

Une thèse de 2019 précise que cette démarche doit se faire sous la bienveillance du médecin généraliste.(53) Chez la plupart de nos participants, cette bienveillance était manifestée.

Nous avons remarqué que les médecins se considèrent comme les garants de la sécurité des patients par leur rôle de sachant. En ce sens, ils expriment le fait d'être indispensables dans la prise en charge de la santé de leurs patients.

Dans la littérature médicale, le médecin généraliste est reconnu comme ayant une place centrale dans la santé du patient. Il est le coordinateur de soin.(54)(55) Une méta analyse de 2011 objective que l'affect du médecin a une place importante dans la prise en charge du patient lors des consultations. Le médecin doit faire preuve d'empathie afin de se projeter dans la problématique du patient. Le patient est sensible à la qualité de l'attention reçue et par la nature de la relation thérapeutique.(56)

Cette prévention du risque par la transmission de son savoir permet une automédication encadrée qui donne une autonomie au patient. L'anthropologue Sylvie Fainzang mentionne le désir du patient de s'émanciper de l'autorité du médecin. Il souhaite affirmer son indépendance et son autonomie à l'égard de sa santé.(57)

Comme on a pu l'énoncer plus haut dans la discussion, la surinformation par les médias et Internet donnent accès au patient à un savoir obtenu autrement que par le médecin. Ce bain d'informations rend le patient mieux informé et il paraît plus responsable. Ce dernier devient impatient, et la consultation devient une forme de dictée sur ordonnance comme le dit Patrice Queneau, médecin généraliste, dans son ouvrage « Automédication, autoprescription, autoconsommation ».(58) Ce point de vue concorde avec la pression de prescription ressentie par les médecins pendant nos entretiens.

En parallèle de l'éducation donnée à leurs patients, quelques médecins de notre étude expriment une prise de distance une fois le patient formé. Cette réaction montre un besoin de se protéger comme le mentionne cette étude sur les émotions du médecin généraliste face à leurs patients.(59) Elle permet de préserver la relation médecin-malade. Le médecin généraliste, une fois son savoir transmis, s'affranchit de toutes responsabilités face à un éventuel mésusage de son patient éduqué.

D'autre part, à la suite de ce gain de connaissance, la position de sachant du médecin est remise en cause par le patient. Chez certains de nos participants, cette exigence de prescription entraîne un sentiment de dévalorisation de leur savoir et de leur position centrale du soin. Les patients sont de plus en plus impliqués et leurs demandes deviennent de plus en plus exigeantes. Dans la méta analyse susmentionnée, la notion de rapport de pouvoir et d'un déséquilibre entre le médecin et le patient sont décrites. 71,6% des médecins interrogés déclarent que les patients sous-estiment leur qualité de travail.(56).

L'empathie est une force dans la relation médecin-malade. Mais elle est également considérée comme une faiblesse car peut être à l'origine d'un épuisement professionnel.

Dans notre étude, deux médecins généralistes adoptent une attitude cynique face aux comportements abusifs d'automédication avec des AINS, de la même manière qu'ils le font face à la pression liée aux résultats. Cet état du médecin a été également rapporté par l'article précédemment cité. Ce cynisme montre un épuisement émotionnel du médecin.

Cette lassitude l'empêche d'avoir un contact émotionnel convenable avec le patient. Il est observé alors une dégradation de la relation médecin-malade.

Un article traitant du burn-out chez le médecin généraliste expose que le cynisme pouvait être le précurseur d'une attitude détachée envers le patient ou d'une dépersonnalisation de celui-ci. On entend par là que le patient est incarné par sa pathologie et n'est plus considéré dans sa globalité.(60)

4.3.4. Perspectives

L'évolution de notre société tend vers la pratique de l'automédication. Les participants de notre étude en sont conscients. Pour permettre une utilisation sécurisée de cette pratique il est essentiel que le médecin généraliste s'en saisisse.

