

UNIVERSITE DE NANTES

FACULTE DE MEDECINE

Année 2016

N° 117

THESE

pour le

DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE

(DES de MEDECINE GENERALE)

par

Anne Poirier

Née le 09/10/1988 à Angers (49)

Présentée et soutenue publiquement le 18 octobre 2016

L'impact de la discussion autour de l'automédication sur la prescription du médecin généraliste, lors d'une consultation pour une affection aigüe.

Enquête par observations directes auprès de médecins généralistes de Loire-Atlantique et Vendée en 2015.

Président du jury : Monsieur le Professeur Rémy Senand

Directeur de thèse : Monsieur le Docteur Laurent Brutus

Membres du jury : Monsieur le Professeur Lionel Goronflot

Monsieur le Professeur Eric Dailly

REMERCIEMENTS

Aux membres du jury

Monsieur le Professeur Rémy Senand,

Vous me faites l'honneur de présider mon jury de thèse. Soyez assuré de toute ma reconnaissance.

Monsieur le Professeur Lionel Goronflot,

Tu m'as aidé à l'élaboration de ce travail. Je te remercie sincèrement pour tes conseils.

Monsieur le Professeur Eric Dailly,

Vous me faites l'honneur de vous intéresser à mon travail et de participer à ce jury. Veuillez trouver ici l'expression de mes sincères remerciements.

Monsieur le Docteur Laurent Brutus,

Laurent, tu as su m'aider et m'apporter de précieux conseils et enseignements tout au long de ce projet. Merci pour ta rigueur, ta motivation et ta disponibilité permanente. Je t'en suis sincèrement très reconnaissante.

Aux internes ayant participé à l'étude, merci !

A toute ma famille,

Mes parents, toujours présents pour moi. Vous m'avez soutenue tout au long de ces années d'études. Si je suis arrivée là, c'est grâce à vous.

Mes frères, Etienne et Maxime, j'ai de la chance de vous avoir.

Adrien, pour ton immense soutien au quotidien et ta patience. Ton enthousiasme, tes idées qui fusent, ta joie de vivre m'ont aidé à ne pas me décourager, merci du fond du cœur.

Ma belle famille, pour les bons moments détente ensemble et les longues discussions sur l'automédication, riches d'enseignements !

Jo et Dédette, merci pour vos encouragements. Mes oncles et tantes, cousins, cousines, grands-parents, Fanny et Marie, merci pour votre soutien.

A mes amis,

Mes « mammouths » d'Angers : Manon, Annie, Rod, Clément, et bien sûr Emeline & Corto, Julie & Herm, Tom, je garde de bons souvenirs des années d'externat, de la coloc, des voyages ensemble...et j'espère bien qu'il y en aura d'autres !

Clémence, on se connaît depuis le début de ces années de médecine, déjà 11 ans...merci pour ton soutien et tous ces moments partagés.

Tom, Nono, Elo, les Lulus, CoMali, les maliens de Santé Plus : j'ai vécu de belles années associatives et de belles rencontres avec vous tous, merci.

Sha, Juju, Doudou, Florian, Cécile... les souvenirs des années ensemble à Mayotte sont encore très intenses, à quand la prochaine rando ?

Mes potes de l'internat : Fannette et nos repos de garde sur l'eau en kite, on y retourne quand tu veux ! Merci pour ton écoute et tes précieux conseils. Anita et Morgane, toujours partantes pour un apéro plage post stage, Fanny et Sylvain, souvenez vous : « remettez la musique »...

Elise et son aide précieuse en informatique.

La bande de Missillac, toujours prête à se retrouver et faire la fête.

A tous les soignants rencontrés pendant mes études, merci pour votre confiance et le partage de vos connaissances et expériences.

A mes maîtres de stage en médecine générale : Nicole, Marie-Claude, Cécile, Dominique, Bertrand et Jo, c'est un plaisir de travailler avec vous.

A l'équipe de médecine polyvalente de Saint-Nazaire et sa bonne humeur.

A tous ceux présents à la soutenance, merci !

TABLE DES MATIERES

Liste des figures	8
Liste des tableaux	9
Liste des annexes	10
Glossaire	11
1 Introduction	12
1.1 Définition de l'automédication.....	12
1.2 Historique et quelques chiffres.....	13
1.3 Profil et motivations du patient ayant recours à l'automédication.....	15
1.4 Echange médecin-patient sur l'automédication	16
1.5 Prescription et consommation médicamenteuses en France	16
1.6 Objectifs de l'étude	18
2 Matériels et méthode	19
2.1 Déroulement de l'étude	19
2.1.1 Période et lieux de l'étude :.....	19
2.1.1.1 <i>Enquêteurs</i> :.....	19
2.1.1.2 <i>Médecins</i> :.....	19
2.1.1.3 <i>Patients</i> :.....	20
2.2 Recueils de données	20
2.3 Exploitation des données.....	21
2.3.1 Création de variables :.....	21
2.3.1.1 <i>Définition de « conforme »</i> :.....	23
2.3.1.2 <i>Définition de controverses</i> :.....	25
2.3.2 Données catégorisées :.....	25
2.4 Analyse des données	26

3	Résultats	27
3.1	Population de l'étude.....	27
3.1.1	Caractéristiques des enquêteurs	27
3.1.2	Caractéristiques des médecins (tableau 1)	27
3.1.3	Caractéristiques des patients (tableau 2)	27
3.2	Principaux résultats	28
3.3	Motifs de consultation.....	29
3.4	Discussion autour de l'automédication	32
3.5	Médicaments en automédication.....	32
3.6	Conséquences de la discussion sur le comportement du médecin	34
3.7	Contenu des prescriptions	34
3.7.1	Prescriptions médicamenteuses.....	34
3.7.1.1	<i>Classes médicamenteuses prescrites (figure 3)</i>	<i>34</i>
3.7.1.2	<i>Caractéristiques des patients en fonction des classes médicamenteuses prescrites</i>	<i>35</i>
3.7.1.3	<i>Caractère PMF ou PMO des prescriptions médicamenteuses</i>	<i>36</i>
3.7.2	Examens complémentaires	37
3.7.3	Avis spécialisés	38
3.8	Facteurs influençant les prescriptions médicamenteuses	38
3.9	Description des prescriptions médicamenteuses quand il y a discussion.....	40
3.9.1	Comportements des médecins	40
3.9.2	Classes médicamenteuses prescrites	40
3.10	Caractère conforme des prescriptions médicamenteuses	41
3.10.1	Vision globale (figure 7)	41
3.10.2	Taux de prescriptions non conformes	43
3.10.2.1	<i>Avec discussion autour de l'automédication</i>	<i>43</i>

3.10.2.1.1	Sans controverse	43
3.10.2.1.2	Avec controverses.....	43
3.10.2.2	<i>Sans discussion</i>	43
3.10.3	Comparaison des 3 groupes : « modification », « reconduction » et « introduction »	43
3.10.4	Comparaison des taux de prescriptions non conformes	47
3.10.4.1	<i>Sans controverse</i>	47
3.10.4.2	<i>Avec controverses</i>	47
3.10.5	Contenu des prescriptions non conformes	48
3.10.5.1	<i>Sans les controverses</i>	48
3.10.5.2	<i>Avec les controverses</i>	49
4	Discussion.....	50
4.1	Biais de l'étude.....	50
4.1.1	Biais de sélection.....	50
4.1.2	Biais de classement	50
4.1.2.1	<i>Lié à la subjectivité de l'enquêteur :</i>	50
4.1.2.2	<i>Lié à la subjectivité des médecins enquêtés :</i>	51
4.1.2.3	<i>Lié à la subjectivité du thésard :</i>	51
4.1.2.4	<i>Lié à la période de recueil :</i>	51
4.2	Comparaison à la vague 1 de 2012.....	52
4.2.1	Comparaison des médecins et de la population étudiée.....	52
4.2.2	Discussion autour de l'automédication	52
4.2.3	Motifs de consultation.....	52
4.2.4	Médicaments de l'automédication	53
4.3	Impact de la discussion autour de l'automédication sur le comportement du médecin : une augmentation des prescriptions médicamenteuses.....	54

4.4	Contenu des prescriptions globales	54
4.4.1	Prescriptions médicamenteuses.....	54
4.4.2	Autres prescriptions : examens complémentaires et avis spécialisés.....	55
4.5	Un taux de prescription élevé.....	55
4.5.1	Une prescription dans plus de 8 consultations sur 10	55
4.5.2	Le modèle de prescription français	56
4.5.2.1	<i>La logique de « réparation instantanée »</i>	56
4.5.2.2	<i>Prescrire : un acte sous influences multiples</i>	57
4.6	Facteurs influençant les prescriptions médicamenteuses	58
4.7	Contenu des prescriptions médicamenteuses quand il y a discussion.....	59
4.8	Caractère conforme des prescriptions médicamenteuses quand il y a discussion... 60	
4.8.1	Un taux de prescriptions non conformes de 20 à 30%	61
4.8.2	La reconduction : moins de prescriptions non conformes et une validation du comportement du patient.....	62
4.9	Les consultations sans prescription médicamenteuse	64
4.10	Perspectives	65
5	Conclusion.....	68
6	Bibliographie	70

Liste des figures

Figure 1 : Fréquence des motifs de consultation

Figure 2 : Classes médicamenteuses utilisées en automédication

Figure 3 : Classes médicamenteuses prescrites

Figure 4 : Médicaments PMF prescrits

Figure 5 : Médicaments PMF non remboursés prescrits

Figure 6 : Distribution des classes médicamenteuses (%) selon les groupes : modification / reconduction / introduction

Figure 7 : Répartition des prescriptions médicamenteuses non conformes selon les comportements des médecins

Figure 8 : Répartition des prescriptions non conformes selon les causes de non-conformité

Liste des tableaux

Tableau 1 : Caractéristiques des médecins

Tableau 2 : Caractéristiques des patients : comparaison avec la vague 1 2012

Tableau 3 : Caractéristiques des patients en fonction des motifs de consultation

Tableau 4 : Discussion autour de l'automédication

Tableau 5 : Caractéristiques des patients en fonction des classes médicamenteuses utilisées en automédication

Tableau 6 : Conséquences de la discussion autour de l'automédication sur les prescriptions

Tableau 7 : Caractéristiques des patients en fonction des classes médicamenteuses prescrites

Tableau 8 : Facteurs influençant les prescriptions médicamenteuses

Tableau 9 : Comparaison des caractéristiques des patients des 3 groupes : modification / reconduction / introduction

Tableau 10 : Comparaison des motifs de consultation des 3 groupes : modification / reconduction / introduction

Tableau 11 : Comparaison des caractéristiques des médecins des 3 groupes : modification / reconduction / introduction

Liste des annexes

Annexe 1 : Grille de recueil des données

Annexe 2 : Classification internationale des soins primaires (CISP-2)

Annexe 3 : Recommandations utilisées

Annexe 4 : Controverses

Glossaire

AFIPA : Association Française de l'Industrie Pharmaceutique pour une Automédication responsable

AINS : Anti Inflammatoire Non Stéroïdien

AME : Aide Médicale d'Etat

BPCO : Broncho Pneumopathie Chronique Obstructive

CISMEF : Catalogue et Index des Sites Médicaux de la langue Française

CISP : Classification Internationale des Soins Primaires

CMU : Couverture Médicale Universelle

CREDOC : Centre de Recherche pour l'Etude et l'Observation des Conditions de vie

DMG : Département de Médecine Générale

DREFC : Diffusion des REcommandations Francophones en Consultation de Médecine Générale

DRESS : Direction de la Recherche des Etudes de l'Evaluation et des Statistiques

EBM : Evidence Based Medecine

HAS : Haute Autorité de Santé

INSEE : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques

IPP : Inhibiteur de la Pompe à Proton

IRDES : Institut de Recherche et Documentation en Economie de la Santé

MSU : Maître de Stage Universitaire

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

ORL : Oto-Rhino-Laryngologie

OTC : Over The Counter

PMF : Prescription Médicale Facultative

PMO : Prescription Médicale Obligatoire

SMR : Service Médical Rendu

SSMG : Société Scientifique de Médecine Générale belge

UMVF : Université Médicale Virtuelle Francophone

WMA : Association Médicale Mondiale

1 Introduction

1.1 Définition de l'automédication

L'automédication suscite aujourd'hui en France un intérêt croissant. Les patients sont nombreux à recourir à cette pratique d'auto-soin. Dans une enquête de l'AFIPA de 2001, 80% des adultes déclarent avoir utilisé des médicaments sans avoir recours à une consultation chez le médecin, plus ou moins fréquemment (1). Au quotidien, les médecins prennent soin de patients qui pratiquent l'automédication. Mais qu'entendons-nous par « automédication » ou par « auto-soin » ? L'OMS a défini le concept de « self-care », dont la traduction française serait « auto-soin », comme : « un comportement qui consiste pour un patient, une famille, une communauté à entreprendre des initiatives dans le but d'améliorer la santé, de prévenir la maladie, et de rétablir la santé. Ces activités sont basées sur les connaissances et les compétences issues de l'expérience des différents professionnels de santé et de l'individu lui-même. Elles sont entreprises par le patient lui-même ou en collaboration avec le médecin » (2). L'automédication est l'une des pratiques de « self-care », elle consiste pour les individus « à soigner leurs maladies qu'ils ont eux-mêmes identifiés, grâce à des médicaments autorisés, accessibles sans ordonnance, sûrs et efficaces dans les conditions d'utilisation indiquées » (3).

Littéralement, l'automédication désigne « l'acte de consommation de médicaments décidé par soi-même » (4). Pour l'Association Médicale Mondiale (WMA), l'automédication correspond à « l'utilisation d'un médicament légal, disponible sans ordonnance d'un médecin, de la propre initiative d'un individu ou suivant les conseils d'un professionnel de la santé. L'utilisation de médicaments d'ordonnance sans prescription médicale préalable ne fait pas partie de l'automédication responsable » (5).

Lecomte considère qu'au sens le plus large, « l'automédication consiste à se soigner sans avis médical [...] la personne analyse les symptômes, leur intensité, leur durée et décide en première intention de ne pas consulter un médecin mais d'administrer un traitement ». Au sens restreint, c'est « l'acquisition d'un produit sans ordonnance que l'on nomme automédication » (6).

Il n'existe donc pas une mais plusieurs définitions de l'automédication. L'automédication est souvent définie par l'usage de médicaments sans ordonnance. Mais l'automédication est avant tout un comportement. Il ne s'agit pas seulement de la prise d'un médicament choisi par le patient, elle comprend aussi la pratique de l'autodiagnostic. Le sujet donne une signification à

son symptôme et décide de lui apporter lui-même une réponse thérapeutique. Il agit selon ses expériences passées, ses conceptions de la santé et de la maladie mais aussi sous l'influence extérieure de proches ou de relations. De plus, les médicaments pris en automédication ne se résument pas à l'achat de médicaments disponibles sans ordonnance. Ils peuvent provenir d'un proche ou du stock familial, c'est-à-dire de l'armoire à pharmacie familiale, comprenant entre autres des reliquats de médicaments prescrits antérieurement par un médecin (4).

Nous avons donc choisi pour cette étude la même définition de l'automédication que celle de deux thèses précédentes (7) (8) à savoir celle donnée par l'anthropologue française *Sylvie Fainzang* : « on envisagera ici l'automédication comme l'acte, pour le sujet, de consommer de sa propre initiative un médicament sans consulter un médecin pour le cas concerné, que le médicament soit déjà en sa possession ou qu'il se le procure à cet effet (dans une officine ou auprès d'une autre personne) » (4) (9).

Dans cette étude, nous avons considéré comme pratiques d'auto-soin les moyens médicamenteux (tels qu'ils sont énoncés dans la définition de *Sylvie Fainzang*) mais aussi le fait de consulter un praticien de santé autre qu'un médecin (kinésithérapeute, ostéopathe, naturopathe..) de son propre chef, ainsi que la consommation d'homéopathie, de phytothérapie, d'huiles essentielles ou de tout autre produit (produits vendus en pharmacie ou magasins biologiques par exemple). Cette définition est donc plus globale, plus centrée sur le patient et son comportement, car elle prend en compte toutes les facettes de l'automédication : celle médiée par un pharmacien, l'armoire familiale, les pratiques dites « alternatives » (homéopathie, phytothérapie, aromathérapie...), le recours à un praticien de santé autre que le médecin.

1.2 Historique et quelques chiffres

En France, 7 personnes sur 10 pratiqueraient l'automédication (10). La part du marché français (en volume) de l'automédication en 2014 a été de 15% (baisse de 0,3% par rapport à 2013) pour une moyenne européenne de 32%, selon l'association française de l'industrie pharmaceutique pour une automédication responsable (11). En revanche, elle a connu en 2015 une nette augmentation : + 5,2% (12).

Cette progression illustre l'intérêt croissant des français pour l'automédication. Mais le marché français de l'automédication reste faible et son essor est tardif, en comparaison avec le Royaume-Uni ou à l'Allemagne (11). Le statut des médicaments en France explique en partie ce faible dynamisme.

On distingue en effet les médicaments à Prescription Médicale Obligatoire (PMO) et les médicaments à Prescription Médicale Facultative (PMF).

D'après la réglementation européenne (13), les médicaments sont soumis à prescription médicale (PMO) lorsqu'ils :

- « - sont susceptibles de présenter un danger, directement ou indirectement, même dans des conditions normales d'emploi, s'ils sont utilisés sans surveillance médicale
- ou sont utilisés souvent, et dans une très large mesure, dans des conditions anormales d'emploi et que cela risque de mettre en danger directement ou indirectement la santé
- ou contiennent des substances dont il est indispensable d'approfondir les connaissances sur l'activité et/ou les effets indésirables
- ou sont, sauf exception, prescrits par un médecin pour être injecté par voie parentérale ».

Les médicaments de PMO sont donc des médicaments dont les substances actives sont inscrites sur l'une des listes des substances vénéneuses (liste I, liste II, stupéfiants).

La liste I comprend les substances ou préparations, et les médicaments et produits présentant les risques les plus élevés pour la santé.

Les médicaments à PMF, pour lesquels la prescription médicale est facultative, sont ceux qui ne répondent pas aux critères énumérés ci-dessus. On les appelle également médicaments « hors liste ».

En France, dans cette dernière catégorie, une partie non négligeable de ces médicaments peuvent être remboursés par l'assurance maladie s'ils sont prescrits par un médecin. Cette situation, propre à la France, encourage l'individu à consulter un médecin pour acquérir des médicaments prescrits et remboursés alors qu'il aurait pu obtenir ces mêmes médicaments en pharmacie sans ordonnance mais non remboursés, ce qui est un frein à la vente en accès libre de ce type de médicaments (14). En France, 80% des produits de PMF sont remboursables alors que de nombreux pays (Etats-Unis, Allemagne, Pays-Bas...) assimilent largement ou totalement PMF et médicaments non remboursables (1).

Cependant, des mesures ont été prises par le gouvernement français pour développer le marché de l'automédication. Depuis 2008, le libre-accès est autorisé en France : il consiste à autoriser le pharmacien à vendre des médicaments PMF devant le comptoir de l'officine, dits médicaments OTC (« Over The Counter », soit « de l'autre côté du comptoir »). Ces

médicaments ne sont pas remboursables, leur prix est fixé librement par le pharmacien et leur publicité est autorisée sauf si la même spécialité existe en prescription obligatoire (15).

Aujourd'hui, le débat sur le développement de l'automédication est toujours aussi animé entre les pouvoirs publics, soucieux de réduire les coûts de santé supportés par l'Assurance Maladie Obligatoire, l'industrie pharmaceutique, qui y voit un intérêt économique, les pharmaciens, opposés à la vente en grande distribution, les médecins, exprimant de fortes réserves (risques iatrogéniques, retards de diagnostic) et les usagers, souhaitant être acteurs de leur santé (4) (16).

1.3 Profil et motivations du patient ayant recours à l'automédication

Le recours à l'automédication ne dépend pas seulement du système de santé, il relève aussi de caractéristiques démographiques, économiques et culturelles des individus. La pratique de l'automédication concerne davantage les femmes, notamment celles aux âges actifs (entre 30 et 50 ans), habitant en zone urbaine ainsi que les artisans et les cadres (14) (17) (18). Une étude réalisée par le CREDOC montre que la pratique de l'automédication est « un peu plus fréquente dans les classes moyennes et aisées (26% entre 1500€ et 2300€ de revenus mensuels et 28% au delà de 3100€). Cette pratique est, en tout cas, bien moins répandue chez les bas revenus (16% en dessous de 1500€) » (17).

Dans l'étude de *Laure* en 1998, portant sur 600 personnes, les médicaments utilisés en automédication proviennent du reliquat des traitements prescrits par un médecin généraliste (pharmacie familiale). Les céphalées, les rhinites et états grippaux et les douleurs abdominales sont les symptômes principaux pour lesquels un individu a recours à l'automédication (18).

Des enquêtes ont été réalisées afin de comprendre les motivations des individus à se tourner vers l'automédication. L'économie de temps et d'argent, l'expérience et le savoir faire acquis concernant des maux connus que le patient a appris à reconnaître et à traiter et pour lesquels il juge inutile d'aller consulter un médecin sont des situations motivant l'automédication. Parfois le choix de l'automédication est défensif, entraîné par des déceptions expérimentées lors de consultations antérieures du médecin généraliste. Il peut s'agir d'une volonté d'évitement du généraliste traduisant une remise en cause de ses compétences (4) (9).

1.4 Echange médecin-patient sur l'automédication

Pour autant, le médecin généraliste est concerné par les pratiques d'auto-soins des patients. Les pouvoirs publics lui ont confié la tâche de « garantir » le bon usage de cette automédication, ainsi qu'au pharmacien. Même s'il s'agit d'un choix du patient, qui exerce pleinement son autonomie, en dehors d'un contexte de consultation médicale, il semble important pour le médecin de s'enquérir des usages d'automédication d'un patient afin de vérifier par exemple que l'automédication n'entraîne pas un risque pour la santé du patient.

Dans le cadre du projet de recherche AUTOMED (19), deux thèses menées en Loire atlantique et Vendée ont décrit les échanges entre les patients et les médecins sur l'automédication, au cours des consultations de médecine générale, pour des affections aiguës. Plus de 2 consultations sur 3 (68%) font l'objet d'une discussion autour de l'automédication. Près de la moitié des médecins explore les comportements d'automédication des patients. Au moment de la décision de soins, la moitié des médecins prennent en compte l'automédication préalable du patient (7) (8).