L'éducation personnalisée de la patientèle est essentielle. Cependant, certains médecins généralistes manifestent des réticences, leur principal argument étant l'inquiétude et la méfiance vis-à-vis des risques potentiels pour la sécurité des patients. On peut proposer des solutions pour y pallier.

Les hypothèses d'améliorations sont multiples : accorder un temps lors de la consultation sur la prévention des risques de l'automédication par AINS, le valoriser par une cotation dédiée à l'éducation et l'autonomisation du patient sur les AINS.

Une cotation pourrait être réalisée une seule fois comme la CCP dans le contexte de prévention. On pourrait proposer l'affichage des posters dans les cabinets médicaux et pharmacie sur les campagnes de prévention d'utilisation des AINS.

Il pourrait être envisager la diffusion des campagnes de sensibilisation sur des écrans de télévision dans les salles d'attente comme nous avons pu déjà le voir dans certains cabinets pour d'autres thèmes.

Comme souligné précédemment, des fiches explicatives existent sur le bon emploi des AINS. Elles pourraient être mises à disposition dans les salles d'attente ou être délivrées en consultation dédiée à la prévention.

Une étude pourrait être menée sur les types d'outils jugés les plus utiles par les médecins et les patients pour lutter contre le mésusage. Il serait possible d'établir une comparaison afin de développer la stratégie la plus appropriée pour les deux parties prenantes.

Le problème reste que le temps de consultation est limité. Dans ce contexte, un partenariat avec les différents acteurs de soin est essentiel pour bien accompagner le patient. Le pharmacien est un des piliers de ce travail collégial par la délivrance de ses conseils lors de la vente d'AINS.

Il serait possible de déléguer davantage certaines tâches comme l'éducation approfondie et personnalisée du patient à d'autres professionnels de santé comme l'infirmière du réseau Azalée. Le médecin généraliste resterait le coordinateur de soin et adresserait le patient au professionnel indiqué.

Ouvrir la prévention aux dispositifs déjà existants, permettrait d'identifier les profils de patients les plus à risque de mésusage et d'intervenir s'il est déjà installé. Nous rappelons que la clé de voûte au bon fonctionnement d'une nouvelle organisation pluridisciplinaire est la communication.

Dans notre étude, on constate que les médecins généralistes réalisent déjà cette mission d'information dès qu'elle est nécessaire, que ce soit en prévention ou en correction du mésusage. Néanmoins, les participants exprimaient une lassitude devant l'inobservance de leurs conseils.

La fatigue causée par la répétition face aux oublis des patients est d'autant plus présente après les observations concernant la consommation d'AINS pendant et après la période Covid.

On peut se demander comment aider le médecin généraliste à faire adhérer le patient à son discours.

Y a-t-il des éléments qui opposent le patient aux conseils des médecins généralistes ?

Les médecins généralistes doivent-ils devenir plus convaincants et se "vendre" comme un produit de la société de consommation pour accomplir leurs missions ?

Quels outils sont à leur disposition pour cela ?

Les médecins généralistes ont tendance à avoir des sentiments négatifs dans ce contexte d'automédication. Ils ressentent une remise en cause de leur savoir, de la légitimité de leur rôle de coordinateur de soin et de leurs missions.

On peut se demander comment le médecin généraliste perçoit l'évolution de son métier entre la place que prend la technologie et l'émancipation du patient concernant sa santé.

5. CONCLUSION

Notre étude a permis de mettre en évidence la dualité du ressenti du médecin généraliste sur l'automédication par AINS de leurs patients. Néanmoins, un sentiment négatif domine pour plusieurs points.

L'aspect majeur est l'inquiétude déclenchée par la consommation non contrôlée d'AINS des patients. Cette pratique tend à être de plus en plus banalisée par les autorités de santé et le patient alors qu'elle peut être à risque de mésusage et d'effets secondaires. Le médecin se retrouve impuissant face à une consommation de médicaments qui lui échappe malgré les conseils de prévention et l'information sur le bon usage.

De plus, la pratique de l'automédication remet en cause la place du médecin. Le patient a recours à ce processus lorsqu'il n'a pas accès au soin ou qu'il ne souhaite pas consulter son médecin. Le généraliste se sent dévalorisé en tant que professionnel de santé, car les avis des autres ne répondent pas à ses attentes.

L'automédication a un impact important sur la relation médecin-malade. Elle peut être un outil autant utile au médecin qu'au patient. La notion d'automédication responsable (ou dirigée) est de plus en plus utilisée. Elle est caractérisée par la formation personnalisée du patient à travers la transmission d'une partie des connaissances du médecin. Ce partage favorise l'autonomie du patient et laisse place à des consultations aux motifs qui requièrent davantage l'attention de l'expert médical. Cela lui permet un gain de temps et améliore son confort de travail. Pour le médecin, ce rôle de pédagogue fait partie de ses missions principales autour de l'automédication par AINS. L'empathie et la bienveillance sont essentielles dans cette démarche d'encadrement. Elles permettent une confiance réciproque de qualité.

Mais l'automédication du patient peut aussi être le synonyme d'échec thérapeutique du médecin. Devant le risque important de mésusage, le généraliste est sans cesse obligé de répéter ses informations et mises en garde concernant les AINS. Une lassitude et une fatigue s'installent. Cet effort vain a été d'autant plus marqué pendant et après la pandémie de Covid. En effet, certains de nos confrères remarquent que la pandémie a pu avoir un impact positif sur l'enrichissement des connaissances sur les AINS. Mais à quatre ans de la première vague de Covid-19, cet enseignement semble ne plus être appliqué par la population, voir même oublié.

Ces émotions sont souvent le reflet d'une relation médecin-malade qui se détériore. Ce contexte peut entraîner le professionnel de santé vers l'épuisement.

L'automédication, et notamment par AINS, n'est pas une pratique à banaliser. Elle doit continuer d'être une préoccupation de santé publique en France. Le médecin généraliste est l'un des principaux acteurs de la sécurité du patient et de la lutte contre le mésusage. Cette joute ne doit pas être le synonyme d'épuisement. Le métier passion du médecin ne doit pas le consumer. La consommation d'AINS doit être accompagnée par l'équipe de professionnels de santé afin d'en éviter les dérives.