Ces deux thèses ont également fait le constat suivant : lors d'une consultation pour une affection aiguë, lorsqu'il y a prise en compte par le médecin de l'automédication du patient, le recours aux examens complémentaires et aux médecins spécialistes paraît moins fréquent, au prix cependant d'une proportion accrue d'ordonnances de médicaments.

Pourquoi cette augmentation ? Que contient-elle et que traduit-elle ? Une adaptation de la prescription médicale au contexte du patient ou une surenchère thérapeutique permettant au médecin de garder la main sur la prescription et la relation de soin ?

1.5 Prescription et consommation médicamenteuses en France

En France, près de 80% des consultations en médecine générale donnent lieu à la prescription d'au moins un médicament (20). La rédaction d'une ordonnance à l'issue d'une consultation est plus fréquente en France que dans les autres pays européens : 72,3% des consultations de terminent par une ordonnance en Allemagne et moins d'une consultation sur deux (43,2%) aux Pays-Bas (21). Pourtant la santé des Néerlandais est aussi bonne que celle des Français (l'espérance de vie globale à la naissance est similaire entre les deux pays, et la perception de l'état de santé est meilleure aux Pays-Bas) (22).

La France est aussi le plus important pays consommateur de médicaments, comparé à quatre autres pays européens (Allemagne, Royaume-Uni, Italie et Espagne) (23). Les français

consultent davantage leur médecin et ceux-ci rédigent en fin de consultation davantage d'ordonnances (21).

Concernant la classe médicamenteuse des antibiotiques par exemple, les français sont les plus grands consommateurs d'antibiotiques en Europe (24) (25). Certes, une diminution de la consommation d'antibiotiques a été constatée après le lancement de la campagne de sensibilisation en 2002 : « les antibiotiques, c'est pas automatique ». Mais la tendance est à nouveau à la hausse depuis 2007 (26). En 2008, la consommation française ambulatoire était deux fois plus importante qu'en Allemagne et 2,5 fois plus importante qu'aux Pays-Bas (24). Or une partie de ces nombreuses prescriptions d'antibiotiques ne sont pas justifiées. Par exemple, les infections respiratoires présumées d'origine virale sont l'un des motifs majeurs de prescription d'antibiotiques alors que ces derniers ne sont théoriquement pas justifiés dans ces indications (27).

La France se situe également en première position pour la consommation de psychotropes. D'après une étude de 2006, la part de la population ayant pris un médicament psychotrope au cours des douze derniers mois est deux fois supérieure à la moyenne des pays européens limitrophes à la France » (23).

Rosman cite l'étude de Béraud selon laquelle « la France se distingue par une prescription et une consommation élevées de médicaments dont l'efficacité n'a pas été démontrée » (28). Le rapport des professeurs Even et Debré réalisé en 2011 suite à l'affaire du Médiator® dénonce que la moitié des molécules originales commercialisées en France serait sans intérêt (29). Une étude de 2005 de la Fédération Nationale de la Mutualité Française (FMNF) a montré que les médecins français prescrivaient plus de médicaments à Service Médical Rendu (SMR) insuffisant que les médecins des autres pays étudiés (Royaume-Uni, Canada, Allemagne, Espagne) (30). Les médicaments à SMR insuffisant sont des médicaments avec un niveau de performance jugé trop faible pour justifier une prise en charge financière par la sécurité sociale. Ils sont soit non remboursés soit soumis à faible taux de remboursement. Selon une étude de l'Institut en Recherche et Documentation en Economie de la Santé (IRDES) de 2001, un produit prescrit sur cinq est à SMR insuffisant (31).

La consommation élevée de médicaments a de nombreuses conséquences : l'augmentation du risque iatrogénique, l'augmentation des dépenses de l'assurance maladie, l'émergence des résistances bactériennes, favorisée par une consommation élevée d'antibiotiques (32).

Face à l'essor actuel de l'automédication en France et dans un contexte de consommation importante de médicaments, non dénuée de risque, il semble légitime de regarder de plus près l'impact des discussions autour de l'automédication sur les prescriptions des médecins dans la mesure où ces discussions paraissent s'accompagner d'un surcroît de prescriptions.

1.6 Objectifs de l'étude

Ce travail s'intéresse donc à l'impact des discussions autour de l'automédication en consultation pour affection aiguë sur le comportement du médecin et tente de répondre aux questions suivantes :

L'augmentation des prescriptions médicamenteuses lorsqu'il y a une discussion autour de l'automédication est elle confirmée ?

Quel est le contenu de ces prescriptions médicamenteuses ?

Ces prescriptions sont elles justifiées médicalement, au regard des résultats diagnostiques de la consultation et des recommandations de bonne pratique ?

Cette enquête s'inscrit dans la continuité d'un ensemble de recherches pluridisciplinaires, regroupées dans le projet AUTOMED financé par l'Agence Nationale de la Recherche (ANR DSSA 2012), visant à comprendre et analyser les pratiques du recours à l'automédication (19).

2 Matériels et méthode

2.1 Déroulement de l'étude

2.1.1 Période et lieux de l'étude :

Notre étude s'est déroulée sur la période de mai à juillet 2015, dans des cabinets de médecine générale répartis dans les départements de Loire-Atlantique et de Vendée.

2.1.1.1 Enquêteurs :

Les enquêteurs étaient des internes de médecine générale de l'Université de Nantes, réalisant le stage « ambulatoire de médecine générale de niveau 1 » pour le semestre de mai à novembre 2015. Les internes étaient affectés chacun à un groupe de Maîtres de Stage Universitaires (MSU), comprenant 2 à 5 médecins.

Le déroulement de ce stage se fait en trois phases : observation, supervision directe et supervision indirecte. Lors de la phase d'observation, qui dure environ un mois en début de stage, l'interne n'intervient pas dans la consultation. Ensuite, l'interne mène la consultation, en présence du MSU qui observe, c'est la supervision directe. Puis, en fin de stage, l'interne est en supervision indirecte : il mène seul la consultation, le MSU reste joignable et une séance de rétroaction pédagogique est prévue après la consultation ou en fin de journée.

Notre étude s'est déroulée au début de ce stage, pendant la phase d'observation. Les internes, en position d'observateur uniquement lors de chaque consultation, remplissaient des grilles d'observation.

Les internes ont été formés début mai à l'enquête et familiarisés avec ces grilles de recueil de données lors d'une demi-journée de formation à la recherche, encadrées par des membres du Département de Médecine Générale (DMG). Ils ont participé à des jeux de rôle, jouant successivement les rôles du médecin généraliste, du patient et de l'enquêteur afin de s'approprier les grilles d'observation et la méthodologie de l'enquête.

2.1.1.2 Médecins :

Les médecins de l'étude, MSU, étaient agréés par l'université de Nantes pour accueillir des internes dans le cadre du stage « ambulatoire de médecine générale de niveau 1 ». Ils exerçaient en Loire-Atlantique ou en Vendée, dans le cadre d'une activité libérale ou chez « SOS médecins ». Ils ont été informés de l'étude par une lettre émanant du DMG. Le thème

général (l'automédication) était connu mais la finalité exacte de notre travail ne leur a pas été communiquée afin de ne pas influencer leur comportement.

2.1.1.3 Patients :

Tout patient, quelque soit son âge, consultant le médecin pour une affection aiguë a été inclus. Cette recherche, non interventionnelle, n'a en rien modifié l'attention habituellement portée aux patients par leur médecin.

2.2 Recueils de données

Il s'agit d'une enquête par observation directe. L'interne enquêteur était en position d'observation, sans intervenir dans la relation médecin-patient. Le médecin MSU ne connaissait pas les détails de la grille d'observation et ne savait pas sur quels aspects précis il était observé. Le patient était averti au préalable que son médecin généraliste était accompagné d'un jeune médecin en formation. Une affiche en salle d'attente informait les patients du déroulement d'une étude sur l'automédication, sans précision sur sa finalité. Il était libre de refuser la présence de l'interne lors de la consultation. Le choix de ce type de protocole avait pour objectif de ne pas influencer les comportements des médecins et des patients. Il a été soumis et validé par le Groupe Nantais d'Ethique dans le Domaine de la Santé (référence 2013-04-07 du 22/04/2013), par le Comité Consultatif sur le Traitement de l'Information en matière de Recherche dans le domaine de la Santé (décision 13.462bis du 27/11/2013) et par la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (décision DR 2014-39 du 18/07/2014).

La grille d'observation à remplir contenait les items suivants (Annexe 1) :

- Caractéristiques de l'enquêteur : nom, sexe,
- Caractéristiques du médecin : nom, sexe, âge, lieu d'exercice,
- Caractéristiques du patient : sexe, âge, profession, commune de résidence, motif de consultation, existence ou non d'un tiers payant de type Couverture Maladie Universelle (CMU) ou Aide médicale d'Etat (AME),
- Mention spontanée d'une automédication par le patient et exploration par le MSU,
- Liste des produits et médicaments utilisés, des praticiens consultés, en automédication,
- Résultats de consultation,
- Liste des médicaments prescrits à l'issue de la consultation, des examens complémentaires et des spécialistes vers lesquels le patient est orienté,

- Prise en compte de l'automédication : appréciation par l'interne de la prise en compte par le médecin de la discussion qui a éventuellement eu lieu autour de l'automédication : le médecin a-t-il donné l'impression à l'interne d'avoir tenu compte de la discussion autour de l'automédication pour ses prescriptions médicamenteuses et non-médicamenteuses,
- Horaires de début et de fin de consultation.

Pour ne pas entraver la consultation, les internes avaient pour consigne de récupérer les informations manquantes à la fin de la consultation.

2.3 Exploitation des données

Les données ont été saisies par une seule personne, le thésard, à l'aide du logiciel Microsoft Excel. Dans un second temps, des variables ont été créées à partir de ces données.

2.3.1 Création de variables :

- Le nombre moyen de consultations journalières par praticien (communiqué par l'interne),
- Le code INSEE (Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques) du lieu d'exercice du médecin et de la commune de résidence du patient et le canton respectif : <http://www.insee.fr/fr/methodes/nomenclatures/cog/>,
- La population des communes des médecins et patients selon le recensement datant de 2012 : <http://www.insee.fr/fr/ppp/bases-de-donnees/recensement/populations-legales/default.asp>,
- Le type de commune : rurale ou urbaine dont la définition de l'INSEE est disponible sur http://www.insee.fr/fr/methodes/default.asp?page=zonages/unites_urbaines.htm (télécharger la base des unités urbaines 2010, fichier composition communale),
- Les communes des médecins ont été regroupées en 8 zones par les géographes du laboratoire Espace et Sociétés du CNRS à Angers (organisme associé à notre recherche) :
 - zone 1 : Saint Nazaire et ses environs,
 - zone 2 : Nord de la Loire-Atlantique,
 - zone 3 : ville de Nantes,
 - zone 4 : agglomération nantaise,
 - zone 5 : Est de la Loire-Atlantique et Nord-Est de la Vendée,
 - zone 6 : littoral Atlantique,

- zone 7 : la Roche sur Yon et ses environs,
- zone 8 : Sud de la Vendée,
- La distance entre la commune de résidence du patient et la commune du médecin a été calculée par l'intermédiaire du site ViaMichelin <http://www.viamichelin.fr/> (option « le plus rapide »),
- La classification socio professionnelle des professions selon l'INSEE disponible sur : <http://insee.fr/fr/methodes/default.asp?page=nomenclatures/pcs2003/pcs2003.htm>,
- Les métiers du bâtiment, sans précision sur le statut salarié ou à son compte, étaient classés dans la catégorie « ouvrier »,
- La codification des motifs de consultation et des diagnostics selon la Classification internationale des soins primaires (CISP-2) (Annexe 2) : <http://www.refcisp.info/index.php5?page=listeCodes&rubrique=consultation>,
- La codification des médicaments d'automédication et des prescriptions selon la classification Anatomique Thérapeutique et Chimique (ATC) : <https://www.vidal.fr/classifications/atc/>,
Quand « AINS » seul était écrit, sans préciser si c'était per os ou local, le médicament a été classé en considérant qu'il était per os,
- Le caractère PMF (hors liste) ou PMO (stupéfiants, liste 1 ou liste 2) de chaque médicament d'automédication et prescrit, selon : <https://www.vidal.fr/classifications/atc/>.
Dès lors que la molécule (oméprazole par exemple) ou la classe médicamenteuse (AINS par exemple) écrite sur la grille d'observation existait en PMF, le caractère PMF était attribué au médicament,
- Le caractère remboursé ou non des médicaments PMF prescrits : <https://www.vidal.fr/classifications/atc/>,
- La codification des examens complémentaires et des spécialistes selon la Classification internationale des soins primaires (CISP-2) (Annexe 2) : <http://www.refcisp.info/index.php5?page=listeCodes&rubrique=consultation>
- Le calcul de la durée de la consultation,
- La présence d'une modification : lors des consultations où il y a eu une automédication signalée, il y a eu « modification » dans toutes les situations où il y avait une prescription en fin de consultation différente de la reconduction seule et non modifiée du traitement pris en automédication. Ces situations comprennent :

- Celles où il y a un traitement prescrit, sans reconduction,
- Celles où il y a reconduction (modifiée ou pas) et ajout d'un autre traitement (autre classe médicamenteuse),
- Celles où il y a seulement une reconduction mais avec modification du traitement pris en automédication (changement de posologie, changement de palier du traitement antalgique),
- Le type de modification a été précisé:
 - Ajout d'au moins une classe médicamenteuse,
 - Et/ou changement de posologie d'une même classe médicamenteuse,
 - Et/ou augmentation de la force, correspondant à un changement de palier du traitement antalgique (ajout palier 2 ou 3),
- Le caractère conforme ou non de la prescription,
- L'aspect controversé de la prescription,

2.3.1.1 Définition de « conforme » :

Une prescription était conforme si elle était en accord avec les recommandations médicales portant sur le résultat de la consultation. Pour cela, une méthode de recherche des recommandations a été établie par l'ensemble des investigateurs, en s'appuyant sur les conseils du site de la bibliothèque universitaire nantaise (33) et sur les travaux issus de la thèse de *Xavier Ménanteau* (34). Lorsqu'au terme de cette procédure, aucune recommandation n'était trouvée, il s'est posé la question de savoir si la clinique seule pouvait justifier la prescription. Cette situation n'a concerné qu'un nombre très faible de consultations (trois). Pour toutes les autres consultations, une recommandation a été identifiée et sélectionnée (Annexe 3).

Pour rechercher les recommandations, nous avons interrogé plusieurs bases de données, en procédant dans le même ordre à chaque fois :

- DREFC : Diffusion des REcommandations Francophones en Consultation de Médecine Générale, <http://drefc.sfmfg.org/>,
- Recomedical : Base de données regroupant les recommandations des sociétés savantes sur des thématiques de soins primaires (Université Paris Diderot et Paris Descartes. Départements de Médecine Générale), <http://recomedical.fr/>,
- HAS : Recommandations de la haute autorité de santé, http://www.has-sante.fr/portail/jcms/fc_1249588/fr/accueil,

- Ref CISP : Site de recherche des référentiels de pratique clinique francophones pour les médecins généralistes à l'aide de la Classification Internationale des Soins Primaire, <http://www.refcisp.info/>,
- SSMG : Société Scientifique de Médecine Générale belge, recommandations de bonne pratique, <http://www.ssmg.be/publications/recommandations-de-bonne-pratique>,
- Antibioclic : Outil d'aide à la décision thérapeutique en antibiothérapie, destiné aux médecins de premiers recours, <http://antibioclic.com/>.

Dans un second temps, si au terme de cette première procédure, une recommandation sur le sujet n'avait pas été trouvée, nous poursuivions la recherche sur les bases de données suivantes :

- Cismef : Catalogue et index des sites médicaux de langue française, <http://www.cismef.org/>
- UMVF : Université Médicale Virtuelle Francophone : Réseau des facultés de médecine francophone. Supports de cours en ligne par disciplines, <http://umvf.cerimes.fr/portail/disciplines.php>
- Prescrire : Revue francophone de synthèse autour du médicament, <http://www.prescrire.org>
- Les revues systématiques Cochrane (<http://www.cochranelibrary.com>) et la revue francophone d'EBM Minerva (<http://www.minerva-ebm.be/Home/index>)

En dernier recours, le traité de médecine en ligne « DynaMed », orienté médecine générale et adossé aux recommandations américaines était interrogé (<http://www.dynamed.com/home/>).

La base de données sur les médicaments : « Thériaque », <http://www.theriaque.org/> a servi d'outil pour vérifier les indications, contre indications et posologie de certains traitements.

Après un échange entre les différents investigateurs, au vue de plusieurs revues Cochrane (35) (36) et après la lecture du livre de Singh et Ernst sur les médecines douces (37) , il a été décidé de classer les prescriptions d'homéopathie et d'aromathérapie, comme « non conformes ».

Concernant la prescription d'antibiotique, la prescription était « conforme » si, d'après les recommandations, la classe médicamenteuse antibiotique était indiquée, même si le type d'antibiotique cité n'était pas celui à prescrire en première intention.

Dans les situations où la prescription comprenait plusieurs médicaments, un médicament se révélant « non conforme » suffisait pour classer cette prescription comme « non conforme », même si les autres médicaments pouvaient être justifiés.

2.3.1.2 *Définition de controverses :*

Au fur et à mesure des recherches, certaines prescriptions nous ont semblé controversées. Ces controverses s'appuient notamment sur des articles émanant de la revue Prescrire (<http://www.prescrire.org>) (Annexe 4).

Deux thèmes sont ressortis :

- l'usage des myorelaxants dans les douleurs rachidiennes, mentionné dans les recommandations mais dont le rapport bénéfice risque apparaît défavorable dans plusieurs articles,
- l'usage des antitussifs dans les infections respiratoires, des antiseptiques, corticoïdes et vasoconstricteurs par voie nasale et la prescription de collutoires et pastilles pour la gorge.

Dans ces situations, la prescription a été considérée comme conforme mais controversée.

2.3.2 Données catégorisées :

Certaines données ont été catégorisées afin d'en faciliter l'exploitation :

- Répartition des patients en classes d'âges, basées sur l'étude ECOGEN (< 30 ans ; 30-59ans ; ≥ 60 ans). L'âge « 0 » a été attribué aux patients âgés de moins de 1 an,
- Anonymisation dès l'inclusion des médecins et des internes ayant participé à l'étude : chaque nom a été remplacé par un numéro. Le thésard détenait la liste avec les correspondances,
- Les distances entre le cabinet médical et la commune de résidence des patients ont été divisées en 2 classes : < 5km et ≥ 5 km, comme dans la thèse d'Alexis Guerrero (8),
- Le nombre de consultations par jour par MSU a été divisé en 2 groupes : ≤ 25 consultations et > 25 . En effet, dans notre étude, la moyenne est de 26, la médiane 25 et 33,2% des médecins ont déclaré 25,
- Les médecins ont été répartis entre les < 45 ans et ≥ 45 ans, comme dans l'étude de 2012 sur l'emploi du temps des médecins généralistes des Pays de Loire (38) (39),

- La durée des consultations : < 15 minutes et ≥ 15 min. Dans notre étude la moyenne est de 16,5 minutes, la médiane est à 15 minutes,

Certains motifs de consultation ont été regroupés sous une même catégorie car leur nombre était faible :

- La catégorie « divers » regroupait les systèmes hématologique, endocrinien, cardio-vasculaire, génital féminin, génital masculin, grossesse/accouchement et social,
- Les problèmes ophtalmologiques et auriculaires ont été réunis dans la catégorie « tête et cou »,
- Le symptôme « fatigue » a été classé dans les motifs psychologiques,
- Une nouvelle classe médicamenteuse intitulée « alternatifs » a été créée et regroupe les traitements homéopathiques, les huiles essentielles, les produits naturels à base de plantes.

2.4 Analyse des données

Les données ont été analysées avec le logiciel STATA 11 (StataCorp, Texas, USA). Des analyses bivariées ont été réalisées en utilisant le test statistique du Chi-deux de Pearson pour les comparaisons de pourcentages ou des tests paramétriques (test T de Student) et non paramétriques (test de Mann Whitney) pour les comparaisons de moyennes. Des analyses multivariées (régression logistique) ont aussi été réalisées notamment pour l'étude des déterminants de la prescription à l'issue de la consultation.

Les résultats de cette étude ont été comparés, concernant les caractéristiques des médecins et des patients, à ceux de la première (vague 1) des deux enquêtes précédentes qui s'est déroulée dans les mêmes conditions (méthode d'enquête et panel de MSU) et à la même période de l'année.

3 Résultats

3.1 Population de l'étude

3.1.1 Caractéristiques des enquêteurs

Sur 55 internes en stage, 38 ont rempli des grilles d'observation, soit un taux de participation à l'étude de 69,1%. Les enquêteurs étaient principalement de sexe féminin (25/38 soit 65,8%).

3.1.2 Caractéristiques des médecins (tableau 1)

100 médecins ont participé à l'étude, dont 40 femmes. La moyenne d'âge des médecins était de 53,4 ans. 15,1% des médecins avaient moins de 45 ans. Les médecins de l'étude exerçaient principalement en zone urbaine (83%).

Le nombre moyen de consultation par jour dans cette étude était de 26 (15-40), avec une médiane à 25. 29,6% des médecins faisaient moins de 25 consultations par jour, 31,6% 25 consultations et 29,8% étaient à plus de 25.

La durée moyenne de la consultation était de 16,5 minutes, avec une médiane à 15.

Tableau 1 – Caractéristiques des médecins

		Etude 2015	Vague 1 2012	P
<i>Effectif</i>		100	124	
<i>Sexe</i>	Homme	60 (60%)	79 (63,7%)	0,6
	Femme	40 (40%)	45 (36,3%)	
<i>Age</i>	Moyenne	53,4 ans	52,4 ans	0,3
	Ecart-type	7,7	7,5	
<i>Type d'exercice</i>	Urbain	83 (83%)	106 (85,5%)	0,6
	Rural	17 (17%)	18 (15,5%)	

La distribution selon le genre des médecins de l'étude était quasiment identique à celle de la vague 1 de 2012, ainsi que le type d'exercice.

3.1.3 Caractéristiques des patients (tableau 2)

542 patients ont été inclus dans notre étude. Les femmes étaient majoritaires (54%). Les moins de 30 ans représentaient 34,9% de la population, les patients âgés de 30 à 59 ans 42,3% et les 60 ans et plus 22,8%.

Les catégories socio-professionnelles les plus représentées étaient celle des personnes sans activité (34,9%), incluant les mineurs, les étudiants, les chômeurs, les femmes au foyer, les personnes en invalidité puis celle des retraités (19,8%) et celle des employés (17,2%).

La population de notre étude était essentiellement composée de patients résidant en zone urbaine (79,2%). 72,8% des patients résidaient à moins de 5 kilomètres du cabinet médical du médecin consulté.

5,2% des patients de l'étude bénéficiaient de la CMU ou de l'AME.

Tableau 2 – Caractéristiques des patients : comparaison avec la vague 1 2012

		Etude 2015	Vague 1 2012	P
<i>Effectif</i>		542	1597	
<i>Sexe</i>	Homme	249 (46%)	645 (41%)	0,04
	Femme	292 (54%)	928 (59%)	
<i>Age</i>	<30 ans	188 (34,9%)	537 (33,9%)	0,7
	30-59 ans	228 (42,3%)	660 (41,6%)	
	≥60 ans	123 (22,8%)	389 (24,5%)	
<i>Zone de résidence</i>	Urbain	407 (79,2%)	106 (85,5%)	0,6
	Rural	107 (20,8%)	18 (15,5%)	
<i>Distance cabinet</i>	< 5 km	374 (72,8%)	1204 (77,6%)	0,02
	≥ 5 km	140 (27,2%)	348 (22,4%)	
<i>Bénéficiaire CMU ou AME</i>	oui	28 (5,2%)	97 (6,1%)	0,4
	non	514 (94,8%)	1489 (93,9%)	

Notre étude incluait moins de femmes par rapport à la vague 1 de 2012 ($p=0,04$) et plus de personnes résidant à plus de 5 kilomètres du cabinet médical ($p=0,02$). En termes d'âge, de zone de résidence et d'existence ou non d'un tiers payant type CMU ou AME, il n'y avait pas de différence significative entre notre étude et la vague 1. Les trois catégories socio professionnelles les plus représentées sont identiques, à savoir les personnes sans activité, les retraités et les employés.

3.2 Principaux résultats

La discussion autour de l'automédication (que ce soit le patient qui ait initié la discussion en mentionnant spontanément ses pratiques d'auto-soin ou le médecin qui ait questionné le patient sur ces pratiques) était associée à des prescriptions médicamenteuses plus nombreuses et à une diminution des demandes d'avis spécialisé.

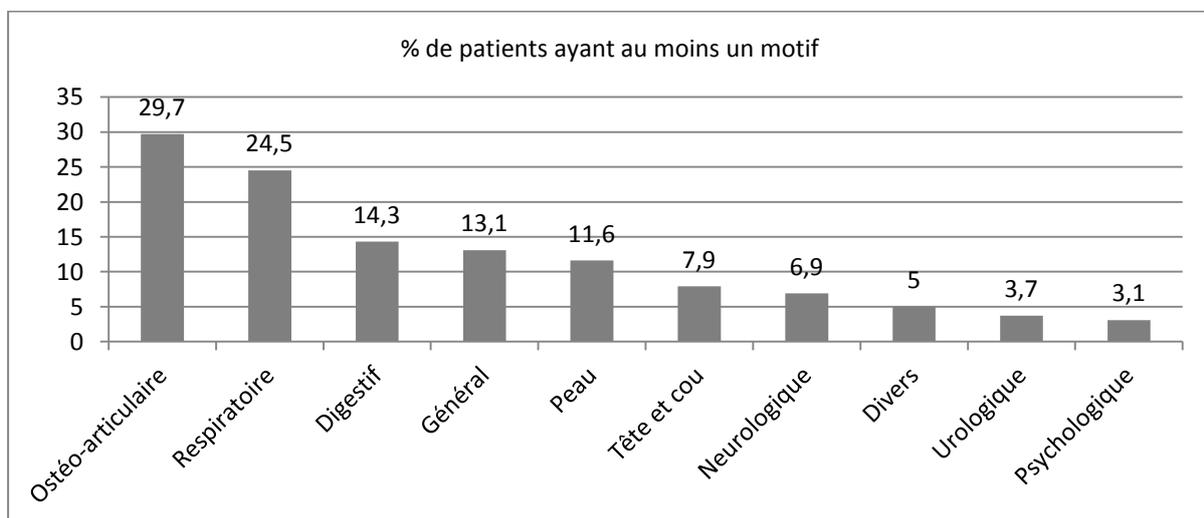
91,5% des consultations au cours desquelles il y a eu un échange autour de l'automédication se sont terminées par une prescription médicamenteuse. A l'inverse, une prescription médicamenteuse a été rédigée dans seulement 71,3% des consultations au cours desquelles aucune discussion sur l'automédication n'a eu lieu.

Lorsqu'une automédication était signalée et qu'une modification médicamenteuse intervenait lors de la prescription finale, on a pu observer un taux élevé de prescriptions non conformes égal à 20,4%. Ce pourcentage ne différait pas de façon significative du taux de prescriptions non conformes des patients pour lesquels la discussion a statué sur l'absence d'automédication préalable (19,6%) ni de celui des patients pour lesquels il n'y a pas eu de discussion autour de l'automédication (16,5%). En revanche, le taux de prescriptions non conformes était significativement plus bas (8,2%) dans les situations de reconduction du traitement pris en automédication.

3.3 Motifs de consultation

Les principaux motifs de consultations étaient ostéo-articulaires (29,7%), respiratoires (24,5%) et digestif (14,3%) (figure 1).

Figure 1 – Fréquence des motifs de consultation



A la lecture du tableau 3, de façon significative, les plaintes d'ordre général (symptôme fatigue exclu), respiratoires et digestives concernaient surtout les patients âgés de moins de 30 ans, les motifs de consultation ostéo-articulaires et psychologiques étaient surtout des plaintes

de patients âgés de 30 à 59 ans et les patients de plus de 60 ans étaient plutôt concernés par des plaintes dermatologiques.

Les plaintes psychologiques semblaient peu propices d'une part à la mention d'automédication par le patient, d'autre part à l'exploration de l'automédication par le médecin, sans qu'il y ait de différence significative retrouvée, probablement du fait d'un échantillon trop faible. Pour chaque plainte psychologique, quand il y avait eu une discussion autour de l'automédication, une automédication était signalée.

Tableau 3 : Caractéristiques des patients en fonction des motifs de consultation

Motifs de consultation	N (nombre de patients avec au moins un motif de cette catégorie)	% de femmes	% résidant en zone rurale	% par classes d'âge			Mention d'automédication par le patient	Exploration d'automédication par le médecin	Automédication prise, quand il y a eu discussion
				<30 ans	30-59	≥60 ans			
<i>Ostéo-articulaire</i>	154 (29,7%)	78 (50,7%)	32 (21,3%)	29 (19,0%)	81 (52,9%)	43 (28,1%)	57 (37%)	81 (52,6%)	88 (83%)
<i>Respiratoire</i>	127 (24,5%)	65 (51,6%)	25 (19,7%)	62 (49,2%)	49 (38,9%)	15 (11,9%)	44 (34,9%)	67 (53,2%)	76 (85,4%)
<i>Problème général</i>	68 (13,1%)	32 (47,1%)	15 (23,1%)	36 (52,9%)	21 (30,9%)	11 (16,2%)	30 (44,1%)	37 (54,4%)	47 (94%)
<i>Digestif</i>	74 (14,3%)	40 (54,1%)	12 (16,4%)	35 (47,3%)	23 (31,1%)	16 (21,6%)	30 (40,5%)	42 (56,8%)	47 (81%)
<i>Peau</i>	61 (11,8%)	29 (47,5%)	10 (17%)	19 (31,2%)	21 (34,4%)	21 (34,4%)	29 (47,5%)	28 (45,9%)	34 (82,9%)
<i>Neurologique</i>	36 (6,9%)	18 (50%)	4 (11,4%)	7 (19,4%)	16 (44,5%)	13 (36,1%)	14 (38,9%)	21 (58,3%)	25 (96,2%)
<i>Psychologique</i>	16 (3,1%)	9 (56,3%)	3 (21,4%)	1 (6,2%)	11 (68,8%)	4 (25%)	4 (25%)	6 (37,5%)	7(100%)
<i>Total</i>	542	292 (54%)	107 (20,8%)	188 (34,9%)	228 (42,3%)	123 (22,8%)	211 (39%)	279 (51,6%)	315 (83,6%)

3.4 Discussion autour de l'automédication

Le thème de l'automédication a été abordé dans plus de deux tiers des consultations (69,7%). Le patient parlait spontanément d'automédication à son médecin dans 39% des consultations. Le médecin explorait cette pratique chez les patients dans 51,6% des cas (tableau 4).

Tableau 4 – Discussion autour de l'automédication

	Etude 2015	Vague 1 2012	P
<i>Discussion autour de l'automédication</i>	69,7% (377/542)	67,3% (1074/1596)	0,3
<i>Mention par patient</i>	39% (211/541)	42,2% (673/1595)	0,2
<i>Exploration par médecin</i>	51,6% (279/541)	49,5% (788/1591)	0,4

Les patients se sont automédiqués dans 83,6% (315/377) des consultations au cours desquelles une discussion a effectivement permis de statuer sur ce point.

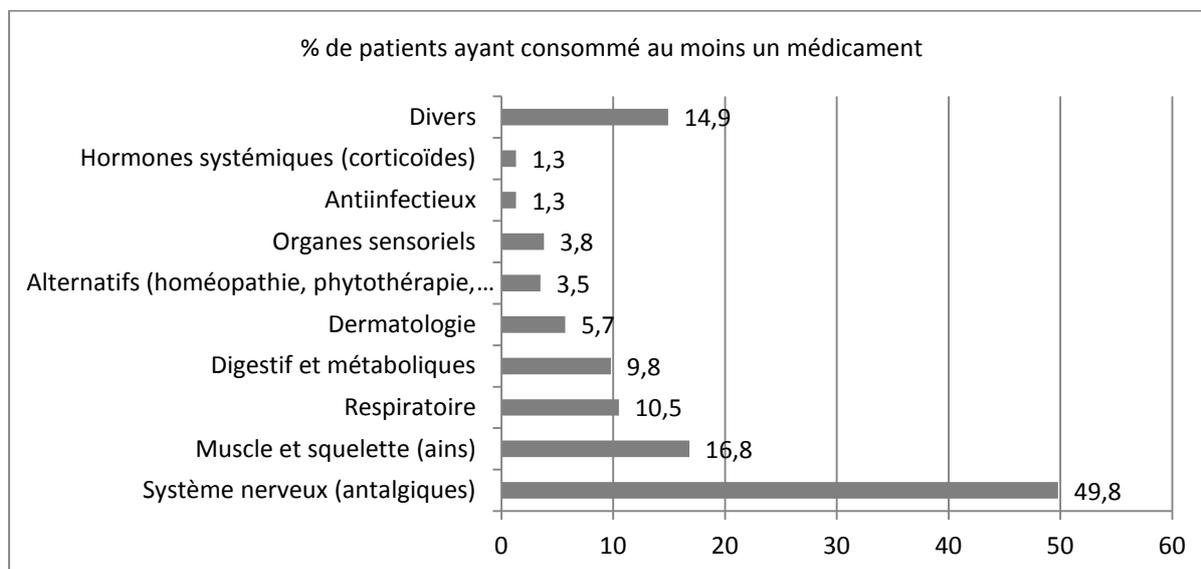
3.5 Médicaments en automédication

397 médicaments ont été mentionnés comme traitements pris en automédication soit une moyenne de 1,3 traitements par patient ayant eu recours à l'automédication.

La figure 2 montre que les médicaments les plus consommés en automédication étaient les médicaments du système nerveux (49,8%), composés principalement d'antalgiques. Les autres médicaments fréquemment utilisés étaient ceux à visée musculo-squelettique (16,8%), respiratoire (10,5%) et digestive (9,8%).

3,5% des patients qui se sont automédiqués ont déclaré avoir pris au moins un traitement alternatif (homéopathie, huiles essentielles ou produits naturels à base de plantes) et 1,3% au moins un traitement anti-infectieux.

Figure 2 : Classes médicamenteuses utilisées en automédication



20,5% des patients qui se sont automédiqués avec des produits pharmaceutiques identifiables soit comme PMF ou comme PMO ont pris au moins un médicament classé PMO.

Le tableau 5 montre que les patients âgés de 30 à 59 ans consommaient plus fréquemment des médicaments à visée musculo-squelettique, de façon significative ($p < 0,003$). Les patients âgés de moins de 30 ans avaient tendance à consommer plus fréquemment des antalgiques, utilisés comme antipyrétiques, des médicaments à visée respiratoire et les individus âgés de 60 ans et plus semblaient utiliser davantage de substances à visée digestive, mais sans différence significative.

Tableau 5 – Caractéristiques des patients en fonction des classes médicamenteuses utilisées en automédication

Classes médicamenteuses	% de femmes	% par classes d'âge			% résidant en zone rurale
		<30 ans	30-59 ans	≥60 ans	
<i>Système nerveux</i>	86 (54,8%)	62 (40,0%)	63 (40,7%)	30 (19,3%)	29(19,9%)
<i>Muscle et squelette</i>	23 (44,2%)	8 (15,4%)	33 (63,5%)	11 (21,1%)	15(30,6%)
<i>Respiratoire</i>	18 (54,6%)	17 (53,1%)	11 (34,4%)	4 (12,5%)	7(21,9%)
<i>Digestif et métabolique</i>	17 (54,8%)	9 (30,0%)	12 (40,0%)	9 (30,0%)	7(24,1%)
<i>Total</i>	292 (54,0%)	188 (34,9%)	228 (42,3%)	123 (22,8%)	107 (20,8%)

3.6 Conséquences de la discussion sur le comportement du médecin

La discussion autour de l'automédication entraîne de façon significative une augmentation des prescriptions médicamenteuses ($p < 0,001$) et une diminution du recours à un avis spécialisé ($p < 0,001$) (tableau 6).

91,5% des consultations où il y avait un échange autour de l'automédication se sont accompagnées d'une prescription médicamenteuse. A l'inverse, une prescription médicamenteuse s'observait dans 71,3% des consultations au cours desquelles il n'était pas question d'automédication dans la discussion.

Tableau 6 - Conséquences de la discussion autour de l'automédication sur les prescriptions

		Avec discussion (377)	Sans discussion (164)	P
<i>Prescriptions médicamenteuses</i>	<i>oui</i>	345 (91,5%)	117 (71,3%)	<0,001
	<i>non</i>	32 (8,5%)	47 (28,7%)	
<i>Examen complémentaire</i>	<i>oui</i>	67 (17,8%)	37 (22,6%)	0,2
	<i>non</i>	310 (82,2%)	127 (77,4%)	
<i>Avis spécialisé</i>	<i>oui</i>	44 (11,7%)	39 (23,8%)	<0,001
	<i>non</i>	333 (88,3%)	125 (76,2%)	

3.7 Contenu des prescriptions

3.7.1 Prescriptions médicamenteuses

85,4% (463/542) des consultations se sont conclues par une prescription médicamenteuse. 844 médicaments ont été prescrits soit une moyenne de 1,8 médicaments par patient recevant une prescription.

3.7.1.1 *Classes médicamenteuses prescrites (figure 3)*

Les médicaments les plus prescrits étaient les médicaments du système nerveux (antalgiques, antipyrétiques) : 51,9% des patients recevant une prescription avaient un médicament du système nerveux. Les autres classes médicamenteuses fréquemment prescrites étaient celles à visée musculo-squelettique (22,3%) (AINS, myorelaxants) et respiratoire (21%)

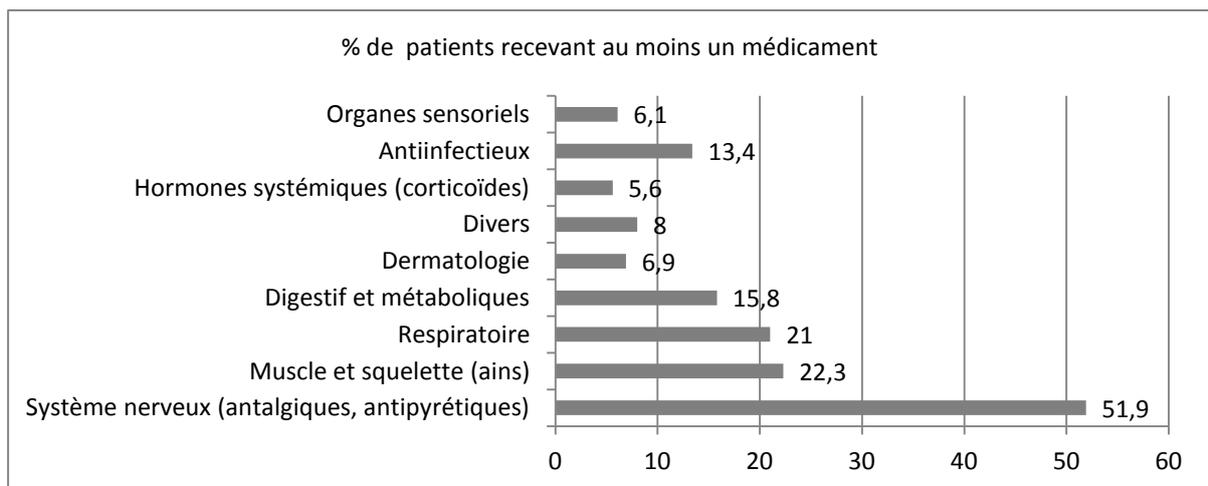
(antihistaminiques per os, décongestionnants à usage topique, préparations pour la gorge type pastille antiseptique).

13,4% des patients recevant une prescription avaient un anti-infectieux (antibiotiques principalement) prescrit.

La prescription des anti-infectieux concernait le traitement d'une infection urinaire basse dans 21% des cas, celui d'une otite moyenne aiguë ou d'une otite externe dans 21% des cas et celui d'une angine dans 11,3% des cas. Dans 17,7% des cas, il s'agissait de la prescription d'un antibiotique dans le cadre d'une infection respiratoire virale bénigne (rhinopharyngite, laryngite, bronchite, otite séreuse).

4 patients (1,3%) ont pris un antibiotique en automédication et pour 3 de ces patients le médecin a reconduit le traitement antibiotique.

Figure 3 : Classes médicamenteuses prescrites



3.7.1.2 Caractéristiques des patients en fonction des classes médicamenteuses prescrites

Les moins de 30 ans recevaient le plus souvent comme prescriptions des médicaments à visée respiratoire (48,4%), de façon significative ($p=0,01$). Les prescriptions à visée musculo-squelettique concernaient surtout les patients âgés entre 30-59 ans ($p=0,002$). Les 60 ans et plus étaient plutôt concernés par des prescriptions à visée digestive, sans différence significative (tableau 7).

Tableau 7 – Caractéristiques des patients en fonction des classes médicamenteuses prescrites

Classes médicamenteuses	% de femmes	% par classes d'âge			% résidant en zone rurale
		<30 ans	30-59 ans	≥60 ans	
<i>Système nerveux</i>	133 (55,4%)	93 (39,2%)	103 (43,5%)	41 (17,3%)	44 (19,6%)
<i>Muscle et squelette</i>	50 (48,5%)	22 (21,6%)	60 (58,8%)	20 (19,6%)	26 (26,3%)
<i>Respiratoire</i>	54 (55,7%)	47 (48,4%)	41 (42,3%)	9 (9,3%)	17 (17,7%)
<i>Digestif et métabolique</i>	39 (53,4%)	26 (35,6%)	24 (32,9%)	23 (31,5%)	15 (22,1%)
<i>antiinfectieux</i>	34 (54,8%)	26 (41,9%)	24 (38,7%)	12 (19,4%)	12 (19,6%)
<i>Total</i>	292 (54,0%)	188 (34,9%)	228 (42,3%)	123 (22,8%)	107 (20,8%)

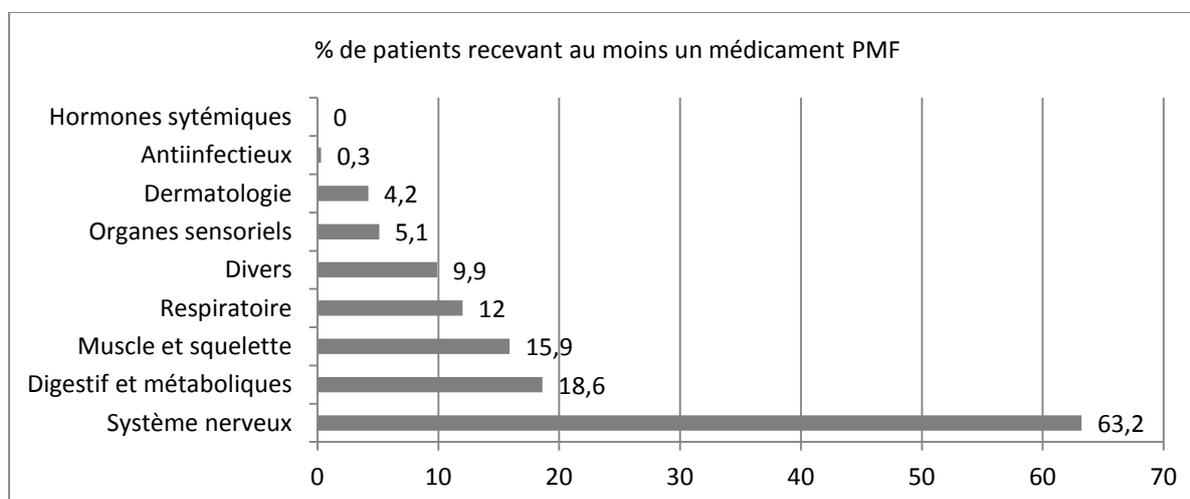
3.7.1.3 Caractère PMF ou PMO des prescriptions médicamenteuses

72,6% des patients recevant une prescription avec des produits identifiables PMF ou PMO ont eu au moins un médicament PMF parmi les médicaments prescrits.

Plus d'une fois sur trois (39,4%), les patients recevant une prescription avec des produits identifiables soit comme PMF, soit comme PMO ont eu exclusivement un ou plusieurs médicaments PMF.

Les médicaments PMF les plus prescrits étaient des médicaments du système nerveux : 63,2% des patients recevant un médicament PMF recevaient une prescription d'un médicament PMF du système nerveux. Les autres classes médicamenteuses les plus représentées étaient celles des substances à visée digestive, musculo-squelettique et respiratoire (figure 4).