6. BIBLIOGRAPHIE

1. Baracaldo-Santamaría D, Trujillo-Moreno MJ, Pérez-Acosta AM, Feliciano-Alfonso JE, Calderon-Ospina CA, Soler F. Definition of self-medication: a scoping review. *Therapeutic Advances in Drug Safety*. 1 janv 2022;13:20420986221127501.
2. Albou P. L'automédication. 1979 [cité 8 sept 2024]; Disponible sur: https://www.persee.fr/doc/buppsy_0007-4403_1979_num_32_342_11680#buppsy_0007-4403_1979_num_32_342_T1_0932_0000
3. vanalexis A. Automédication : de quoi parle-t-on ? [Internet]. *SoEpidemio*. 2016 [cité 9 sept 2024]. Disponible sur: <https://soepidemio.com/2016/12/02/automedication-de-quoi-parle-t-on/>
4. Organization WH. Guidelines for the regulatory assessment of medicinal products for use in self-medication. 2000 [cité 9 sept 2024]; Disponible sur: <https://iris.who.int/handle/10665/66154>
5. Conseil National de l'Ordre des Médecins [Internet]. 2019 [cité 9 sept 2024]. Automédication : les bonnes pratiques. Disponible sur: <https://www.conseil-national.medecin.fr/patient/sante/automedication-bonnes-pratiques>
6. CNOP [Internet]. [cité 9 sept 2024]. Les médicaments et autres produits de santé. Disponible sur: <https://www.ordre.pharmacien.fr/je-suis/patient-grand-public/ma-sante/les-medicaments-et-autres-produits-de-sante>
7. resopharma. [lepharmacien.fr](http://www.lepharmacien.fr). [cité 1 juill 2023]. Hausse des hospitalisations pour effets indésirables médicamenteux. Disponible sur: <http://www.lepharmacien.fr/blog-pharmacien/article/hausse-des-hospitalisations-pour-effets-indesirables-medicamenteux-1>
8. Montastruc JL, Bondon-Guitton E, Abadie D, Lacroix I, Berreni A, Pugnet G, et al. Pharmacovigilance : risques et effets indésirables de l'automédication. *Therapies*. 1 avr 2016;71(2):249-55.
9. vanalexis A. Automédication : quels sont les enjeux ? [Internet]. *SoEpidemio*. 2017 [cité 8 sept 2024]. Disponible sur: <https://soepidemio.com/2017/01/04/automedication-quels-sont-les-enjeux/>
10. Décret n° 2008-641 du 30 juin 2008 relatif aux médicaments disponibles en accès direct dans les officines de pharmacie - Légifrance [Internet]. [cité 27 sept 2024]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFARTI000019103895>
11. dossier_de_presse_-_Librea_acces_medicaments.pdf [Internet]. [cité 10 sept 2024]. Disponible sur: https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/dossier_de_presse_-_Librea_acces_medicaments.pdf
12. Anger V. Automédication par anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS): état des lieux des connaissances et des pratiques de patients dans la Somme en 2018.
13. affiche.pdf [Internet]. [cité 10 sept 2024]. Disponible sur: <https://uspo.fr/wp-content/uploads/2020/01/affiche.pdf>

14. EPI-PHARE [Internet]. 2021 [cité 1 août 2023]. Covid-19 : usage des médicaments - rapport 6. Disponible sur: <https://www.epi-phare.fr/rapports-detudes-et-publications/covid-19-usage-des-medicaments-rapport-6/>
15. Younes MA. Quelles conséquences la pandémie COVID-19 a-t-elle eu sur la prise en charge thérapeutique des patients ainsi que sur la prise en charge médicamenteuse de la douleur : cas des AINS.
16. Lebeau JP, Aubin-Auger I, Cadwallader JS, al et, francophone (GROUMF) G universitaire de recherche qualitative médicale. Initiation à la recherche qualitative en santé : Le guide pour réussir sa thèse ou son mémoire. Saint-Cloud: Global Média Santé; 2021. 192p.
17. Faire sa thèse – CNGE [Internet]. [cité 2 oct 2024]. Disponible sur: <https://www.cnge.fr/la-recherche/faire-sa-these/>
18. Torreton F. Facteurs, modalités et risque de mésusage de l'automédication avant une consultation médicale. Étude quantitative sur une population de patients consultant leur médecin généraliste en Haute-Normandie.
19. Sénat [Internet]. 2023 [cité 27 juill 2023]. Déserts médicaux : L'État doit enfin prendre des mesures courageuses ! Disponible sur: <https://www.senat.fr/rap/r19-282/r19-282.html>
20. Caducee.net [Internet]. [cité 28 juill 2023]. 50 % en 3 ans : la spectaculaire progression des déserts médicaux en France. Disponible sur: <https://www.caducee.net/actualite-medicale/14732/50-en-3-ans-la-spectaculaire-progression-des-deserts-medicaux-en-france.html>
21. Démographie des médecins généralistes et perspectives d'évolution - Plateforme Sanitaire & Sociale | Hauts-de-France [Internet]. [cité 27 sept 2024]. Disponible sur: <https://www.pf2s.fr/actualites/sante/835-demographie-des-medecins-generalistes-et-perspectives-d-evolution>
22. Olivier B. SITUATION DE L'AUTOMEDICATION EN FRANCE ET PERSPECTIVES D'EVOLUTION.
23. Fainzang S. L'automédication: une pratique qui peut en cacher une autre. *as*. 2010;34(1):115-33.
24. Pichetti S, Sermet C. Le déremboursement des médicaments en France entre 2002 et 2010 : éléments d'évaluation. 2002;
25. Abdelwahed AE, Abd-Elkader MM, Mahfouz A, Abdelmawla MO, Kabeel M, Elkot AG, et al. Prevalence and influencing factors of self-medication during the COVID-19 pandemic in the Arab region: a multinational cross-sectional study. *BMC Public Health*. 27 janv 2023;23(1):180.
26. L'association [Internet]. Médecins solidaires. [cité 27 sept 2024]. Disponible sur: <https://medecins-solidaires.fr/qui-sommes-nous/lassociation/>
27. Amine M. Quelles conséquences la pandémie COVID-19 a-t-elle eu sur la prise en charge thérapeutique des patients ainsi que sur la prise en charge médicamenteuse de la douleur: cas des AINS.