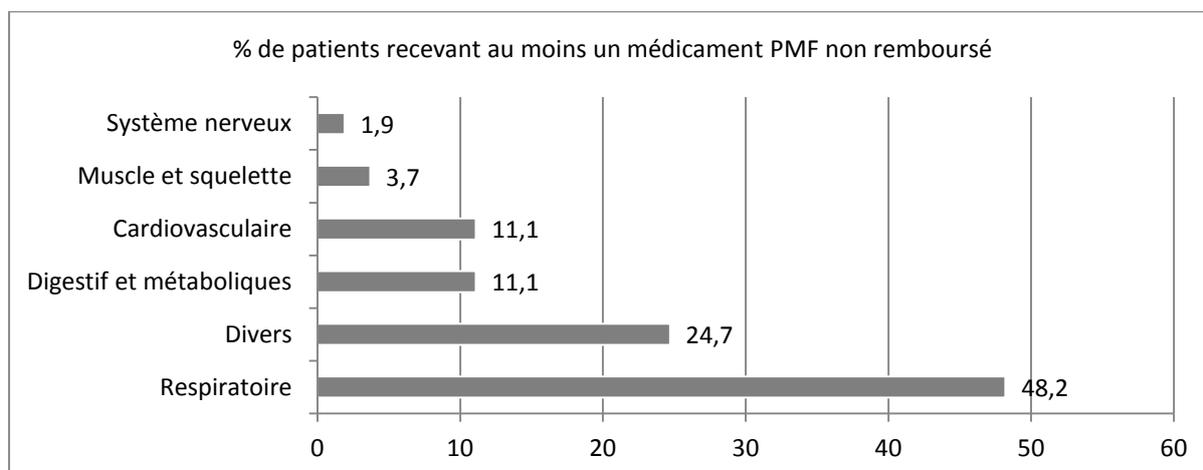
Figure 4 : Médicaments PMF prescrits



Dans 16% de ces situations, la prescription comprenait au moins un médicament PMF non remboursé. Autrement dit, dans 84% des situations où le patient recevait un traitement PMF, ce traitement était remboursé.

Les prescriptions de médicaments PMF non remboursés concernaient surtout des médicaments à visée respiratoire : chez 48,2% des patients recevant des médicaments PMF non remboursés, on comptait au moins un médicament PMF non remboursé à visée respiratoire (figure 5). Ces médicaments à visée respiratoires étaient des pastilles et des sprays pour la gorge (maxilase®, lisopaine®, hexaspray®), des anti tussifs (toplexil®), des fluidifiants (mucomyst®), des solutions nasales en spray (actisoufre®, rhinotrophil®), des comprimés en cas de rhinite (rhinadvil®). Ils correspondaient aux médicaments qui nous ont semblé controversés.

Figure 5 : Médicaments PMF non remboursés prescrits



3.7.2 Examens complémentaires

Un ou plusieurs examens complémentaires étaient prescrits dans 19,2% des consultations. 12,2% des patients recevaient la prescription d'au moins une imagerie et 9,7% des patients recevaient la prescription d'au moins un examen biologique (dont 3,5% un examen microbiologique type examen cytobactériologique des urines ou coprocultures et 6,8% un bilan sanguin).

Les médecins prescrivaient moins d'examen complémentaire en cas de plaintes respiratoires ($p < 0,001$) ou dermatologiques ($p = 0,007$). Par contre, ils en prescrivaient davantage en cas de plaintes ostéo-articulaires ($p < 0,001$).

3.7.3 Avis spécialisés

Un ou plusieurs avis spécialisés étaient demandés dans 15,5% des consultations. Parmi ces consultations, il s'agissait d'une orientation vers un kinésithérapeute dans 26,3% des cas. Un médecin spécialiste était sollicité dans 70,7% des cas et un autre soignant non médecin (podologue, dentiste) dans 6,1% des cas.

Les médecins demandaient moins d'avis à un confrère spécialiste lors de plaintes respiratoires ($p < 0,001$) ou d'ordre général ($p = 0,02$). En revanche, il y avait davantage de demandes d'avis spécialisé en cas de plaintes ostéo-articulaires.

3.8 Facteurs influençant les prescriptions médicamenteuses

Les variables analysées étaient : la discussion autour de l'automédication, le sexe et l'âge des patients, la zone de résidence, la présence ou non d'un tiers payant CMU ou AME, la catégorie socio-professionnelle, les motifs de consultation, l'âge et le sexe du médecin, le nombre de consultation par jour, la durée de la consultation et la distance entre le cabinet médical et la résidence du patient.

Les résultats principaux sont présentés dans le tableau 8.

Tableau 8 - Facteurs influençant les prescriptions médicamenteuses

		Analyse bivariée		Analyse multivariée	
		Proportion avec une prescription	p	OR (IC 95%)	p
<i>Sexe patient</i>	<i>Homme</i>	213 (85,5%)	0,98	-	-
	<i>Femme</i>	250 (85,6%)			
<i>Age patient</i>	<i><30 ans</i>	167 (88,8%)	0,17	1	0,17
	<i>30-59 ans</i>	193 (84,6%)			
	<i>≥60 ans</i>	100 (81,3%)			
<i>Discussion automédication</i>	<i>oui</i>	345 (91,5%)	<0,001	4,4 (2,5—7,6)	<0,001
	<i>non</i>	117 (71,3%)			
<i>Motif de consultation</i>					
<i>Respiratoire</i>	<i>oui</i>	119 (93,7%)	0,002	2,7 (1,2—6,0)	0,02
	<i>non</i>	324 (82,7%)			
<i>Problème général</i>	<i>oui</i>	60 (88,2%)	0,47	-	-
	<i>non</i>	383 (84,9%)			
<i>Digestif</i>	<i>oui</i>	63 (85,1%)	0,95	-	-
	<i>non</i>	380 (85,4%)			
<i>Ostéo-articulaire</i>	<i>oui</i>	128 (83,1%)	0,34	-	-
	<i>non</i>	315 (86,3%)			
<i>Psychologique</i>	<i>oui</i>	8 (50%)	<0,001	0,2 (0,1—0,7)	0,01
	<i>non</i>	435 (86,5%)			
<i>Sexe médecin</i>	<i>Homme</i>	286 (86,4%)	0,41	-	-
	<i>Femme</i>	177 (83,9%)			
<i>Age médecin</i>	<i>< 45 ans</i>	61 (79,2%)	0,08	1	0,01
	<i>≥ 45 ans</i>	398 (86,7%)			
<i>Durée consultation</i>	<i>< 15 minutes</i>	161 (90,4%)	0,03	1,9 (1,0—3,6)	0,04
	<i>≥ 15 minutes</i>	295 (83,3%)			
<i>Nombre consultations/jour</i>	<i>≤ 25</i>	279 (86,9%)	0,31	-	-
	<i>>25</i>	175 (83,7%)			

Lorsqu'il y avait une discussion autour de l'automédication, que ce soit une mention spontanée du patient et /ou une exploration du médecin, il y avait plus de prescriptions médicamenteuses ($p < 0,001$).

Il y avait plus de médicaments prescrits pour des motifs respiratoires ($p = 0,002$). A contrario, il y en avait moins de prescrits pour des motifs psychiatriques ($p < 0,001$).

Les médecins réalisant des consultations de moins de 15 minutes prescrivaient davantage d'ordonnances médicamenteuses ($p = 0,03$). On observait une tendance à l'augmentation des prescriptions médicamenteuses chez les médecins de 45 ans et plus ($p = 0,08$).

En analyse multivariée, les médecins de plus de 45 ans et réalisant des consultations de moins de 15 minutes prescrivent davantage d'ordonnances médicamenteuses à l'issue d'une consultation ayant fait l'objet d'une discussion autour des pratiques d'automédication du

patient, notamment si ce dernier est jeune et qu'il consulte pour un motif respiratoire et non pas psychologique.

3.9 Description des prescriptions médicamenteuses quand il y a discussion

3.9.1 Comportements des médecins

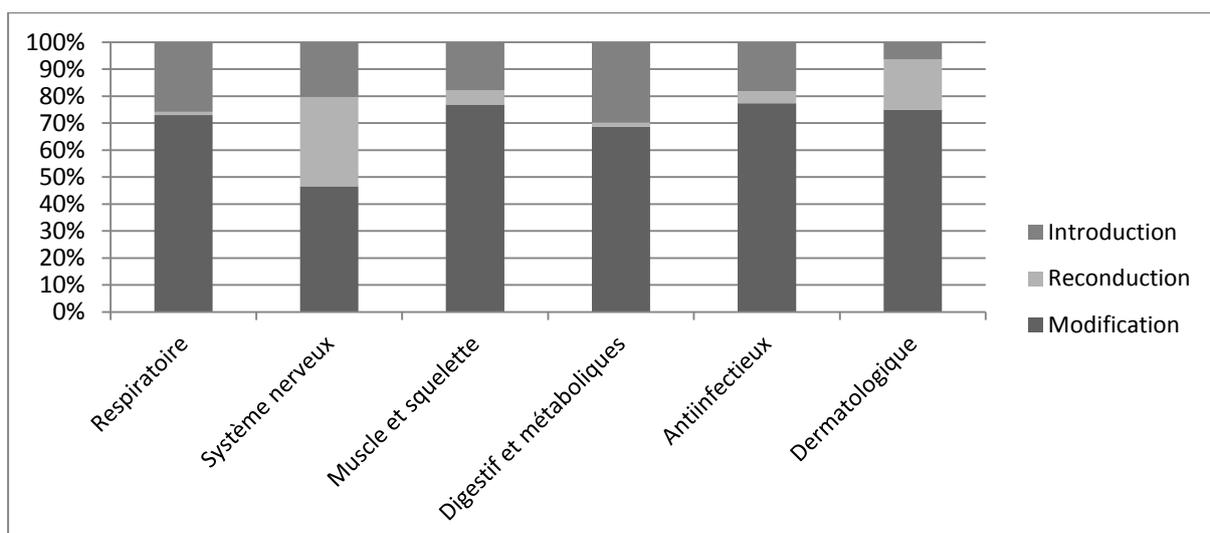
Quand il y a eu discussion autour de l'automédication et qu'une automédication préalable a pu être identifiée, deux possibilités se dessinaient : soit le médecin avait fait une prescription médicamenteuse, ce qui était le cas plus de 9 fois sur 10 (91,7%), soit il n'y avait pas de traitement prescrit (8,3% des cas).

Ensuite, lorsque le médecin a décidé de faire une prescription médicamenteuse, il a modifié le traitement pris en automédication plus de 8 fois sur 10 (82,8%). Dans les autres situations, le médecin reconduisait simplement un ou plusieurs des traitements pris en automédication (17,2%).

Quand il y avait modification, les modifications portaient surtout sur l'ajout d'une classe médicamenteuse (94,9%). La modification de la posologie représentait 4,7% des modifications et le changement de palier des antalgiques 6,8% de l'ensemble des modifications.

3.9.2 Classes médicamenteuses prescrites

Figure 6 : Distribution des classes médicamenteuses (%) selon les groupes : modification / reconduction / introduction



Définitions des groupes :

-Introduction : patients chez qui il y a eu une discussion autour de l'automédication, révélant l'absence d'automédication et qui ont reçu en fin de consultation une prescription médicamenteuse,

-Reconduction : présence d'une discussion, d'une automédication préalable et d'une prescription avec reconduction seule du traitement d'automédication,

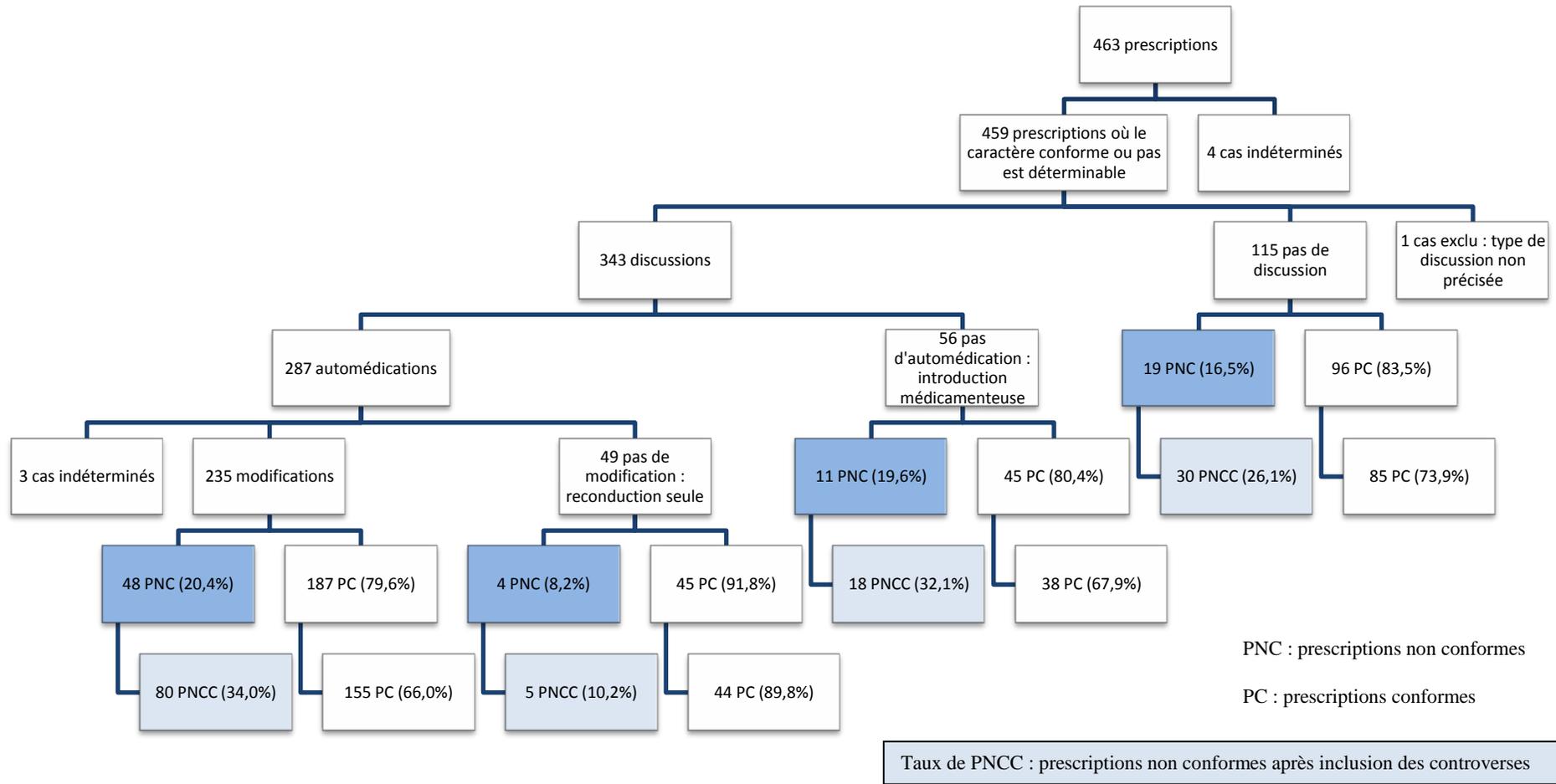
-Modification : présence d'une discussion, d'une automédication préalable et d'une prescription avec modification du traitement d'automédication.

La figure 6 nous montre que chaque classe médicamenteuse se répartit globalement de façon similaire entre les groupes modification, reconduction et introduction, sauf les médicaments du système nerveux central et les médicaments à visée dermatologique. Ces deux classes médicamenteuses sont davantage reconduites par les médecins que les autres classes médicamenteuses.

3.10 Caractère conforme des prescriptions médicamenteuses

3.10.1 Vision globale (figure 7)

Figure 7 : Répartition des prescriptions médicamenteuses non conformes selon les comportements des médecins



3.10.2 Taux de prescriptions non conformes

3.10.2.1 *Avec discussion autour de l'automédication*

3.10.2.1.1 Sans controverse

Lorsque le patient s'est automédiqué et que le médecin a fait une prescription modifiant le traitement pris en automédication, le taux de prescription non conformes s'est élevé à 20,4%. En revanche, il n'a été que de 8,2% lors que le médecin a décidé de reconduire simplement le ou les traitements pris en automédication, sans les modifier.

Quand la discussion a permis d'éliminer un recours à l'automédication préalable, le taux de prescriptions non conformes était de 19,6%

3.10.2.1.2 Avec controverses

Pour rappel, une prescription était qualifiée de controversée et venait s'ajouter aux prescriptions non conformes lors qu'elle comprenait soit des myorelaxants pour des douleurs rachidiennes, soit des médicaments dit « symptomatiques ou de confort » utilisés dans les infections virales bénignes de la sphère ORL.

Dans les situations où il y a eu automédication et modification, le taux de prescriptions non conformes atteignait 34,0%. Lorsqu'il y avait une simple reconduction, il était de seulement 10,2%.

Quand la discussion a permis d'éliminer une automédication préalable mais que le médecin décidait de faire une prescription, le taux de prescriptions non conformes était de 32,1%.

3.10.2.2 *Sans discussion*

A l'issue des consultations durant lesquelles aucune discussion autour de l'automédication n'a eu lieu, le taux de prescriptions non conformes était de 16,5%. Il s'élevait à 26,1% lorsque les controverses étaient incluses.

3.10.3 Comparaison des 3 groupes : « modification », « reconduction » et « introduction »

Les motifs classés en problèmes généraux étaient plus fréquents de façon significative dans le groupe « reconduction » que dans les groupes « modification » ($p=0,04$) et « introduction » ($p=0,004$). Il n'y avait pas de différence significative concernant la répartition des motifs respiratoires, psychologiques, digestifs et ostéo-articulaires entre les trois groupes.

Les trois groupes restaient comparables concernant les autres variables : caractéristiques des patients, caractéristiques des médecins, durée de la consultation (tableaux 9, 10 et 11).

Tableau 9 : Comparaison des caractéristiques des patients des 3 groupes : modification / reconduction / introduction

	Sexe patient		p	Age patient			p	Zone de résidence		p	Bénéficiaire CMU ou AME		p	Distance cabinet		p
	Homme	Femme		<30 ans	30-59 ans	≥60 ans		urbain	rurale		non	oui		<5 km	≥ 5 km	
<i>Modification</i>	113 (48,1%)	122 (51,9%)	0,51	85 (36,7%)	98 (42,2%)	49 (21,1%)	0,87	176 (78,2%)	49 (21,8%)	0,80	223 (94,9%)	12 (5,1%)	0,56	152 (67,6%)	73 (32,4%)	0,12
<i>Reconduction</i>	21 (42,9%)	28 (57,1%)		17 (34,7%)	20 (40,8%)	12 (24,5%)		32 (80%)	8 (20%)		47 (95,9%)	2 (4,1%)		32 (80%)	8 (20%)	
<i>Reconduction</i>	21 (42,9%)	28 (57,1%)	0,34	17 (34,7%)	20 (40,8%)	12 (24,5%)	0,44	32 (80%)	8 (20%)	0,93	47 (95,9%)	2 (4,1%)	0,41	32 (80%)	8 (20%)	0,60
<i>Introduction</i>	19 (33,9%)	37 (66,1%)		18 (32,1%)	29 (51,8%)	9 (16,1%)		42 (79,2%)	11 (20,8%)		52 (92,9%)	4 (7,1%)		40 (75,5%)	13 (24,5%)	
<i>Modification</i>	113 (48,1%)	122 (51,9%)	0,06	85 (36,7%)	98 (42,2%)	49 (21,1%)	0,42	176 (78,2%)	49 (21,8%)	0,87	223 (94,9%)	12 (5,1%)	0,37	152 (67,6%)	73 (32,4%)	0,26
<i>Introduction</i>	19 (33,9%)	37 (66,1%)		18 (32,1%)	29 (51,8%)	9 (16,1%)		42 (79,2%)	11 (20,8%)		52 (92,9%)	4 (7,1%)		40 (75,5%)	13 (24,5%)	

Tableau 10 : Comparaison des motifs de consultation des 3 groupes : modification / reconduction / introduction

	Motif ostéo-articulaire		p	Respiratoire		p	Problème général		p	Digestif		p	Psychologique		p
	oui	non		oui	non		oui	non		oui	non		oui	non	
<i>Modification</i>	65 (29%)	159 (71%)	0,78	61 (27,2%)	163 (72,8%)	0,94	32 (14,3%)	192 (85,7%)	0,04	36 (16,1%)	188 (83,9%)	0,10	3 (1,4%)	221 (98,6%)	0,20
<i>Reconduction</i>	14 (31,1%)	31 (68,9%)		12 (26,7%)	33 (73,3%)		12 (26,7%)	33 (73,3%)		3 (6,7%)	42 (93,3%)		2 (4,4%)	43 (95,6%)	
<i>Reconduction</i>	14 (31,1%)	31 (68,9%)	0,92	12 (26,7%)	33 (73,3%)	0,64	12 (26,7%)	33 (73,3%)	0,004	3 (6,7%)	42 (93,3%)	0,08	2 (4,4%)	43 (95,6%)	0,21
<i>Introduction</i>	17 (32,1%)	36 (67,9%)		12 (22,6%)	41 (77,4%)		3 (5,7%)	50 (94,3%)		10 (18,9%)	43 (81,1%)		0 (0%)	53 (100%)	
<i>Modification</i>	65 (29%)	159 (71%)	0,66	61 (27,2%)	163 (72,8%)	0,49	32 (14,3%)	192 (85,7%)	0,06	36 (16,1%)	188 (83,9%)	0,62	3 (1,4%)	221 (98,6%)	0,53
<i>Introduction</i>	17 (32,1%)	36 (67,9%)		12 (22,6%)	41 (77,4%)		3 (5,7%)	50 (94,3)		10 (18,9%)	43 (81,1%)		0 (0%)	53 (100%)	

Tableau 11 : Comparaison des caractéristiques des médecins des 3 groupes : modification / reconduction / introduction

	Sexe médecin		p	Age médecin		p	Zone d'exercice		p	Durée consultation		p	Nombre consultations / jour		p
	Homme	Femme		<45 ans	≥ 45 ans		urbaine	rurale		<15 min	≥15 min		≤25	>25	
<i>Modification</i>	141 (60%)	94 (40%)	0,87	33 (14%)	201 (85,9%)	0,69	192 (81,7%)	43 (18,3%)	0,17	90 (38,8%)	142 (61,2%)	0,24	133 (57,3%)	99 (42,7%)	0,07
<i>Reconduction</i>	30 (61,2%)	19 (38,8%)		8 (16,3%)	41 (83,7%)		44 (89,8%)	5 (10,2%)		14 (29,8%)	33 (70,2%)		35 (71,4%)	14 (28,6%)	
<i>Reconduction</i>	30 (61,2%)	19 (38,8%)	0,75	8 (16,3%)	41 (83,7%)	0,80	44 (89,8%)	5 (10,2%)	0,26	14 (29,8%)	33 (70,2%)	0,44	35 (71,4%)	14 (28,6%)	0,51
<i>Introduction</i>	36 (64,3%)	20 (35,7%)		8 (14,6%)	47 (85,4%)		46 (82,1%)	10 (17,9%)		20 (37,0%)	34 (63,0%)		36 (65,5%)	19 (34,5%)	
<i>Modification</i>	141 (60%)	94 (40%)	0,56	33 (14%)	201 (85,9%)	0,93	192 (81,7%)	43 (18,3%)	0,94	90 (38,8%)	142 (61,2%)	0,81	133 (57,3%)	99 (42,7%)	0,27
<i>Introduction</i>	36 (64,3%)	20 (35,7%)		8 (14,6%)	47 (85,4%)		46 (82,1%)	10 (17,9%)		20 (37,0%)	34 (63,0%)		36 (65,5%)	19 (34,5%)	

3.10.4 Comparaison des taux de prescriptions non conformes

3.10.4.1 *Sans controverse*

De façon significative, il y avait moins de prescriptions non conformes dans le groupe « reconduction » que dans le groupe « modification » ($p=0,04$). Lorsque le médecin reconduisait le traitement entrepris par le patient il y avait moins de prescriptions inadaptées que lorsqu'il le modifiait.

Il n'y avait pas de différence significative entre le groupe « modification » et le groupe « introduction » ni avec celui « sans discussion ».

Si l'on excluait de chaque groupe les plaintes d'ordre général (plus nombreuses dans le groupe « reconduction »), on constatait la même tendance à la diminution des prescriptions non conformes dans le groupe « reconduction » par rapport au groupe « modification » mais cette fois non significative ($p=0,16$).

3.10.4.2 *Avec controverses*

Après inclusion des controverses, le taux de prescriptions non conformes était moindre pour le groupe « reconduction », en comparaison au groupe « modification » ($p=0,001$), au groupe « introduction » ($p=0,007$) et à celui « sans discussion » ($p=0,02$).

Lorsque le médecin reconduisait le traitement entrepris par le patient, il y avait moins de prescriptions non conformes que lorsqu'il le modifiait ou s'il décidait d'en introduire un alors qu'il n'y avait pas eu d'automédication signalée ou pas de discussion sur l'automédication.

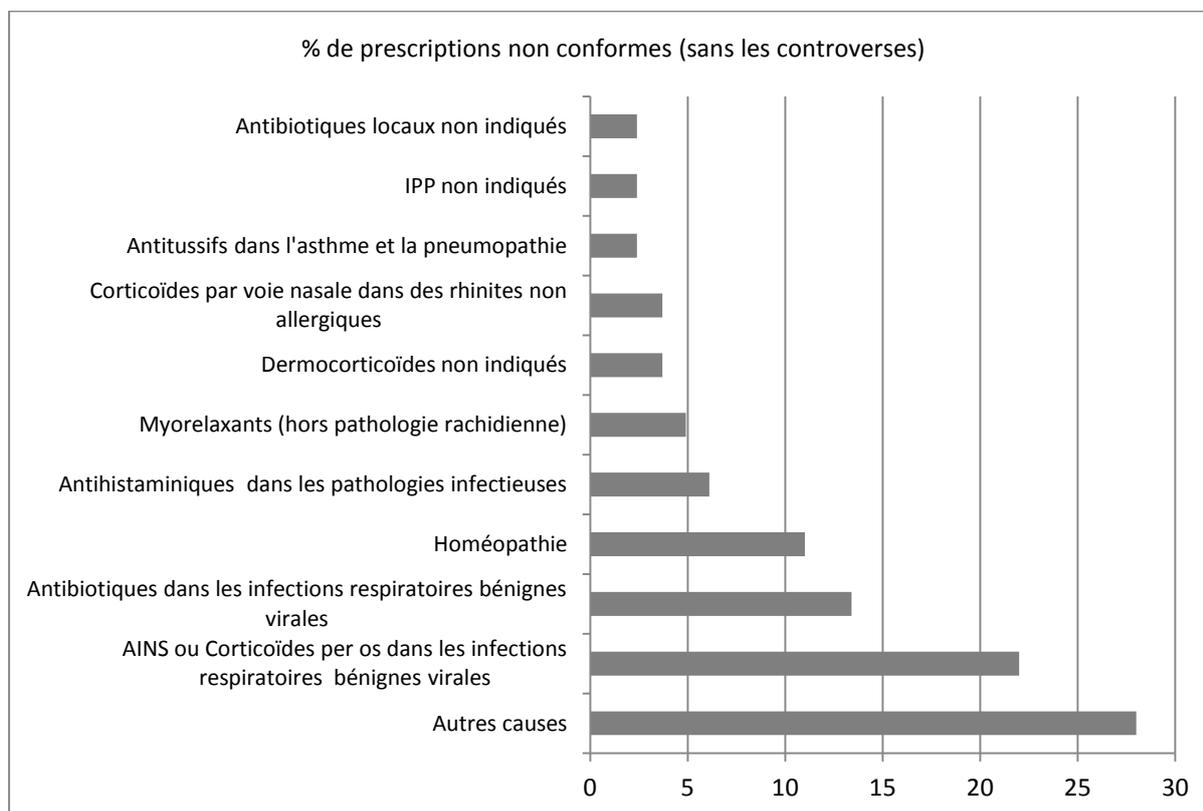
Il n'y avait pas de différence significative entre le groupe « modification » et le groupe « introduction » ni avec celui « sans discussion ».

Si l'on excluait de chaque groupe les plaintes d'ordre général, le taux de prescriptions non conformes était toujours significativement moindre pour le groupe « reconduction », en comparaison au groupe « modification » ($p= 0,006$) et « introduction » ($p=0,03$).

3.10.5 Contenu des prescriptions non conformes

3.10.5.1 *Sans les controverses*

Figure 8 : Répartition des prescriptions non conformes selon les causes de non conformité



La figure 8 nous montre la répartition des prescriptions non conformes selon les causes principales de non conformité, les controverses étant exclues. Plus d'une fois sur cinq, la raison de non-conformité d'une prescription médicamenteuse était la présence d'un AINS ou d'un corticoïde per os dans une infection respiratoire bénignes virales (hors contexte BPCO ou asthme). L'autre raison principale évoquée était les antibiotiques dans les infections respiratoires hautes bénignes virales dans un cas sur huit.

Et si l'on observait l'ensemble des prescriptions d'antibiotiques réalisées à l'issue de consultations au cours desquelles il y a eu discussion, 29,5% de ces prescriptions n'étaient pas conformes.

Les myorelaxants étaient considérés comme non conformes quand ils étaient prescrits pour des pathologies autres que des pathologies rachidiennes (pour rappel, ces médicaments étaient conformes mais controversés lorsqu'ils étaient prescrits pour des pathologies rachidiennes).

Les myorelaxants prescrits hors pathologies rachidiennes étaient une autre cause fréquente de non-conformité, ainsi que la prescription d'antihistaminiques per os pour une infection ORL et d'homéopathie.

La catégorie « autres causes » rassemblaient des situations isolées de non-conformité comme par exemple : le mésusage des antalgiques dans la migraine, la prescription d'un AINS pour une infection cutanée, un antiviral per os pour de l'herpès labial, un anxiolytique pour une lombosciatique...

3.10.5.2 Avec les controverses

51 prescriptions initialement conformes ont été jugées controversées. Il s'agissait de prescriptions de myorelaxants dans les pathologies rachidiennes pour 20 situations.

Concernant les 31 autres situations controversées, il s'agissait de prescriptions de médicaments dits « de confort » dans les infections respiratoires virales bénignes à savoir : les antitussifs, les antiseptiques, vasoconstricteurs et corticoïdes par voie nasale, les collutoires et pastilles pour la gorge.

4 Discussion

Les deux thèses précédentes, portant sur les discussions autour de l'automédication lors d'une rencontre de soins médecin-patient ont montré que la rédaction d'une ordonnance de médicaments était plus fréquente lorsqu'il existait un échange autour de l'automédication. Notre étude confirme cette observation. Globalement, 85,4% des consultations se sont conclues par une prescription. Ce fut le cas de 91,5% des consultations où il y a eu un échange autour de l'automédication. Quand il y avait discussion et révélation d'une automédication préalable, le médecin modifiait le ou les traitements pris en automédication plus de 8 fois sur 10, avec l'ajout d'une ou plusieurs classes médicamenteuses le plus souvent. Dans 17,2% des consultations, il s'agissait d'une reconduction simple du traitement pris en automédication. 20 à 30% des prescriptions médicamenteuses étaient considérées comme non conformes, que ce soit dans le groupe « modification » ou le groupe « introduction » ou le groupe « sans discussion ». En revanche, un taux significativement moins élevé de prescriptions non conformes a été observé dans le groupe « reconduction ».

4.1 Biais de l'étude

Il s'est agi d'une étude par observation directe. Ce type de recueil a des limites. Il existe des biais de sélection et des biais de classement, similaires à ceux mentionnés dans les thèses précédentes réalisées à Nantes sur ce sujet (7) (8).

4.1.1 Biais de sélection

Il existe un biais de sélection lié au recrutement des médecins de notre étude. Ils étaient tous des maîtres de stage universitaires. Plusieurs études ont montré qu'il existe des spécificités chez les MSU par rapport au reste des médecins généralistes libéraux ; ils semblent pratiquer davantage une approche centrée sur le patient (40), ils ont une plus grande appétence à se former (41). L'extrapolation de nos résultats à l'ensemble de la population des généralistes est ainsi rendue difficile.

4.1.2 Biais de classement

4.1.2.1 *Lié à la subjectivité de l'enquêteur :*

38 enquêteurs ont participé au recueil des données. Ils étaient tous internes en stage ambulatoire de niveau 1, avec un niveau de connaissances que l'on peut juger à peu près homogène. Cependant, il existe, indéniablement, une variabilité inter-individuelle dans les

opérations de recueil des données. Pendant l'observation, la motivation, la rigueur et l'interprétation de la consultation peuvent s'avérer différentes d'un interne à l'autre, ce qui est de nature à influencer la qualité des données. Toutefois, on ne voit pas de raison particulière nous incitant à penser que cette variabilité inter-interne ait pu avoir lieu systématiquement dans un sens plutôt qu'un autre, ce qui est alors susceptible d'entraîner un biais.

De plus, la méthode choisie, d'observation directe, implique que l'enquêteur se comporte en observateur non participatif, n'intervenant pas dans la consultation. Ceci n'a peut-être pas été strictement respecté par tous les enquêteurs. D'autres méthodes de recueil, comme les enregistrements audio ou vidéonumériques, avec l'interprétation des enregistrements réalisée par une seule personne, permettent d'éviter ce biais mais elles impliquent davantage de temps pour la lecture et le codage des enregistrements.

Il existe aussi une variabilité intra-individuelle : un même interne peut avoir interprété différemment deux situations cliniques quasiment identiques.

4.1.2.2 Lié à la subjectivité des médecins enquêtés :

Les médecins étaient en aveugle : ils étaient informés de l'étude mais ils n'avaient pas connaissance de la méthodologie ni de la finalité exactes de l'étude. Nous ne savons pas si tous les praticiens le sont demeurés jusqu'au bout ou si certains ont pris connaissance de la grille d'observation au cours de l'étude.

4.1.2.3 Lié à la subjectivité du thésard :

La procédure à suivre pour la recherche des recommandations a été décidée après discussion entre les trois investigateurs (thésard, directeur de thèse et co-directeur de thèse). Le choix de la recommandation pour chaque résultat de consultation était établi par le thésard. Il décidait si la prescription était classée conforme ou pas. En cas de doute, le thésard interrogeait les deux autres investigateurs afin d'obtenir une décision collégiale, limitant ainsi le biais d'interprétation. On aurait pu limiter encore davantage ce biais en effectuant une double interprétation (deux personnes effectuent l'analyse indépendamment) mais cela aurait impliqué plus de temps et de moyens humains.

4.1.2.4 Lié à la période de recueil :

L'étude s'est déroulée de mai à juillet. Ceci a pu avoir un impact sur la fréquence des motifs de consultations et sur les médicaments d'automédication et les prescriptions, les pathologies virales de la sphère ORL étant moins nombreuses à cette période de l'année.

4.2 Comparaison à la vague 1 de 2012

Même si dans notre étude les enquêteurs étaient moins nombreux que ceux de la vague 1 de 2012 (38 internes versus 48) entraînant un nombre de médecins et un nombre de patients moins importants (respectivement 100 versus 126 et 542 versus 1597), notre étude peut être comparée à celle de la vague 1.

4.2.1 Comparaison des médecins et de la population étudiée

Les caractéristiques des médecins de l'étude étaient comparables à ceux de la vague 1 concernant l'âge, le sexe et la zone d'exercice.

La durée moyenne de la consultation de 16,5 minutes (médiane à 15) était proche de celle retrouvée dans une étude de la DRESS de 2006 (16 minutes) toutes consultations confondues (42).

Le nombre moyen de consultations par jour de 26 (avec une médiane à 25) était de même comparable aux données de la littérature (39).

Notre étude incluait moins de femmes et davantage de patients résidant à 5 kilomètres ou plus du cabinet médical. Cependant, la population de notre étude et celle de la vague 1 sont comparables concernant l'âge, l'existence d'un tiers-payant social, la zone de résidence, la distribution selon les catégories socio-professionnelles.

4.2.2 Discussion autour de l'automédication

Le thème de l'automédication, qu'il y ait eu prise ou non de médicaments, était abordé dans plus de deux tiers des consultations dans les deux études avec un taux de discussion de 67,3% pour la vague 1 et 69,7% pour notre étude.

Le taux de mention spontanée d'automédication par le patient et celui de l'exploration du médecin étaient aussi similaires entre les deux études réalisées à 3 années d'intervalle.

4.2.3 Motifs de consultation

Les principaux motifs de consultation de notre étude et de la vague 1 étaient comparables : il s'agissait en premier lieu des plaintes de natures ostéo-articulaire, respiratoire et digestive. Dans une étude concernant les recours urgents ou non programmés en médecine générale (43), on retrouvait la douleur comme symptôme prépondérant, déclarée par les trois quarts des patients. La fièvre était exprimée par un patient sur trois. Les diarrhées ou les vomissements étaient mentionnés dans un recours urgent sur cinq. Les plaintes d'ordre ostéo-articulaire étant

principalement représentées par la douleur d'une partie du corps, ces données de la littérature concordent avec les résultats de notre étude. D'après l'étude ECOGEN de 2014 (44), les symptômes respiratoires étaient des motifs fréquents de consultation (toux, congestion nasale, plaintes de gorge).

Les patients de notre étude et de la vague 1 de 2012 se distribuaient de façon similaire selon les motifs de consultation. Les patients de moins de 30 ans souffraient principalement de problèmes respiratoires, digestifs ou généraux, regroupant ainsi principalement des problèmes infectieux. Ces résultats concordent avec ceux de l'étude de *Gouyon* où les maladies infectieuses prédominaient pour les enfants et les jeunes adultes (45).

Dans notre étude, la vague 1 et celle de *Gouyon*, les plaintes rhumatologiques concernaient surtout les adultes de plus de 30 ans. Les résultats étaient similaires pour les plaintes d'ordre psychologique, qui touchaient les adultes de 30 à 59 ans et majoritairement des femmes.

Comme dans la vague 1, le patient mentionnait l'automédication pour des motifs majoritairement d'ordre général. Les plaintes psychologiques n'étaient pas propices à la mention de l'automédication par le patient, ni à son exploration par le médecin.

En revanche, quand les patients avaient une plainte psychologique et qu'il y avait une discussion, une automédication était signalée à chaque fois. Ceci laisse penser que le médecin généraliste a tout intérêt à explorer les pratiques d'automédication d'un patient présentant une plainte d'ordre psychologique.

4.2.4 Médicaments de l'automédication

Quand la discussion a permis de statuer, le taux d'automédication était de 83,6% : environ 8 personnes sur 10 ont eu recours à l'automédication. Ce taux est proche de celui retrouvé dans les données de la littérature (10).

Dans notre étude et dans la vague 1 de 2012, les médicaments pris en automédication étaient dominés largement par ceux du système nerveux, comprenant principalement les antalgiques dont le paracétamol. Les autres classes médicamenteuses fréquemment utilisées étaient similaires dans les deux études, à savoir celles à visée musculo-squelettique, respiratoire et digestive. Ces classes médicamenteuses correspondaient aux motifs de consultation les plus fréquemment observés dans les deux études. Dans les deux études, les antalgiques (antipyrétiques) étaient davantage consommés par les patients de moins de 30 ans et les médicaments à visée musculo-squelettique par les patients âgés de 30 à 59 ans.

4.3 Impact de la discussion autour de l'automédication sur le comportement du médecin : une augmentation des prescriptions médicamenteuses

Notre étude a confirmée le lien déjà mis en évidence dans les deux thèses précédentes de *Thay* et *Guerrero* entre une discussion autour de l'automédication et le comportement final du médecin. Ainsi, nous avons montré que la discussion autour de l'automédication lors d'une consultation de médecine générale pour une affection aiguë était significativement liée à un recours accru aux prescriptions médicamenteuses et à une diminution des recours aux spécialistes.

La suite de la discussion va porter sur le contenu des prescriptions globales, l'analyse des facteurs influençant les prescriptions médicamenteuses puis sur le contenu et la conformité des prescriptions médicamenteuses quand il y a discussion.

4.4 Contenu des prescriptions globales

4.4.1 Prescriptions médicamenteuses

Les prescriptions médicamenteuses étaient représentées majoritairement par des prescriptions du système nerveux, comprenant principalement des antalgiques et antipyrétiques (51,9% des patients recevant une prescription avaient un traitement du système nerveux). Les autres prescriptions fréquentes concernaient les médicaments à visée musculo-squelettique (dont les AINS) et à visée respiratoire. Ces résultats concordent avec les motifs de consultations les plus fréquents à savoir les motifs ostéoarticulaires, respiratoires, digestifs et généraux. Ils concordent aussi avec les résultats de la littérature : dans l'étude *d'Amar* de 2005 (20) sur les prescriptions des médecins généralistes, toutes consultations confondues, les médicaments les plus prescrits étaient ceux de l'appareil cardio-vasculaire (correspondant aux consultations pour suivi d'une affection chronique, notamment l'hypertension artérielle ou l'insuffisance cardiaque) puis ceux du système nerveux central, de l'appareil digestif, respiratoire et locomoteur. Les analgésiques non narcotiques antipyrétiques (dont l'aspirine et le paracétamol), les AINS, les décongestionnants et autres préparations pour le nez à usage topique faisaient partie des classes thérapeutiques les plus prescrites de l'étude *Amar*.

Ici, pour 13,4% des patients recevant une prescription il s'agissait d'un traitement anti-infectieux. Et dans 17,7% des situations, cela concernait une infection respiratoire virale bénigne. Selon plusieurs études, les infections respiratoires présumées d'origine virale sont un des motifs majeurs de prescription d'antibiotiques (27) (46) (47).

Les médicaments à prescription médicale facultative étaient fréquemment prescrits : plus de 2/3 des patients (72,6%) recevant une ordonnance avaient un ou plusieurs médicaments PMF prescrits. Les médicaments PMF les plus prescrits étaient les médicaments du système nerveux (paracétamol) et du système musculo-squelettique (certains AINS). Dans un rapport de l'ANSM de 2013, parmi les médicaments à PMF les plus vendus (prescrits et non prescrits) figurent les spécialités à base de paracétamol en premier. Certains anti-inflammatoires non stéroïdiens font eux aussi partie des 25 spécialités PMF les plus vendues (48).

Plus de 8 fois sur 10, il s'agissait d'un médicament à PMF remboursé, ce qui n'est pas surprenant si l'on rappelle qu'en France 80% des médicaments à PMF sont remboursables si ils sont prescrits (1). Lorsqu'un patient recevait un médicament à PMF non remboursé, presque une fois sur deux (48,2%) il s'agissait d'un médicament à visée respiratoire. C'est le cas aussi dans la thèse de *Louis-joseph* (49) où les produits PMF non remboursés prescrits étaient largement représentés par les médicaments du système respiratoire.

4.4.2 Autres prescriptions : examens complémentaires et avis spécialisés

Dans notre étude, 19,2% des patients recevaient une ou plusieurs prescriptions d'examens complémentaires (examens biologiques 9,7%, radiographies 12,2%) et 15,5% une orientation vers un spécialiste. Ces chiffres restent concordants avec ceux de l'étude sur les recours urgents ou non programmés en médecine générale (45) où les examens biologiques étaient prescrits dans 11% des cas, les radiographies dans 10% des cas et les patients étaient orientés vers un spécialiste dans 12% des cas.

4.5 **Un taux de prescription élevé**

4.5.1 Une prescription dans plus de 8 consultations sur 10

Dans notre étude, plus de 8 consultations sur 10 (85,4%) se concluaient par la prescription d'un ou plusieurs médicaments. Dans l'étude d'*Amar* et collaborateurs (20), 78% des consultations de médecine générale donnaient lieu à la prescription d'au moins un médicament, toutes consultations confondues. Dans l'étude de *Gouyon* qui concerne les recours urgents ou non programmés (45), des médicaments étaient prescrits dans 9 cas sur 10.

En moyenne, dans notre étude, on observait la prescription de 1,8 médicament par consultation. Ce chiffre est plus bas que celui observé dans l'étude d'*Amar* et collaborateurs où toutes consultations confondues, 2,9 médicaments étaient prescrits en moyenne avec un

taux variant de 2,4 à 4,2 selon les motifs de consultation. Plus de 3 médicaments étaient prescrits dans le cadre des infections des voies aériennes par exemple. Cette étude prenait en compte toutes les consultations de médecine générale, incluant les consultations de renouvellement pour le suivi des pathologies chroniques, propices aux ordonnances comportant plusieurs lignes de prescription, ce qui peut expliquer la différence observée.

Dans notre étude le nombre de médicaments par prescription apparaît moindre (pour des motifs aigus) mais le taux de prescription, plus de 8 fois sur 10, proche de celui retrouvé dans la littérature, est élevé comparé aux autres pays d'Europe (21). Cela pose le problème du modèle de prescription français.

4.5.2 Le modèle de prescription français

4.5.2.1 *La logique de « réparation instantanée »*

L'étude de *Rosman* de 2010 (28) apporte des éléments de réponse pour tenter de comprendre ce taux élevé de prescriptions médicamenteuses en France et la différence avec les autres pays européens, notamment avec les Pays-Bas. Cette étude démontre que la majorité des médecins français se situe dans une logique de prescription dite logique de « réparation instantanée » à la différence des médecins néerlandais qui, pour la plupart d'entre eux, sont plutôt dans une logique de « restriction ».

La logique de « réparation », très présente chez les médecins français, place le médicament comme l'outil principal pour « réparer », répondre à la plainte du malade. Ce rôle principal de la prescription pour soulager la souffrance du patient a plusieurs explications.