28. Assaly A, Dürr S, Deborah S, Jeanne T, Klohn M, Villommet I. L'automédication:
29. Automédication : dangers, risques et conséquences | AÉSIO [Internet]. 2023 [cité 28 sept 2024]. Disponible sur: <https://ensemble.aesio.fr/aesio-mag/lautomedication-gare-aux-risques>
30. AÉSIO mutuelle [Internet]. [cité 28 sept 2024]. Réduisez votre reste à charge avec une surcomplémentaire santé. Disponible sur: <https://www.aesio.fr/particulier/mutuelle-sante/surcomplementaire-sante>
31. Manaouil C, Chamot S, Petit P. Le médecin confronté à l'IA (Intelligence artificielle) : Éthique et responsabilité. *Médecine & Droit*. 1 juin 2024;2024(186):50-66.
32. Section 1 : Définition des actes de télémedecine (Article R6316-1) - Légifrance [Internet]. [cité 1 oct 2024]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/codes/id/LEGISCTA000043600560/2021-06-05>
33. Lequillier C. L'impact de l'intelligence artificielle sur la relation de soin. *Journal du Droit de la Santé et de l'Assurance - Maladie*. 2017;17(3):14-20.
34. Mallhi TH, Khan YH, Butt MH, Salman M. Self-medication during the Era of COVID-19; Potential Implications for Drug Policy Makers and Pharmacovigilance. *Curr Drug Saf*. 2023;18(2):122-4.
35. soins M de la santé et de l'accès aux, soins M de la santé et de l'accès aux. Ministère de la santé et de l'accès aux soins. [cité 28 sept 2024]. Mésusage. Disponible sur: <https://sante.gouv.fr/soins-et-maladies/medicaments/glossaire/article/mesusage>
36. Deguelle N. L'automédication antalgique chez les patients drépanocytaires : usages ou mésusages ? Une enquête déclarative réalisée au CHU de Rouen. 8 avr 2014;146.
37. ANSM [Internet]. [cité 28 sept 2024]. Dossier thématique - Les anti-inflammatoires non stéroïdiens (A. Disponible sur: <https://ansm.sante.fr/dossiers-thematiques/les-anti-inflammatoires-non-steroidiens-ains-ibuprofene-ketoprofene-acide-acetylsalicylique>
38. Jaunait A. Comment peut-on être paternaliste ? Confiance et consentement dans la relation médecin-patient. *Raisons politiques*. 2003;11(3):59-79.
39. Contenus de la relation médecin-malade : place des modèles psychologiques – Académie nationale de médecine | Une institution dans son temps [Internet]. [cité 1 oct 2024]. Disponible sur: <https://www.academie-medecine.fr/contenus-de-la-relation-medecin-malade-place-des-modeles-psychologiques/>
40. Olivier-Koehret M. Le médecin généraliste face à l'usage inapproprié des traitements. *Actualités Pharmaceutiques*. 1 mai 2019;58(586):29-31.
41. de Sutter V, Guitton S, Boyer A. Attitude du pharmacien face à une demande d'ibuprofène sans ordonnance. *Actualités Pharmaceutiques*. 1 janv 2020;59(592):39-44.
42. Sivry P. Anti-Inflammatoires non stéroïdiens consommés en automédication : évaluation du niveau de connaissance de 334 patients de cabinets de médecine générale des Alpes-Maritimes.