Les médecins français mettent en avant la nécessité de répondre au patient avec compassion et l'acte de prescrire est un signe selon eux que la plainte du patient a été entendue, comprise. L'ordonnance est un moyen fort de légitimer leur compétence médicale. C'est aussi un moyen de fidéliser le patient, dans le but d'assurer la pérennité financière du cabinet médical. Le rituel de l'ordonnance s'installe.

La vision optimiste du médicament des médecins français ainsi que la reproduction des pratiques des pairs favorisent les prescriptions. Elle est très probablement liée à la formation médicale des médecins, principalement hospitalière, très attachée aux progrès thérapeutiques et sous estimant les effets secondaires des produits prescrits (50).

Les pratiques médicales sont liées à celles des patients. Aux Pays-Bas, les soignants et soignés sont largement convaincus des capacités du corps à l'auto-guérison, en lien avec le déroulement naturel de la maladie. Leurs comportements peuvent aussi s'expliquer par une influence religieuse protestante où l'accent est mis sur la frugalité et la responsabilité de la personne, ce qui peut expliquer une attitude plus réservée vis-à-vis du recours au médecin et aux médicaments. A l'inverse, en France, l'influence du catholicisme peut expliquer le caractère de toute puissance accordé aux médicaments : le médicament peut-être assimilé aux objets utilisés lors des rituels de sacrements qui assureraient le salut (51). Les français ont aussi recours plus fréquemment au médecin (21).

Dans cette même étude, *Rosman* souligne également l'impact en France du paiement à l'acte sur la prescription. Ce système de rémunération rend la non prescription difficile : « le patient français domine la fin de la consultation en retenant son règlement si ses besoins n'ont pas été satisfaits » (28).

La logique de « restriction », plus fréquemment retrouvée chez les médecins néerlandais, s'appuie quant à elle sur la réassurance et les conseils d'hygiène de vie, plutôt que sur le médicament comme outil principal pour répondre à la plainte du patient. Les médecins exerçant dans cette logique mettent en avant les objectifs de respect des recommandations de bonnes pratiques, de responsabilisation et d'éducation du patient et une volonté de maîtrise de dépenses. Ils considèrent que leur compétence est validée non pas par l'ordonnance rédigée en fin de consultation mais plutôt par leur capacité à écouter, à rassurer, à conseiller.

4.5.2.2 *Prescrire : un acte sous influences multiples*

Les motivations à prescrire des médicaments ont de multiples origines mentionnées ci-dessus : le système de santé français avec notamment le paiement à l'acte et le seuil de consultation bas (il n'y a pas de filtre dans l'accès au médecin en France, contrairement aux Pays-Bas où une assistante médicale fait un tri), les médecins (formation hospitalière, vision optimiste du médicament, nécessité de fidéliser), les patients (l'attente du médicament, le recours immédiat aux médecins).

Rosman souligne également l'influence sur les prescriptions de contraintes telles que la surcharge de travail, une salle d'attente pleine, la veille des vacances (28).

Dans une étude qualitative de 2012 (50), *Vega* décrit d'autres influences possibles sur la prescription. Les motivations initiales de chaque prescripteur semblent être un déterminant de la prescription : « ainsi, les enquêtés qui ont affirmé vouloir exercer d'emblée la médecine

générale et qui l'ont choisie pour la santé des populations sont plutôt restés ou sont devenus peu prescripteurs de médicaments à l'inverse des enquêtés venus à la médecine dans la perspective d'« *une bonne qualité de vie* », de « *travailler confortablement* », de maintenir ou élever un niveau social, de « *faire du chiffre* » (50).

L'industrie pharmaceutique influence aussi les prescriptions par diverses voies : celle des relations établies avec les professionnels dès le début des études médicales et tout au long de l'exercice et celle de l'information médicale. La participation à des FMC sponsorisées favorisent la prescription préférentielle des médicaments du sponsor, beaucoup de revues médicales sont plus ou moins dépendantes de l'industrie par le biais de la publicité (52).

Dans une étude de 2012 sur la prise en charge des affections transitoires bénignes en médecine générale, *Bedoin* a tenté d'explorer les facteurs motivant la prescription ou la non prescription en se basant sur des entretiens individuels réalisés auprès de médecins généralistes. Les médecins interrogés évoquent un contexte favorable à la médicalisation avec la médiatisation des données médicales, suscitant des angoisses ou des désirs consuméristes, les changements sociétaux (travail des deux parents, pression économique, souci de rentabilité) entraînant une moindre tolérance des faiblesses transitoires. Les médecins évoquent aussi des habitudes de prescriptions qu'ils ont pris au moment du développement de tout un arsenal thérapeutique pour répondre aux symptômes des affections transitoires bénignes, l'industrie pharmaceutique leur faisant la promotion de ces médicaments (22).

Les attentes du patient jouent aussi un rôle important dans la décision de prescription du médecin. Dans l'étude de *Little* (53), une minorité significative de prescriptions a été réalisée par les médecins, non pas parce qu'ils les jugeaient nécessaires, mais parce qu'ils considéraient que ces prescriptions correspondaient aux attentes du patient. Or plusieurs études ont montré une discordance entre les attentes réelles des patients et les attentes telles qu'elles sont perçues par les médecins (52). Ecouter, sonder les attentes plutôt que les interpréter ou les présupposer permettrait une prise en charge plus adaptée.

4.6 Facteurs influençant les prescriptions médicamenteuses

Dans notre étude, les prescriptions étaient plus nombreuses pour des motifs respiratoires. A l'inverse, le taux de prescription était plus faible pour les motifs psychologiques. Il en est de même dans l'étude d'*Amar* : « c'est en cas d'infection des voies aériennes ou de problème cardiaque que la probabilité de se voir prescrire au moins un médicament au cours de la

séance est la plus grande » (20). Dans cette étude, la présence d'une pathologie psychologique ou psychiatrique influait peu sur la probabilité de prescription.

Alors que notre étude a révélé une tendance à l'augmentation des prescriptions chez les médecins âgés de plus de 45 ans, l'étude d'*Amar* a montré un effet différencié de l'âge et du sexe avec une probabilité plus importante de prescrire chez les médecins hommes de moins de 45 ans que chez leurs confrères. En revanche, les femmes médecins de moins de 45 ans avaient une probabilité plus faible de prescrire au moins un médicament que l'ensemble de leurs confrères (20).

Notre étude a révélé aussi une augmentation des prescriptions lorsque les consultations duraient moins de 15 minutes. Ceci laisse penser que la prescription peut être un moyen efficace pour clore une consultation et gagner du temps, notamment les jours de consultation difficile, quand la salle d'attente déborde et/ou que le médecin n'a pas envie de rentrer dans une négociation, par exemple pour expliquer la non prescription d'un antibiotique ou d'un médicament que le patient demande (28).

L'autre facteur influençant les prescriptions médicamenteuses révélé par cette étude a été la discussion autour de l'automédication en début de consultation. Cette discussion était associée à une augmentation globale des prescriptions médicamenteuses. Leur contenu et leur conformité a varié selon la situation de la consultation, à savoir une modification, une reconduction ou une introduction de traitements par le médecin.

4.7 Contenu des prescriptions médicamenteuses quand il y a discussion

Dans les situations où il y avait une simple reconduction par le médecin du ou des traitements pris en automédication, les médicaments du système nerveux central et notamment les antalgiques antipyrétiques (paracétamol) dominaient largement les prescriptions de ce groupe. Ce résultat semble logique puisque les plaintes d'ordre général étaient de façon significative plus nombreuses dans ce groupe, en lien avec une prise de paracétamol en automédication et une reconduction envisagée aisément par le médecin. Les plaintes d'ordre général (comme une fièvre isolée, douleurs multiples, sensation d'être malade) conduisent le plus souvent à une surveillance de l'évolution des symptômes, avec la poursuite du paracétamol pendant cette attente.

Le paracétamol est la substance la plus vendue en quantité en officine en France (48). Elle est le médicament de « référence » pour soigner la douleur, symptôme pour lequel les individus ont recours fréquemment à l'automédication et pour lequel ils discutent de leur

automédication avec le médecin. Dans l'étude de *Collet et Gouyon*, la douleur et la fièvre étaient des symptômes favorisant un recours à l'automédication et la douleur apparaissait comme le symptôme prépondérant dans les recours urgents ou non programmés à la médecine de ville : « près de neuf personnes sur dix déclarent que leur recours avait notamment une visée antalgique » (43). Les situations où le patient consulte un médecin généraliste pour une douleur non soulagée par l'automédication apparaissent ainsi très fréquentes.

4.8 Caractère conforme des prescriptions médicamenteuses quand il y a discussion

Cette augmentation des prescriptions médicamenteuses quand il y a discussion autour de l'automédication lors de la consultation, telle qu'elle a été observée dans les deux thèses précédentes de *Thay et Guerrero* et confirmée dans notre étude, interroge.

Dans ces situations, le médecin pourrait être conduit à prescrire des médicaments « différents » de ceux pris en automédication avec le risque de prescription de traitements non médicalement justifiés, exposant le patient à davantage d'effets secondaires.

L'interrogation sur l'existence de prescriptions non conformes lorsqu'il y a discussion autour de l'automédication est compréhensive, au vu du comportement des médecins et des français en général.

En effet, la France, comme on l'a évoqué précédemment, est le pays d'Europe le plus consommateur de médicaments, avec un taux de prescriptions médicamenteuses élevé. Les médecins français ont développé une vision très optimiste du médicament. Ils suivent une logique de « réparation instantanée », via le médicament, outil central de soin, logique partagée par les patients, qui ont recours rapidement et fréquemment aux médecins généralistes et pour qui la prescription a un pouvoir symbolique fort (reconnaissance du patient en tant que malade, preuve de l'empathie du médecin, accès à la guérison). « Lorsque les médicaments sont considérés comme étant l'essence même de la pratique médicale, la prescription est l'élément principal que l'on attend d'un médecin. Ainsi, le refus de prescrire une ordonnance, bien que parfois souhaitable du point de vue biomédical, serait considéré comme une conduite irrationnelle selon les critères culturels locaux. Dans de telles situations, les médecins sont incités à prescrire des ordonnances pour faire plaisir au patient et soigner leur réputation » (54).

Les médecins français sont plus nombreux que ceux des pays voisins à ressentir une pression ou une demande importante de médicaments en fin de consultation (21).

Selon une étude IPSOS de 2005, les médecins ont l'impression de prescrire contre leur gré lors d'une consultation sur 10 (21), prescriptions qu'ils ne jugent pas nécessaires mais qu'ils disent faire en réponse aux attentes des patients (53).

De plus, la consultation se réalise après automédication. Elle est alors motivée par une absence d'amélioration de la santé du patient, par la demande de soulagement d'un épisode douloureux non amélioré par les traitements entrepris et/ou la crainte de voir le problème s'aggraver (43).

Dans une étude portant sur le traitement médicamenteux des angines et des rhinopharyngites par les généralistes et les pédiatres, les patients ayant pris une automédication avant de consulter ont eu plus souvent une prescription d'antibiotiques par leur médecin (55).

L'ensemble de ces éléments justifie notre interrogation sur une tendance à la prescription de traitements non conformes aux recommandations plus importante lorsqu'il y a discussion autour de l'automédication.

4.8.1 Un taux de prescriptions non conformes de 20 à 30%

Il n'y a pas eu de différence significative observée entre les taux de prescription médicamenteuse non conformes quand il y a discussion et modification (20,4%), quand il y a discussion sans automédication et introduction (19,5%) et quand il n'y a pas de discussion (16,5%). Le taux se situait entre 15 et 20% sans les controverses et entre 25% et 35 %, controverses incluses, sans différence significative, dans ces trois situations où le médecin « garde la main » sur la prescription.

Cette absence de différence du taux de prescription non conformes entre ces différentes situations est peut-être liée à un manque de puissance de notre étude.

Selon une étude de *Britten*, dans un cinquième (22%) des consultations où il y avait une prescription, la prescription n'était pas indiquée selon le médecin (56). Certes dans cette étude, le caractère justifié médicalement ou non de la prescription n'était pas évalué de la même façon que dans notre étude mais les chiffres de prescriptions non conformes apparaissent semblables.

Dans notre étude, les prescriptions non conformes étaient majoritairement représentées par la prescription d'AINS ou de corticoïdes dans les infections respiratoires hautes bénignes virales. Au regard de la littérature, les AINS sont prescrits par les généralistes chez 15% des cas d'angine ou rhinopharyngite chez les adultes et 18% des cas chez les enfants (55). La

prescription d'antibiotiques dans les infections respiratoires bénignes virales était la deuxième cause de prescriptions non conformes. 29,5% des prescriptions d'antibiotiques quand il y a discussion, tout diagnostics inclus, sont non conformes. Dans l'étude de *Marc-Dorin*, concernant des enfants admis aux urgences pédiatriques avec un traitement antibiotique en cours (88 enfants inclus), 23,8% des antibiotiques prescrits n'avaient pas d'indication à une antibiothérapie. Trois quart des motifs de l'étude étaient des plaintes respiratoires (57). L'étude de *Craig*, en Australie, a montré que 20% des 15781 patients inclus avaient reçu une antibiothérapie alors que celle-ci n'était pas indiquée (traitement instauré en milieu hospitalier) (58). En Irlande, dans une étude menée auprès de praticiens en ville, 46,7% des prescriptions d'antibiotiques n'étaient pas conformes (59). Dans notre étude, le taux de prescriptions d'antibiotiques non conformes apparaît plus faible qu'en Irlande, peut-être par manque de puissance ou parce que les médecins enquêtés étaient des MSU, davantage orientés vers des formations et donc des mises à jour de leur connaissances médicales.

Comme évoqué précédemment, le taux de prescriptions médicamenteuses non conformes ne diffère pas selon qu'il y ait eu discussion - automédication - modification ou discussion - pas d'automédication - introduction ou prescription sans discussion préalable autour de l'automédication. En revanche, il semble moindre pour les situations où il y a eu discussion – automédication - reconduction du ou des traitements déjà pris.

4.8.2 La reconduction : moins de prescriptions non conformes et une validation du comportement du patient

Quand il y a eu une discussion autour de l'automédication avec pour unique prescription médicamenteuse la reconduction d'un ou plusieurs traitements déjà pris en automédication, le taux de prescriptions médicamenteuses non conformes est apparu moins élevé comparé aux autres groupes, et cela de façon significative, qu'il y ait eu inclusion ou non des situations controversées. Reconduire le traitement diminue le risque de prescription non conforme. C'est aussi la validation par le médecin de ce que le patient a entrepris comme traitement. Cela signifie que ce que le patient avait fait était plutôt « adapté », « sûr » ou « prudent ».

Cette observation rejoint ce que décrit l'anthropologue *Sylvie Fainzang* sur le recours prudent des patients à l'automédication : ils adoptent des stratégies basées sur deux logiques concomitantes d'accumulation (des doses et des produits) et d'identification (adaptation à « soi ») qui consistent à la fois à minimiser les risques tout en maximisant les effets des médicaments (60).

Ce constat peut s'expliquer par l'usage très fréquent du paracétamol en automédication, molécule bien connue des individus, pouvant agir sur des douleurs multiples (maux de gorge, céphalée, lombalgie...), présentant peu de contre-indications et d'effets indésirables si il est utilisé à bon escient et par l'évolution naturelle favorable de la plupart des infections virales bénignes en 8 à 15 jours. Dans ce contexte, le médecin peut décider ainsi de laisser faire en s'appuyant sur l'automédication du patient (le paracétamol très fréquemment), en confirmant son bon usage, en expliquant l'évolution naturelle de la maladie et en incitant à davantage de patience. Le médecin peut aussi vouloir être parcimonieux dans l'usage des médicaments et pour les fonds de l'assurance maladie. C'est la logique de « restriction », très bien décrite par *Rosman* (28), plus fréquente chez les médecins hollandais que chez les français. La prescription médicamenteuse est une pratique exercée avec « réserve » ou « parcimonie ». L'éducation du patient, les conseils d'hygiène, le réconfort et la réassurance sont des moyens thérapeutiques privilégiés.

La prescription a un pouvoir symbolique fort, le médicament matérialise le soin, il incarne un objet concret de soulagement qui va permettre la transformation du malade et l'accès à la guérison. Mais l'acte de la parole peut être investi du même pouvoir de transformation que l'acte de prescription. La parole rassurante du médecin, ses conseils peuvent se révéler tout aussi efficace. Dans l'étude de *Bedoin*, les médecins généralistes ont souvent évoqué la prescription médicamenteuse sous la forme d'un don. Mais le « don de soi » a aussi toute son importance et sa puissance dans une relation thérapeutique (22).

Si les patients ne prennent pas ou peu de médicaments en dehors du paracétamol, c'est peut-être en raison d'un accès plus difficile aux médicaments puisque certains médicaments ne sont disponibles que sur prescription médicale.

Mais si l'on s'intéresse à la provenance des médicaments pris en automédication, il s'agit principalement de médicaments du stock familial. Les personnes se tournent vers l'armoire à pharmacie familiale pour utiliser un médicament parfois prescrit antérieurement et conservé au domicile (4). C'est le cas de 76% des substances prises dans l'enquête de *Laure*, sur les usagers de l'automédication (18). Il s'agit aussi de médicaments achetés sans aucun conseil, à l'initiative du sujet, pour reconstituer le stock familial. La majorité des médicaments pris en automédication ne relève donc pas du conseil d'un pharmacien d'officine.

Les produits utilisés par les patients (provenant de la pharmacie familiale sans doute) ont paru adéquats dans 17% des situations (49 sur un total de 284) puisque le médecin a décidé de ne

rien ajouter. Et lorsque le médecin prend cette décision le risque de non-conformité paraît plus faible.

Dans les 235 autres situations, les raisons pour lesquelles le médecin a décidé d'ajouter ou de modifier un traitement ne sont pas connues. L'automédication était peut-être jugée insuffisante ou non adaptée pour soigner le patient. Ou alors le médecin a ressenti des difficultés pour ne pas prescrire un médicament supplémentaire alors qu'il n'y avait pas de justification médicale à cette prescription.

4.9 Les consultations sans prescription médicamenteuse

Comme nous avons pu l'évoquer précédemment, clôturer une consultation sans l'ajout d'un nouveau traitement (en reconduisant le traitement déjà pris) ou sans ordonnance médicamenteuse (en conseillant par exemple de continuer avec ce que le patient a déjà, avec ce qu'il peut trouver en pharmacie) n'est pas un comportement fréquent chez les médecins français. En médecine générale, les consultations motivées par une affection transitoire bénigne sont fréquentes (infections respiratoires virales bénignes, fièvre...). Dans ces situations, les conseils peuvent suffire et les médicaments à prescription obligatoire sont souvent inutiles. Dans notre étude, une partie importante des prescriptions médicamenteuses comportaient des médicaments à prescription médicale facultative.

Dans ce contexte, on peut s'interroger sur les difficultés du médecin à ne pas prescrire.

Les médecins justifient certains de leurs comportements thérapeutiques inappropriés par la « pression de prescription » qu'ils ressentent (61) (62). Le médecin perçoit une pression ou une demande insistante du patient qui s'est automédiqué sans succès et veut « guérir » vite. Le médecin accède à ce qu'il pense être la demande du patient. Il peut être amené à penser devoir faire « plus » et plus « fort » et risquer ainsi une prescription inappropriée. *Esman* a analysé le point de vue du patient vis-à-vis de la « pression de prescription » (63). D'après les résultats de son enquête, « le souhait des patients d'échanger autour de la prescription ne semble pas systématiquement correspondre à des *desiderata* ou à une attente particulière, mais vraisemblablement davantage à un souhait de participation, de compréhension et aussi d'appropriation de la décision thérapeutique ». Ce que les médecins perçoivent comme une pression devrait être vu plutôt comme une volonté de la part du patient d'une participation consciente et constructive.

Par ailleurs, il existe une ambivalence des médecins vis-à-vis de cette « pression ». *Britten* explique très bien cette ambivalence : tantôt la demande du patient (cette « pression ») est

jugée utile pour contrer, au nom de l'indispensable personnalisation du traitement, les injonctions de l'assureur maladie obligatoire pour des prescriptions davantage fondées sur les preuves et plus économes des fonds publics, tantôt elle est ignorée, car infondée puisqu'émanant de patients non éduqués, lorsqu'il s'agit de défendre l'autonomie de la décision médicale (64).

Une autre étude a analysé les ressentis des médecins et des patients lors des consultations sans prescription médicamenteuse (65). La non-prescription n'est pas un acte facile mais c'est une possibilité envisagée aussi bien par les patients que par les médecins et plus fréquemment qu'il y a trente ans. La communication pour comprendre les attentes réciproques, s'intégrant dans une bonne relation médecin-malade, s'est avérée être un élément essentiel pour envisager sereinement la non-prescription. Le manque de temps a été le principal obstacle à la non-prescription identifié dans cette étude.

4.10 Perspectives

Sur le plan de la recherche, une étude quantitative plus puissante permettrait d'observer d'une part si la comparaison des taux de prescriptions non conformes qu'il y ait discussion ou non reste identique et d'autre part si les prescriptions non conformes restent moins nombreuses dans le groupe « reconduction ».

Concernant les situations où les patients se sont automédiqués et au cours desquelles aucun traitement n'a été prescrit, le protocole de notre étude ne permettait pas de savoir si le médecin avait donné oralement le conseil de poursuivre le traitement entrepris. Or, ce type de comportement pouvait être assimilé à une reconduction. Il pourrait être intéressant d'enregistrer les échanges médecin-patient lors de ces consultations sans prescription médicamenteuse et ayant fait l'objet d'une automédication préalable.

De plus, il serait intéressant d'analyser, par une étude qualitative, les mécanismes décisionnels de prescription des médecins lorsqu'ils sont confrontés en consultation à un patient qui s'est automédiqué pour un problème aigu. Comment procèdent-ils pour décider de prescrire ou non ? En fonction de quelles informations ?

Plusieurs études cherchant à identifier les raisons de la prescription d'AINS dans les angines (66), d'antibiotiques dans les infections respiratoires présumées virales (25) (27), d'antibiotiques non conformes chez les enfants (57) évoquent la pression ressentie par le

médecin de la part du patient ou de ses parents comme l'un des déterminants de ces prescriptions. La prescription médicamenteuse est associée au souhait d'une ordonnance par le patient et, surtout, à la perception de ce souhait par le médecin, souvent surestimée (56) (67).

Les médecins surestiment souvent le désir des patients de recevoir une prescription (61). *Marc-Dorin* a observé au cours de sa thèse sur les prescriptions d'antibiotiques non conformes chez l'enfant que la pression parentale ressentie était citée par presque 30% des médecins de l'étude (57). Or des études montrent que l'information et la réassurance sont des priorités chez les patients (68). Selon une enquête IPSOS (21), pour 80% des patients une consultation ne doit pas forcément se terminer par une ordonnance de médicaments.

Ainsi, dans la pratique quotidienne, il apparaît nécessaire d'explorer réellement les attentes des patients et de chercher à les comprendre afin d'éviter de rester et de raisonner sur des attentes présupposées, souvent en désaccord avec les attentes réelles, pouvant entraîner des prescriptions plus nombreuses avec un risque de prescriptions non conformes.

Ecouter les attentes des patients, informer, expliquer la non-prescription, faire de la prévention demandent du temps. Or le manque de temps est souvent une des raisons évoquées par les médecins généralistes pour expliquer des prescriptions non conformes dans les études d'*Attali* (25) (27) et celles de *Barsi* (66). En France, la rémunération des généralistes libéraux se fait principalement à l'acte. Ce système de rémunération incite à la multiplication des actes et favorise les actes curatifs plutôt que préventifs (69) (70). Les médecins compensent les consultations chronophages (personnes âgées, patients polypathologiques) par les consultations rapides (prise en charge des affections transitoires bénignes). Et pour gagner du temps lors de ces consultations pour une affection aiguë, les médecins ont recours à la prescription plutôt qu'à l'écoute, l'information et l'éducation (66). Souhaitant maximiser le nombre d'actes réalisés ou réduire les risques liés à un diagnostic rapide, les médecins généralistes auraient recours à la prescription comme une substitution au temps de consultation. Les prescriptions médicamenteuses seraient d'autant plus élevées que la durée de la consultation serait faible (71). Ces résultats sont confirmés dans l'étude de *Cadieux* où la proportion de prescriptions d'antibiotiques inappropriées était plus élevée chez les praticiens réalisant un plus grand nombre d'actes (72). Le paiement à l'acte semble ainsi constituer un frein à la limitation des prescriptions et repenser les modes de rémunération des médecins paraît nécessaire (73). Cependant, on peut nuancer cette observation : si l'on s'intéresse

uniquement aux prescriptions de psychotropes, une étude 2008 a démontré que la prescription de psychotropes n'était pas plus fréquente dans les consultations courtes (74).

Prendre conscience et comprendre les multiples facteurs qui influencent les prescriptions des médecins me semble être primordial et pourrait faire l'objet d'un enseignement en faculté de médecine, et cela tout au long de la formation du futur médecin. Cet apprentissage doit se faire aussi sur le terrain, en lien avec les médecins généralistes, lors des stages dans les cabinets médicaux. Ces stages se développent mais aujourd'hui la formation des médecins est encore réalisée majoritairement dans les hôpitaux où la croyance en la toute puissance du traitement médicamenteux est la plus forte. Des formations pourraient se développer concernant la communication médecin-patient et l'écoute des représentations et des attentes du patient. Ceci s'intégrerait dans l'apprentissage de l'approche centrée patient pour une prise de décision partagée. Cette approche consiste à prêter attention aux valeurs et aux préférences du patient afin d'aboutir à une décision prise ensemble, avec le patient et le médecin, résultant d'un commun accord (75). Et les bénéfices de cette approche ont été démontrés dans de nombreuses études : réduction des conflits décisionnels, rôle plus actifs des patients, communication améliorée (76).

5 Conclusion

Les français ont souvent recours à l'automédication. La majorité des études sur l'automédication se sont intéressées aux facteurs influençant cette pratique et non à l'impact de l'automédication sur le comportement final des généralistes. Plus de deux fois sur trois, ces pratiques d'auto soin font l'objet d'une discussion lors d'une consultation de médecin générale pour une affection aiguë. Dans le cadre du projet de recherche AUTOMED, des études récentes ont exploré les déterminants de la discussion entre médecins et patients autour des usages de l'automédication et ont constaté une augmentation des prescriptions médicamenteuses lors qu'il y avait une discussion autour de l'automédication en consultation. L'augmentation observée des prescriptions, dans un contexte de recours important aux médicaments dans la population française et de reflexe très ancré « consultation = ordonnance = médicaments », nous a fait craindre un phénomène d'escalade thérapeutique non justifiée.

Notre étude avait pour but de vérifier cette augmentation et d'analyser le contenu et le caractère conforme de ces prescriptions.

Nous avons pu confirmer un taux de prescriptions médicamenteuses plus élevé lorsque l'on parle d'automédication dans une consultation, que ce soit une mention spontanée du patient ou une exploration du médecin.

20 à 30% des prescriptions médicamenteuses ont été jugées non conformes, qu'il y ait eu discussion ou non.

Les prescriptions non conformes se composaient majoritairement de la prescription d'AINS (ou corticoïdes per os) et/ou d'antibiotiques dans les infections respiratoires virales bénignes.

Lorsque le médecin reconduisait simplement le traitement d'automédication (attitude adoptée pour 17,2% des patients qui se sont automédiqués), le taux de prescriptions non conformes était significativement moindre. Il s'agissait majoritairement (73,5%) de molécules du système nerveux central (antalgiques et antipyrétiques).

Reconduire le traitement pris en automédication semble être une attitude qui diminue l'exposition à des prescriptions non conformes et qui vient valider l'utilisation déjà prudente des médicaments d'automédication par le patient.

Il paraît important d'encourager cette reconduction et plus largement d'accompagner le patient dans sa pratique d'auto-soin en validant certaines attitudes, en informant sur le bon

usage des thérapeutiques et leurs risques. Certes les français sont attachés aux médicaments mais ils sont réceptifs aussi aux conseils, à la réassurance et capables d'envisager une consultation qui se conclurait sans ordonnance. L'enjeu aujourd'hui est de rendre possible et de valoriser des alternatives au tout-médicament en plaçant l'échange comme priorité de la consultation. Le mode de rémunération des médecins par le paiement à l'acte ne favorise pas cet échange et doit être repensé. Ecouter les attentes, expliquer le diagnostic, informer, rassurer, conseiller font partie de l'approche-centrée patient, dont l'enseignement en faculté ne demande qu'à se développer.

6 Bibliographie

1. Coulomb A, Baumelou A. Situation de l'automédication en France et perspectives d'évolution : marché, comportements, positions des acteurs [Internet]. Ministère de la santé et de la protection sociale; 2007 [cité 18 mars 2016]. Disponible sur: <http://referentiel.nouvelobs.com/file/944/199944.pdf>
2. WHO (World Health Organization). Health education in self-care : possibilities and limitations [Internet]. Geneva; 1983 [cité 15 janv 2016]. Disponible sur: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/70092/1/HED_84.1.pdf
3. WHO (World Health Organization). Guidelines for the Regulatory Assessment of Medicinal Products for use in Self-Medication [Internet]. Geneva; 2000 [cité 15 janv 2016]. Disponible sur: <http://apps.who.int/medicinedocs/pdf/s2218e/s2218e.pdf>
4. Fainzang S. L'automédication ou les mirages de l'autonomie. IGS-CP; 2012. (Presses Universitaires de France).
5. WMA (World Medical Association). WMA Statement on Self-medication [Internet]. 2012 [cité 15 janv 2016]. Disponible sur: <http://www.wma.net/en/30publications/10policies/s7/>
6. Lecomte T. La faiblesse de l'automédication en France. *Econ Stat.* 1998;312(1):101-7.
7. Thay S. Parle-t-on d'automédication lors des consultations de médecine générale?: enquête par observation directe auprès de 126 médecins de Loire-Atlantique et Vendée en 2012 [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Nantes. Unité de Formation et de Recherche de Médecine et des Techniques Médicales; 2008.
8. Guerrero A. Les échanges médecin-patient autour de l'automédication: enquête par observations directes de consultations pour affection aiguë en Loire-Atlantique et en Vendée [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Nantes. Unité de Formation et de Recherche de Médecine et des Techniques Médicales; 2015.
9. Fainzang S. L'automédication: une pratique qui peut en cacher une autre. *Anthropol Sociétés.* 2010;34(1):115-33.
10. AFIPA. Contribution aux assises du médicament [Internet]. AFIPA (Association Française de l'Industrie Pharmaceutique pour une Automédication responsable; 2011 [cité 30 juill 2015]. Disponible sur: http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Afipa_-_contribution_aux_assises_du_medicament.pdf
11. Brossard P, Derré J-F. 3ème observatoire européen sur l'automédication en 2014 [Internet]. AFIPA (Association Française de l'Industrie Pharmaceutique pour une Automédication responsable; 2015 [cité 30 juill 2015]. Disponible sur: http://www.afipa.org/fichiers/20150702150935_230615__Afipa__3e_Observatoire_europeen_sur_lautomedication__DP.pdf

12. AFIPA. 14ème Baromètre AFIPA 2015 des produits du selfcare [Internet]. AFIPA (Association Française de l'Industrie Pharmaceutique pour une Automédication responsable; 2016 [cité 16 mars 2016]. Disponible sur: http://www.afipa.org/fichiers/20160122121905_220116__Barometre_2015_du_selfcare__DP.pdf
13. Le parlement européen et le conseil de l'union européenne. Directive 2004/27/CE du parlement européen et du conseil du 31 mars 2004 [Internet]. Journal Officiel de l'Union Européenne; 2004 [cité 3 mai 2016]. Disponible sur: http://ec.europa.eu/health/files/eudralex/vol-1/dir_2004_27/dir_2004_27_fr.pdf
14. Raynaud D. Les déterminants du recours à l'automédication. Rev Fr Aff Soc. 1 mars 2008;(1):81-94.
15. République française. Décret n° 2008-641 du 30 juin 2008 relatif aux médicaments disponibles en accès direct dans les officines de pharmacie. [Internet]. 2008 [cité 22 avr 2016]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000019103892>
16. La Mutualité Française. « Les Français et l'automédication », une enquête exclusive réalisée pour la Mutualité Française à l'occasion du colloque « L'automédication : recul ou progrès ? » [Internet]. 2007 [cité 10 août 2015]. Disponible sur: <http://www.mutualite.fr/presse/Les-Francais-et-l-automedication-une-enquete-exclusive-realisee-pour-la-Mutualite-Francaise-a-l-occasion-du-colloque-L-automedication-recul-ou-progres/>
17. Duflos C, Hatchuel G. Les opinions face à l'ouverture du réseau de vente des médicaments non-remboursés [Internet]. CREDOC (Centre de Recherche pour l'Etude et l'Observation des Conditions de Vie); 2008 [cité 22 avr 2016]. Disponible sur: <http://www.credoc.fr/pdf/Rech/C250.pdf>
18. Laure P. Enquête sur les usagers de l'automédication : de la maladie à la performance. Thérapie. 1998;53(2):127-35.
19. Guienne V. Projet AUTOMED [Internet]. ANR : L'Agence nationale de la recherche. 2012 [cité 30 juill 2015]. Disponible sur: <http://www.agence-nationale-recherche.fr/?Projet=ANR-12-DSSA-0003>
20. Amar E, Pereira C. Les prescriptions des médecins généralistes et leurs déterminants. DREES Etudes Résultats [Internet]. 2005 [cité 28 avr 2016];(440). Disponible sur: <http://drees.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er440.pdf>
21. IPSOS. Les Européens, les médicaments et le rapport à l'ordonnance? [Internet]. Caisse Nationale de l'Assurance Maladie; 2005 [cité 13 juin 2016]. Disponible sur: http://ars.sante.fr/fileadmin/MIDI-PYRENEES/2_BON_USAGE/Fichiers/ANTIBIOS_Etudeeuropeensetmedicaments.pdf
22. Bedoin D, Charles R. La prise en charge des affections transitoires bénignes en médecine générale : avec ou sans médicaments? Prat Organ Soins. 2012;43(2):111-9.

23. Le Pen C, Lemasson H, Rouillière-Lelidec C. La consommation médicamenteuse dans 5 pays européens : une réévaluation [Internet]. LEEM (Les Entreprises du Médicaments); 2007 [cité 22 avr 2016]. Disponible sur: <http://www.leem.org/sites/default/files/914.pdf>
24. Nicolle E et al. Les prescriptions d'antibiotiques en ambulatoire en Alsace sur 22 mois entre 2008 et 2010. *Prat Organ Soins*. 1 avr 2012;Vol. 43(2):81-95.
25. Attali C et al. Situations cliniques à risque de prescription non conforme aux recommandations et stratégies pour y faire face dans les infections respiratoires présumées virales. *Exercer*. 2008;(82):66-72.
26. l'Assurance Maladie. Antibiotiques - Où en est-on? [Internet]. 2010 [cité 22 avr 2016]. Disponible sur: <http://docplayer.fr/9273938-Dossier-de-presse-mai-2010-antibiotiques-ou-en-est-on.html>
27. Attali C et al. Infections respiratoires présumées virales : comment prescrire moins d'antibiotiques? Résultats de l'étude PAAIR. *Rev Prat Médecine Générale*. 2003;(17):155-60.
28. Rosman S. Les pratiques de prescription des médecins généralistes. Une étude sociologique comparative entre la France et les Pays-Bas. In: *Singuliers généralistes Sociologie de la médecine générale*. Presses de l'EHESP. 2010. p. 424. (Métiers Santé Social).
29. Debré B, Even P. Rapport de la mission sur la refonte du système français de contrôle de l'efficacité et de la sécurité des médicaments. [Internet]. Ministère du travail, de l'emploi, et de la santé; 2011 [cité 27 août 2016]. Disponible sur: <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/114000141.pdf>
30. HAS (Haute Autorité de Santé). Comparaisons européennes [Internet]. [cité 11 juin 2016]. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/comparaisons_europeennes.pdf
31. Naudin F, Semet C. La prescription de médicaments à service médical rendu insuffisant en 2001. *IRDES Inst Rech Doc En Econ Santé* [Internet]. 2004 [cité 11 juin 2016];(82). Disponible sur: <http://www.irdes.fr/Publications/Qes/Qes82.pdf>
32. Schlemmer B, Jarlier V. Lutter aujourd'hui contre les résistances bactériennes, c'est préserver l'efficacité actuelle et future des antibiotiques. Programme Antibiotiques : un premier cap est franchi, la mobilisation pour le bon usage doit se poursuivre. [Internet]. l'Assurance Maladie; 2008 [cité 22 avr 2016]. Disponible sur: http://ars.sante.fr/fileadmin/MIDI-PYRENEES/2_BON_USAGE/Fichiers/ANTIBIOS_DP_national_10012008.pdf
33. bu-nantes-sante [Internet]. [cité 20 avr 2016]. Disponible sur: <http://www.netvibes.com/bu-nantes-sante#DMG>
34. Ménanteau X. Recherche de l'information en D.E.S de médecine générale : quels sites et documents? [Internet]. [Nantes]: Université de Nantes; 2012 [cité 20 avr 2016]. Disponible sur: <http://www.dmg-nantes.fr/OLD/images/phocadownload/menanteau.pdf>

35. Peckham EJ, Nelson E, Greenhalgh J, Cooper K, Roberts E, Agrawal A. Homeopathy for treatment of irritable bowel syndrome. [Internet]. Cochrane Database of Systematic Reviews; 2013 [cité 1 août 2016]. Disponible sur: [about:reader?url=http%3A%2F%2Fwww.cochrane.org%2Ffr%2FCD009710%2Fhomeopathie-pour-le-traitement-du-syndrome-du-colon-irritable](http://www.cochrane.org/fr/FCD009710/homeopathie-pour-le-traitement-du-syndrome-du-colon-irritable)
36. Mathie RT, Frye J et Fisher P. Oscillococtinum® for preventing and treating influenza and influenza-like illness. [Internet]. Cochrane Database of Systematic Reviews 2015; 2015 [cité 1 août 2016]. Disponible sur: [about:reader?url=http%3A%2F%2Fwww.cochrane.org%2Ffr%2FCD001957%2Fosillococtinumr-homeopathique-pour-prevenir-et-traiter-la-grippe-et-les-syndromes-de-type-grippal](http://www.cochrane.org/fr/FCD001957%2Fosillococtinumr-homeopathique-pour-prevenir-et-traiter-la-grippe-et-les-syndromes-de-type-grippal)
37. Singh S et Ernst E. Médecines douces info ou intox? Cassini. 2008. 407 p.
38. Jakoubovitch S, Bournot M-C, Cercier E et Tuffreau F. Les emplois du temps des médecins généralistes. DREES Etudes Résultats [Internet]. 2012 [cité 28 avr 2016];(797). Disponible sur: <http://drees.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er797-2.pdf>
39. ORS (Observatoire Régionale de la Santé), URPS (Union Régionale des Professionnels de Santé des médecins libéraux). Les emplois du temps des médecins généralistes des Pays de la Loire [Internet]. 2012 [cité 28 avr 2016]. Disponible sur: http://www.santepaysdelaloire.com/ors/sites/ors/files/publications/PanelIMG/2012_2_emploitemps_panel2mgpdl.pdf
40. Ashworth M, Schofield P, Durbaba S, Ahluwalia S. Patient experience and the role of postgraduate GP training: a cross-sectional analysis of national Patient Survey data in England. *Br J Gen Pract.* mars 2014;64(620):e168-77.
41. Bouton C, Leroy O, Huez J-F, Bellanger W, Ramond-Roquin A. Représentativité des médecins généralistes maîtres de stage universitaires. *Santé Publique.* 18 mars 2015;27(1):59-67.
42. Breuil-Genier P, Goffette C. La durée des séances des médecins généralistes. *Drees Etudes Résultats* [Internet]. 2006 [cité 23 févr 2016];(481). Disponible sur: <http://drees.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er481.pdf>
43. Collet M, Gouyon M. Genèse des recours urgents ou non programmés à la médecine générale. *DREES Etudes Résultats* [Internet]. 2007 [cité 21 mars 2016];(607). Disponible sur: <http://drees.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er607.pdf>
44. Letrillart I et al. ECOGEN : étude des Éléments de la CONsultation en médecine GENérale. *Exercer.* 2014;25(114):148-57.
45. Gouyon M et Labarthe G. Les recours urgents ou non programmés en médecine générale. Premiers résultats. *DREES Etudes Résultats.* (471):2006.
46. Guillemot D, Maugendre P, Chauvin C, Sermet C. Consommation des antibiotiques en France. *BEH Bull Epidémiologique Hebd.* 2004;(32/33):144-7.

47. Agence du médicament. Etude de la prescription et de la consommation des antibiotiques en ambulatoire [Internet]. Agence du médicament; 1998 [cité 27 juin 2016]. Disponible sur:
http://ansm.sante.fr/var/ansm_site/storage/original/application/e9456a84ac84d7bf9aa8beb37cfada46.pdf
48. Cavalié P, Djeraba A. Analyse des vente de médicaments en France en 2013. [Internet]. ANSM; 2014 [cité 25 juin 2016]. Disponible sur:
http://ansm.sante.fr/var/ansm_site/storage/original/application/3df7b99f8f4c9ee634a6a9b094624341.pdf
49. Louis-joseph C. Prescription des médicaments d'automédication en médecine générale : une étude exploratoire dans deux communes franciliennes. Creteil; 2011.
50. Vega A. Positivism et dépendance : les usages socioculturels du médicament chez les médecins généralistes français. *Sci Soc Santé*. 1 sept 2012;Vol. 30(3):71-102.
51. Rosman S. Les pratiques de prescription des antibiotiques en médecine générale en France et aux Pays-Bas. *Sociol Santé*. 2009;(30).
52. Gallois P, Vallée J-P, Le Noc Y. Prescription médicamenteuse : un acte sous influences. *Médecine*. 2007;456-61.
53. Little P et al. Importance of patient pressure and perceived pressure and perceived medical need for investigations, referral, and prescribing in primary care: nested observational study. *BMJ*. 21 févr 2004;328(7437):444.
54. Van der Geest S et Reynolds Whyte S. Popularité et scepticisme : opinions contrastées sur les médicaments. *Anthropol Sociétés*. 2003;27(2):97-117.
55. François M, et al. Traitement médicamenteux des angines et rhinopharyngites par les généralistes et les pédiatres. *Lett Oto-Rhino-Laryngol Chir Cervico-Faciale* [Internet]. 2003 [cité 4 juill 2016];(280-281). Disponible sur:
<http://www.edimark.fr/Front/frontpost/getfiles/6833.pdf>
56. Britten N. The influence of patients' hopes of receiving a prescription on doctors' perceptions and the decision to prescribe: a questionnaire survey. *BMJ*. 6 déc 1997;315(7121):1506-10.
57. Marc-Dorin C. Fréquence et déterminants des prescriptions d'antibiotiques non concordantes avec les recommandations de bonnes pratiques chez l'enfant. Nantes; 2013.
58. Craig J et al. The accuracy of clinical symptoms and signs for the diagnosis of serious bacterial infection in young febrile children: prospective cohort study of 15 781 febrile illnesses. *BMJ* [Internet]. 2010 [cité 5 juill 2016];340. Disponible sur:
<http://www.bmj.com/content/340/bmj.c1594>
59. Murphy M, Bradley CP, Byrne S. Antibiotic prescribing in primary care, adherence to guidelines and unnecessary prescribing - an Irish perspective. *BMC Fam Pract*. 2012;13:43.