43. 20240529-Ralfss-2024-Mon-espace-sante.pdf [Internet]. [cité 30 sept 2024]. Disponible sur: <https://www.ccomptes.fr/sites/default/files/2024-05/20240529-Ralfss-2024-Mon-espace-sante.pdf>
44. SI-Portail [Internet]. [cité 29 sept 2024]. Découvrir le DMP. Disponible sur: <https://www.dmp.fr/patient/je-decouvre>
45. flyer_bmedication_basse_def.pdf [Internet]. [cité 30 sept 2024]. Disponible sur: https://www.ameli.fr/sites/default/files/Documents/415489/document/flyer_bmedication_basse_def.pdf
46. Belenguier M. Bilan partage de médication : Enquête auprès des pharmaciens d'officine de la région Auvergne-Rhône-Alpes (connaissances, pratique officinale, attentes et avis). 11 oct 2021;141.
47. santepub_bpm.pdf [Internet]. [cité 30 sept 2024]. Disponible sur: https://urpspharmaciens-pdl.com/wp-content/uploads/2019/11/santepub_bpm.pdf
48. dossier_de_presse_-_campagne_medicaments.pdf [Internet]. [cité 9 sept 2024]. Disponible sur: https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/dossier_de_presse_-_campagne_medicaments.pdf
49. ANSM [Internet]. [cité 30 sept 2024]. Actualité - Les médicaments ne sont pas des produits ordinaires, ne les prenons pas à la légère. Disponible sur: <https://ansm.sante.fr/actualites/les-medicaments-ne-sont-pas-des-produits-ordinaires-ne-les-prenons-pas-a-la-legere>
50. Babaiantz C, Mariotti G, Milcent-Fernandez E, Salzmann M, Shams-Molkara S. L'impact des limites de temps de consultation sur l'empathie du médecin dans la prise en charge du patient.
51. Lignes directrices de l'OMS sur les interventions d'auto-prise en charge pour la santé et le bien-être, révision 2022 : résumé d'orientation [Internet]. [cité 30 sept 2024]. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/publications/i/item/9789240052239>
52. Lucas AS. L'utilisation des journaux personnels pour établir un état des lieux de l'automédication auprès d'habitants de Loire-Atlantique et de Vendée : analyse de l'outil méthodologique et étude pilote. 19 déc 2013;205.
53. Dagneaux B. Repenser l'auto-soin, expression du libre choix du patient?: analyse secondaire de 44 entretiens semi-dirigés et journaux de santé en Loire Atlantique et Vendée [Thèse d'exercice]. [Nantes, France]: Nantes Université. Pôle Santé. UFR Médecine et Techniques Médicales; 2019.
54. Le rôle et la place du médecin généraliste en France – Académie nationale de médecine | Une institution dans son temps [Internet]. [cité 30 sept 2024]. Disponible sur: <https://www.academie-medecine.fr/le-role-et-la-place-du-medecin-generaliste-en-france/>
55. Médecin traitant et parcours de soins coordonnés [Internet]. [cité 30 sept 2024]. Disponible sur: <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F163>
56. burn-out-med-geë-Hp-eëtio.pdf [Internet]. [cité 30 sept 2024]. Disponible sur: <https://www.urml-normandie.org/wp-content/uploads/2018/04/burn-out-med-ge%C4%9B-Hp-e%C4%9Btio.pdf>

57. Fainzang S. L'automédication ou les mirages de l'autonomie [Internet]. Presses Universitaires de France; 2012 [cité 7 sept 2024]. Disponible sur: <https://shs.cairn.info/l-automedication-ou-les-mirages-de-l-autonomie--9782130606550?lang=fr>
58. Queneau P. Automédication - Autoprescription - Autoconsommation. John Libbey Eurotext; 2000. 140 p.
59. Soulard C, Stamer M. Les émotions du médecin généraliste suscitées par les patients en pratique quotidienne: quelles conséquences et quelle gestion?
60. Truchot D, Roncari N, Bantégny D. *Burnout*, compliance du patient et retrait psychologique chez les médecins généralistes : une étude exploratoire. L'Encéphale. 1 févr 2011;37(1):48-53.

7. ANNEXES

7.1. Annexe n°1

Guide d'entretien

Merci de prendre de votre temps pour participer à notre étude sur le ressenti du médecin généraliste face à l'automédication par AINS. Cet entretien sera enregistré et vos réponses resterons anonymes.

I. Caractéristiques :

- Quel âge avez-vous ?
- Sexe
- Mode d'exercice : libéral, salarié ? Remplaçant, salarié ?
- Depuis quand ?
- En milieu rural, semi-rural ou en ville ?
- Quel est le profil de vos patients ? (Pédiatrie, gériatrie, actifs, mixte)

II. L'automédication par AINS

- Quelle est la définition de l'automédication selon vous ?
- Que pensez-vous du recours à l'automédication chez vos patients ?

Relance : D'après votre expérience, quels en sont les avantages et les inconvénients ?

- Pour vous quel est le rôle du médecin généraliste dans l'automédication par AINS ?
- Comment gérez-vous les situations où un patient s'automédique par AINS sans consultation préalable avec vous ?

Relance : Quelles ont pu être vos difficultés dans cette situation ?

- Selon vous, quel a été l'impact de la pandémie Covid de 2019 sur la consommation d'AINS en automédication de vos patients ?

L'entretien touche à sa fin. Je vous remercie à nouveau de votre participation

7.2. Annexe n°2

Evolution du guide d'entretien

Merci de prendre de votre temps pour participer à notre étude sur le ressenti du médecin généraliste face à l'automédication par AINS. Cet entretien sera enregistré et vos réponses resteront anonymes.

III. Caractéristiques :

- Quel âge avez-vous ?
- Sexe
- Mode d'exercice : libéral, salarié ? Remplaçant, salarié ?
- Depuis quand ?
- En milieu rural, semi-rural ou en ville ?
- Quel est le profil de vos patients ? (Pédiatrie, gériatrie, actifs, mixte)
- En moyenne combien de patients voyez-vous par jour ?

IV. L'automédication par AINS

- Quelle est la définition de l'automédication selon vous ?
- Que pensez-vous du recours à l'automédication chez vos patients ?
- D'après votre expérience, quels en sont les avantages et les inconvénients ?
- Pour vous quel est le rôle du médecin généraliste dans l'automédication par AINS ?
- Comment gérez-vous les situations où un patient s'automédique par AINS sans consultation préalable avec vous ?
- Quelles ont pu être vos difficultés dans cette situation ?
- Selon vous, quel a été l'impact de la pandémie Covid de 2019 sur la consommation d'AINS en automédication de vos patients ?

L'entretien touche à sa fin. Je vous remercie à nouveau de votre participation.

RESUME

Médecins généralistes de la Somme face à l'automédication par AINS de leurs patients

Introduction : l'automédication par AINS est fréquente. Elle est encouragée par les pouvoirs publics. La loi autorise certains AINS à la vente libre en pharmacie. L'OMS cible l'autonomie des patients notamment depuis le manque d'accès au soin constaté pendant la pandémie Covid-19. Cette pratique est à risque de mésusage et d'effets indésirables. Dans ce contexte, l'objectif de cette étude est de faire un état des lieux du ressenti des médecins généralistes de la Somme face à l'automédication de leurs patients par AINS.

Matériel et méthodes : il s'agit d'une étude qualitative par entretiens semi-dirigés auprès de médecins généralistes, réalisés jusqu'à saturation des données, analysés à l'aide du logiciel NVivo. La théorisation ancrée a été utilisée pour l'interprétation de la récurrence des verbatims.

Résultats : 12 médecins généralistes ont été interrogés. L'automédication est perçue par l'acte de prise d'un médicament sans avis médical, dans le but de soulager des symptômes. Les médecins généralistes ont pour mission d'informer et protéger sur cette pratique. Ils expriment de la méfiance concernant les risques de mésusage et la sécurité du patient. Certains ressentent un manque de reconnaissance de leur expertise, car les patients ont souvent recours à l'automédication avant de consulter. D'autres utilisent cette pratique à leur avantage, voyant en elle un moyen de gérer des consultations superflues et d'alléger leur charge de travail.

Discussion : l'automédication demeure une pratique à risque, notamment avec les AINS. Son utilisation est validée par les médecins, en particulier depuis les difficultés d'accès au soin pendant la crise Covid. Les médecins montrent une vigilance accrue et emploient la pédagogie pour encadrer cette pratique et éviter les conséquences négatives. Les efforts d'éducation des patients doivent être renforcés pour pérenniser des pratiques sûres. L'empathie et la bienveillance exprimées sont les fondements d'une relation de confiance entre le médecin et son patient. Cependant l'investissement du professionnel de santé et le manque de considération peuvent provoquer chez lui un épuisement.

Conclusion : l'automédication est un enjeu de santé publique. Elle répond au besoin de développement de l'autonomie du patient. Son usage provoque une dualité chez le médecin généraliste. Elle peut être un atout comme une charge dans sa pratique. Le développement de stratégies éducatives adaptées est essentiel pour soutenir une automédication responsable.

Mots clés : automédication, anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS), médecins généralistes, perception

ABSTRACT

General Practitioners in the Somme and their Response to Patients' Self-Medication with NSAIDs

Introduction: Self-medication with NSAIDs is common and encouraged by public authorities. Legislation allows certain NSAIDs to be sold over the counter in pharmacies. The WHO has increasingly focused on patient autonomy, particularly since the lack of access to healthcare observed during the COVID-19 pandemic. However, this practice carries risks of misuse and adverse effects. In this context, the aim of this study is to assess the perceptions of general practitioners in the Somme regarding their patients' self-medication with NSAIDs.

Materials and Methods: This is a qualitative study using semi-structured interviews with general practitioners, conducted until data saturation was reached. The data were analyzed using NVivo software. Grounded theory was employed to interpret the recurrence of verbatims.

Results: Twelve general practitioners were interviewed. Self-medication is perceived as taking medication without medical advice to relieve symptoms. General practitioners view their role as informing and protecting patients regarding this practice. They express concerns about the risks of misuse and patient safety. Some feel their expertise is underappreciated, as patients often self-medicate before seeking medical advice. Others see self-medication as a way to manage unnecessary consultations and reduce their workload.

Discussion: Self-medication remains a risky practice, particularly with NSAIDs. Its use has been validated by doctors, especially since the difficulties in accessing healthcare during the Covid crisis. Doctors are showing increased vigilance and use education to guide this practice and prevent negative consequences. Efforts to educate patients must be reinforced to ensure safe practices over the long term. Empathy and kindness are the foundations of a trusting relationship between the doctor and the patient. However, the healthcare professional's investment and lack of recognition can lead to burnout.

Conclusion: Self-medication is a public health issue and responds to the growing need for patient autonomy. Its use creates a dual response from general practitioners, serving both as a helpful tool and a burden. Developing appropriate educational strategies is crucial to promoting responsible self-medication.

Keywords: self-medication, non-steroidal anti-inflammatory drugs (NSAIDs), general practitioners, perception