60. Fainzang S. Managing Medicinal Risks in Self-Medication. *Drug Saf.* 2014;(37):333-42.
61. Cockburn J, Pit S. Prescribing behaviour in clinical practice: patients' expectations and doctors' perceptions of patients' expectations-a questionnaire study. *BMJ.* 30 août 1997;315(7107):520-3.
62. Miller E, MacKeigan LD, Rosser W, Marshman J. Effects of perceived patient demand on prescribing anti-infective drugs. *Can Med Assoc J.* 27 juill 1999;161(2):139-42.
63. Esman L et al. Rôle du patient dans la rédaction de l'ordonnance en médecine générale. *Rev Prat Médecine Générale.* 2006;20(732/733):594-6.
64. Britten N. Prescribing and the defence of clinical autonomy. *Sociol Health Illn.* 2001;23(4):478_496.
65. Deleplanque D, Hennion-Gasrel F, Diblanc-Stamm A, Rochoy M et Messadi N. Consultations sans prescription médicamenteuse : ressentis des médecins et des patients. *Exercer.* 2015;26(117):13-21.
66. Barsi P. Comprendre les mécanismes décisionnels de la prescriptions des AINS dans le traitement symptomatique de l'angine : étude qualitative à partir de 19 entretiens semi-dirigés. Université de Nantes; 2014.
67. Lado E, Vacariza M, Fernandez-Gonzalez C, Gestal-Otero JJ, Figueiras A. Influence exerted on drug prescribing by patients' attitudes and expectations and by doctors' perception of such expectations: a cohort and nested case-control study. *J Eval Clin Pract.* 2008;14(3):453-9.
68. Welschen I, Kuyvenhoven M, Hoes A, Verheij T. Antibiotics for acute respiratory tract symptoms: patients' expectations, GPs' management and patient satisfaction. *Fam Pract.* 2004;21(3):234-7.
69. Saint-Lary O et al. Mode de rémunération des médecins généralistes : quelles conséquences? *Exercer.* 2015;26(119):52-61.
70. Samson A-L. Faut-il remettre en cause le paiement à l'acte des médecins ? *Regards Croisés Sur Léconomie.* 2009;(5):144-58.
71. Lancry P-J, Paris V. Âge, temps et normes : une analyse de la prescription pharmaceutique. *Nouv Approach Micro-Économiques Santé.* 1997;(129-130):173_187.
72. Cadieux G, Tamblyn R, Dauphinee D, Libman M. Predictors of inappropriate antibiotic prescribing among primary care physicians. *CMAJ Can Med Assoc J.* 9 oct 2007;177(8):877-83.
73. Duffaud S, Liébart S. Comment les médecins généralistes limitent-ils leurs prescriptions ? Étude qualitative par entretiens collectifs. *Santé Publique.* 8 juill 2014;Vol. 26(3):323-30.
74. Kandel O, Ripault A, Jourdain M et Bouche G. La durée de la consultation intervient-elle dans la prescription de psychotropes? *Rev Prat.* 2008;58:19-24.

75. Gerteis M, Edgman-Levitan S, Daley J, Delbanco T. Through the patient's eyes : understanding and promoting patient-centered care. *N Engl J Med.* 1994;(330).
76. Stacey D et al. D. Decision aids for people facing health treatment or screening decisions. *Cochrane Database Syst Rev.* 2014;(1):CD001431.

ANNEXES

Annexe 1 : grille de recueil des données

Nom/Prénom du MSU: _____

Date: ___/___/___

Nom/Prénom de l'interne: _____

HH:MM début	Caractéristiques du patient			Motifs de consultation	Automédication		Résultat de consultation	Prescriptions				Tiers-Payant CMU/AME (Oui/Non)	HH:MM fin
	Sexe F/M	Age	Profession		Commune de résidence	Mention spontanée du patient (Oui/Non)		Exploration par le MSU (Oui/Non)	Médicaments (Lesquels)	Examens complémentaires (Lesquels)	Spécialistes (Lesquels)		

Annexe 3 : Recommandations utilisées

Algologie

Douleur neuropathique :

Martinez V et al. Les douleurs neuropathiques chroniques: diagnostic, évaluation et traitement en médecine ambulatoire. Recommandations pour la pratique clinique de la Société française d'étude et de traitement de la douleur. Elsevier Masson. 2010;(11):3-21.

Cardio-vasculaire

Hypertension artérielle :

AFSSAPS (Agence Française de Sécurité Sanitaire des produits de Santé). Poussées hypertensives de l'adulte : élévation tensionnelle sans souffrance viscérale immédiate et urgences hypertensives. AFSSAPS; 2002. Disponible sur: http://www.urgences-serveur.fr/IMG/pdf/hta_-_afssps2002.pdf

Blacher J et al. Prise en charge de l'hypertension artérielle de l'adulte. SFHTA (Société Française d'Hypertension Artérielle). 2013. Disponible sur: <http://www.sfhta.eu/wp-content/uploads/2012/12/Recommandation-SFHTA-2013-Prise-en-charge-HTA-de-l'Adulte.pdf>

Insuffisance cardiaque :

Van Royen P et al. Recommandation de Bonne Pratique : Insuffisance cardiaque. SSMG (Société Scientifique de Médecin Générale); 2011. Disponible sur: http://www.ssmg.be/images/ssmg/files/Recommandations_de_bonne_pratique/RBP_insuffisance_cardiaque.pdf

Insuffisance veineuse :

SIDES - Référentiel de Médecine Vasculaire et de Chirurgie vasculaire. Circulation - Métabolismes. Item N° 08.225 : Insuffisance veineuse, varices. 2015. Disponible sur: http://wiki.side-sante.fr/doku.php?id=sides:ref:vasculaire:item_225:content

Coronaropathie :

HAS (Haute Autorité de Santé). Guide du parcours de soins : Maladie coronarienne stable. HAS (Haute Autorité de Santé); 2015. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-09/guide_mcs_web_2014-09-09_21-25-19_719.pdf

Dermatologie

Dermatophytoses :

Campus de Parasitologie-Mycologie - Association Française des Enseignants de Parasitologie et Mycologie (ANOFEL). Dermatophytoses ou Dermatophyties. 2014. Disponible sur: <http://campus.cerimes.fr/parasitologie/enseignement/dermatophytoses/site/html/1.html>

Eczéma :

Folia Pharmacotherapeutica. Prise en charge de l'eczéma atopique. CBIP (Centre Belge d'Information Pharmacothérapeutique); 2007. Disponible sur: <http://www.cbip.be/Folia/Index.cfm?FoliaWelk=F34F04B>

Gale :

HCSP. Survenue de un ou plusieurs cas de gale. Conduite à tenir. Paris: Haut Conseil de la Santé Publique; 2012 nov. Disponible sur:

<http://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=312>

Kyste sébacé :

medsource.fr. Kyste sébacé: symptômes et traitement. 2009. Disponible sur:

<http://www.medsource.fr/kyste-sebace>

Ongle incarné :

Noël B. Chirurgie de l'ongle incarné. Rev Med Suisse. 2006;(63). Disponible sur:

<http://revmed.ch/rms/2006/RMS-63/31246>

Réactions diverses :

La Rédaction Prescrire. Réactions cutanées aux insectes, aux végétaux et au soleil. Rev Prescrire. 2001;21(213):20-1.

Urticaire :

ROCQUELIN S. Conduite à tenir devant une urticaire. CMUB (Collège de Médecine d'Urgence de Bourgogne); 1999. Disponible sur:

<http://www.cmub.org/contenus/cmub/urticaire1.pdf>

Gastro-entérologie

Constipation :

Société canadienne de pédiatrie. La prise en charge de la constipation fonctionnelle chez l'enfant. 2014. Disponible sur: <http://www.cps.ca/fr/documents/position/constipation-fonctionnelle>

Piche T et al. Recommandations pour la pratique clinique dans la prise en charge et le traitement de la constipation chronique de l'adulte. Gastroenterol Clin Biol. 2007;(31):125-35.

Cohen R. Probiotiques, prébiotiques, synbiotiques : utiles dans le syndrome du côlon irritable et la constipation chronique idiopathique ? [Internet]. Minerva Website. 2015 [cité 20 févr 2016]. Disponible sur: <http://www.minerva-ebm.be/FR/Analysis/262>

Fissure anale :

Higuero T. Fissure anale. SNFGE (Société Nationale Française de Gastro-Entérologie); 2013. Disponible sur: <http://www.snfge.org/download/file/fid/294>

Hémorroïdes :

Siproudhis L, Higuero T. Traitements de la maladie hémorroïdaire. SNFGE (Société Nationale Française de Gastro-Entérologie), SNFCP (Société Nationale Française de Colo-Proctologie); 2013. Disponible sur: <http://www.snfge.org/download/file/fid/291>

Maladies inflammatoires :

Schoepfer A, Temperli R. Que savoir des maladies inflammatoires du tube digestif? Forum Méd Suisse. 2015;15(40):898-902.

RGO et ulcère gastroduodéal:

Zerbib F. Prise en charge du reflux gastro-oesophagien. SNFGE (Société Nationale Française de Gastro-Entérologie); 2012. Disponible sur: <http://www.snfge.org/download/file/1589>

SCPUOM (Service canadien de prescription et d'utilisation optimale des médicaments). Données probantes sur l'utilisation des IPP en présence de reflux gastro-oesophagien, de dyspepsie et d'ulcère gastroduodéal : Rapport scientifique. ACMTS Agence Can Médicam Technol Santé. 2007;1(2). Disponible sur: https://www.cadth.ca/media/compus/reports/compus_Scientific_Report_final_f.pdf

HAS (Haute Autorité de Santé). Réévaluation des inhibiteurs de la pompe à protons chez l'adulte. 2009. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2009-04/argumentaire_ipp_2009-04-27_14-15-18_458.pdf

La Rédaction Prescrire. Les inhibiteurs de la pompe à protons chez l'adulte : dose quotidienne et durée du traitement dépendent des objectifs. Rev Prescrire. 2001;21(220):687-92.

Syndrome de l'intestin irritable :

WGO (World Gastroenterology Organisation) Global Guideline. Syndrome de l'intestin irritable : une approche globale. 2009. Disponible sur: <http://www.worldgastroenterology.org/UserFiles/file/guidelines/irritable-bowel-syndrome-french-2009.pdf>

Gynécologie

Dysménorrhée :

SOGC (The Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada). Directive clinique de consensus sur la dysménorrhée primaire. Dec JOGC. (169):2005.

Leucorrhées :

CBIP (Centre Belge d'Information Pharmacothérapeutique). Prise en charge de la leucorrhée. CBIP (Centre Belge d'Information Pharmacothérapeutique); 2010. Disponible sur: http://www.cbip.be/pdf/tft/tf_fluor.pdf

Schalkwyl J et al. Vulvovaginite : Dépistage et prise en charge de la trichomonase, de la candidose vulvovaginale et de la vaginose bactérienne. J Obstet Gynaecol Can. 2015;37(320). Disponible sur: <http://sogc.org/wp-content/uploads/2015/03/gui320CPG1504F.pdf>

Ménopause :

Reid R et al. Prise en charge de la ménopause. J Obstet Gynaecol Can. 2014;36(9). Disponible sur: <http://sogc.org/wp-content/uploads/2014/09/gui311CPG1409Fabtract2.pdf>

Tumeurs bénignes du sein :

CNGOF (Collège Nationale des Gynécologues et Obstétriciens Français). Recommandations pour la pratique clinique : les tumeurs bénignes du sein. 2015. Disponible sur: <http://www.cngof.fr/pratiques-cliniques/recommandations-pour-la-pratique-clinique>

Infectiologie

Borréliose de Lyme :

SFILF (Société de Pathologie Infectieuse de Langue Française), SFP (Société Française de Pédiatrie), GPIIP (Groupe de Pathologies Infectieuses Pédiatriques). Borréliose de Lyme : démarches diagnostiques, thérapeutiques et préventives. SFILF; 2006. Disponible sur:

http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/2006-lyme-long_2_.pdf

Diarrhées infectieuses :

CMIT (Collège des universitaires de maladies infectieuses et tropicales). UE6 n° 172 : Diarrhées infectieuses de l'adulte et de l'enfant. In: Maladies infectieuses et tropicales - Préparation ECN - Tous les items d'infectiologie. ALINEA Plus. Paris; 2016. (ECN.PILLY). Disponible sur: <http://www.infectiologie.com/UserFiles/File/formation/ecnpilly/ecnpilly2016-ue6-172-web.pdf>

Herpès :

La Rédaction Prescrire. Herpès labial : peu de place pour les antiviraux. Rev Prescrire. 2014;34(367):366.

Infections cutanées :

ORBAN Thomas. Un coude bien gonflé! Rev Médecine Générale. 2012 ;(290). Disponible sur: http://www.ssmg.be/images/ssmg/files/RMG/290/RMG290_18-19.pdf

AFSSAPS (Agence Française de Sécurité Sanitaire des produits de Santé). Prescriptions des antibiotiques par voie locale dans les infections cutanées primitives et secondaires.

AFSSAPS; 2004. Disponible sur:

http://www.infectiologie.com/UserFiles/File/medias/_documents/consensus/2005-atb-locale-dermato-recos-afssaps.pdf

Infections respiratoires hautes :

SFILF (Société de Pathologie Infectieuse de Langue Française), SFP (Société Française de Pédiatrie), GPIIP (Groupe de Pathologies Infectieuses Pédiatriques). Antibiothérapie par voie générale en pratique courante dans les infections respiratoires hautes de l'adulte et de l'enfant. Recommandations de bonne pratique. 2011. Disponible sur:

<http://www.infectiologie.com/site/medias/Recos/2011-infections-respir-hautes-recommandations.pdf>

La Rédaction Prescrire. Toux gênantes. Rev Prescrire. 2011;31(334):612-514.

Infections respiratoires basses :

AFSSAPS (Agence Française de Sécurité Sanitaire des produits de Santé). Antibiothérapie par voie générale en pratique courante dans les infections respiratoires basses. AFSSAPS; 2005. Disponible sur:

http://www.infectiologie.com/UserFiles/File/medias/_documents/consensus/2005-infVRB-recos-afssaps.pdf

SFILF (Société de Pathologie Infectieuse de Langue Française), SFP (Société Française de Pédiatrie), GPIIP (Groupe de Pathologies Infectieuses Pédiatriques). Prise en charge des infections des voies respiratoires basses de l'adulte immunocompétent. 2006. Disponible sur:

http://www.infectiologie.com/UserFiles/File/medias/ documents/consensus/inf_respir_long2006.pdf

Laryngite :

Revez L, Cardona AF. Antibiotics for acute laryngitis in adults. In: The Cochrane Collaboration, éditeur. Cochrane Database of Systematic Reviews. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd; 2013. Disponible sur:
<http://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD004783.pub4>

La Rédaction Prescrire. Laryngite aiguë : effet symptomatique de la corticothérapie. Rev Prescrire. 2006;26(269):134.

Parasites intestinaux :

mon généraliste.be. Parasites intestinaux. 2014. Disponible sur:
<http://www.mongeneraliste.be/maladies/457-parasites>

Roséole:

MedQual. Roséole. 2014. Disponible sur:
<http://medqual.fr/images/grandpublic/Infectiologie/2014-9-ROSEOLE-GP.pdf>

Varicelle-Zona:

SPILF (Société de Pathologie Infectieuse de Langue Française), SFP (Société Française de Pédiatrie), GPIP (Groupe de Pathologies Infectieuses Pédiatriques). Prise en charge des infections à VZV. Méd Mal Infect. 1998;(28):1-8.

Neurologie

Algie vasculaire de la face :

Dousset V. Algie vasculaire de la face. Du diagnostic à la prise en charge. Neurologies. 2003;6. Disponible sur: <http://recommedical.fr>

Céphalées :

Becker W et al. Lignes directrices sur la prise en charge en soins primaires des céphalées chez l'adulte. Can Fam Physician. 8 janv 2015;61(8):e353-64.

Law S, Derry S, Moore RA. Triptans for acute cluster headache. In: Cochrane Database of Systematic Reviews. John Wiley & Sons, Ltd; 2010. Disponible sur:
<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD008042.pub2/abstract>

Migraine:

SSMG (Société Scientifique de Médecine Générale). Prise en charge de la migraine au cabinet du médecin généraliste. 2011. Disponible sur:
http://www.ssmg.be/images/ssmg/files/Recommandations_de_bonne_pratique/Migraine_site.pdf

Vertiges :

Collège des enseignants de neurologie. Vertiges. 2013. Disponible sur: <http://www.cen-neurologie.fr/2eme-cycle/Orientation%20diagnostique%20devant/Vertiges/index.phtml#IV>
Prescrisur. Traitement de Vertiges. 2015. Disponible sur: <http://www.prescrisur.fr>

Ophthalmologie

Affections oculaires courantes :

Kechichian J et al. Affections courantes de l'œil en médecine générale. 2011

Infections oculaires superficielles :

AFSSAPS (Agence Française de Sécurité Sanitaire des produits de Santé). Collyres et autres topiques antibiotiques dans les infections oculaires superficielles. AFSSAPS; 2004.

Disponible sur:

http://www.infectiologie.com/UserFiles/File/medias/_documents/consensus/2004-atb-locale-OPH-recos-afssaps.pdf

Oto-Rhino-Laryngologie (ORL)

Antibiothérapie :

AFSSAPS (Agence Française de Sécurité Sanitaire des produits de Santé). Antibiothérapie locale en ORL. 2004. Disponible sur:

http://www.infectiologie.com/UserFiles/File/medias/_documents/consensus/2004-atb-locale-ORL-recos-afssaps.pdf

Otite :

Collège Français d'ORL et de Chirurgie Cervico-faciale. item 147 : Otites infectieuses de l'adulte et de l'enfant. 2014. Disponible sur:

<http://campus.cerimes.fr/orl/enseignement/otalgie/site/html/4.html#4>

Rhinite allergique :

CBIP (Centre Belge d'Information Pharmacothérapeutique). Traitement médicamenteux de la rhino-conjonctivite allergique saisonnière. 2008. Disponible sur:

http://www.cbip.be/pdf/tft/TF_RdF.pdf

Pharmacologie

La Rédaction Prescrire. Magnévie B6 : nom flatteur pour un pseudo-placebo. Rev Prescrire. 2010;30(318):260.

ANSM (Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé). Point sur l'utilisation des nouveaux anticoagulants oraux Pradaxa (dabigatran), Xarelto (rivaroxaban) et Eliquis (apixaban). 2013. Disponible sur:

http://ansm.sante.fr/var/ansm_site/storage/original/application/59acade45628edfbfdb207716fe498a1.pdf

Pneumologie

Asthme :

GINA 5 Global Initiative for Asthma. Guide de poche pour le traitement et la prévention de l'asthme. Content Ed Net; 2014. Disponible sur:

http://www.ginasthma.org/local/uploads/files/GINA_Pocket_French2014.pdf

BPCO :

HAS (Haute Autorité de Santé). Guide du parcours de soins : Bronchopneumopathie chronique obstructive. 2014. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2012-04/guide_parcours_de_soins_bpc0_finale.pdf

Psychiatrie

Dépression et troubles anxieux :

AFSSAPS (Agence Française de Sécurité Sanitaire des produits de Santé). Bon usage des médicaments antidépresseurs dans le traitement des troubles dépressifs et des troubles anxieux de l'adulte. 2006. Disponible sur:

http://www.ansm.sante.fr/var/ansm_site/storage/original/application/4541761eb43e6042b30470ef558862b4.pdf

CBIP (Centre Belge d'Information Pharmacothérapeutique). Trouble anxieux. 2014. Disponible sur: http://www.cbip.be/pdf/tft/TF_Anx.pdf

Prescrisur. Traitement de l'anxiété. 2015. Disponible sur: <http://www.prescrisur.fr>

Insomnie :

HAS (Haute Autorité de Santé). Quelle place pour les benzodiazépines dans l'insomnie?.

HAS (Haute Autorité de Santé); 2015. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2015-03/bzd_insomnie_v2.pdf

Rhumatologie

Arthropathies microcristalline :

COFER, Collège Français des Enseignants en Rhumatologie. Item 225 : Arthropathie microcristalline. UMVF (Université médicale virtuelle francophone). 2011. Disponible sur:

<http://campus.cerimes.fr/rhumatologie/enseignement/rhumato31/site/html/4.html#4>

CBIP (Centre Belge d'Information Pharmacothérapeutique). La prise en charge de la goutte. 2010. Disponible sur: http://www.cbip.be/pdf/tft/TF_Gout.pdf

Arthrose :

Henrotin Y et al. Traduction française des recommandations de l'Osteoarthritis Research Society International (OARSI) sur la prise en charge de la gonarthrose et de la coxarthrose. Rev Rhum. 2009;(76):279-88.

Lombalgie :

ANAES (Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé). Prise en charge diagnostique et thérapeutique des lombalgies et lombosciatiques communes de moins de trois mois d'évolution. ANAES; 2000. Disponible sur: <http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/lombal.pdf>

ANSM (Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé). Spécialités contenant du thiocolchicoside administrées par voie générale : information importante relative aux indications, modalités de traitement, contre-indications et mises en garde - lettre aux professionnels de santé. ANSM; 2014. Disponible sur:

http://ansm.sante.fr/content/download/61105/784787/version/1/file/DHPC+_140402_Thiocolchiciside.pdf

Maladie inflammatoire systémique :

Tsetsou S et al. Artérite de Horton : recommandations lausannoises de prise en charge. Rev Med Suisse. 2015;11:411-7.

Syndrome canalaire :

COFER, Collège Français des Enseignants en Rhumatologie. Item 279 : Radiculalgie et syndrome canalaire. 2011. Disponible sur:

<http://campus.cerimes.fr/rhumatologie/enseignement/rhumato34/site/html/2.html#2>

Tendinopathie :

Arnould M, Bouhana S, Griot E et Marechal N. L'épicondylite. SFMG (Société Française de Médecine Générale); 2009. Disponible sur:

http://www.sfm.org/data/generateur/generateur_fiche/553/fichier_epicondylitedocmedecinre_gardsder7014a.pdf

ANAES (Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé). Modalités de prise en charge d'une épaule douloureuse chronique non instable. HAS (Haute Autorité de Santé); 2005. Disponible sur:

http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/epaule_douloureuse_recos.pdf

Stomatologie

Lichen :

Lysitsa S et al. Lichen plan buccal : histoire naturelle et transformation maligne. Médecine Buccale Chir Buccale. 2007;13(1):19-29.

Traumatologie

Entorse :

Leuret A. et al. Actualisation entorse de cheville au service d'urgence. SFMU (Société Française de Médecine d'Urgence); 2004. Disponible sur:

http://www.sfm.org/upload/consensus/actualisation_entorse.pdf

Brûlures :

SFETB (Société Française d'Etude et de Traitement des Brûlures). Prise en charge des douleurs de l'adulte modérées à intenses. AFSSAPS; 2010. Disponible sur:

<http://recomedical.fr/69c5c1b33d30582973551f5fb7b7b54c/4f1dc63a7c2d38176400003a.pdf>

SFETB (Société Française d'Etude et de Traitement des Brûlures). Traitement des brûlures bénignes. 2012. Disponible sur: <http://www.sfetb.org/index.php?rub=recommandations>

Urologie

Colique néphrétique :

El Khebir M. et al. Actualisation 2008 de la 8e Conférence de consensus de la Société francophone d'urgences médicales de 1999. Prise en charge des coliques néphrétiques de l'adulte dans les services d'accueil et d'urgences. Prog En Urol. 2009;(19):462-73.

Annexe 4 : Controverses

Infections respiratoires hautes :

La Rédaction Prescrire. Médicaments de la toux et du rhume : des effets indésirables trop graves face à des troubles bénins. Rev Prescrire. 2009;29(312):751-3.

La Rédaction Prescrire. Rhume - Premiers Choix Prescrire, actualisation juillet 2015. Rev Prescrire. 2015;35(385):842.

Olivier P, Dugué A, Montastruc J-L. Adverse cardiovascular and central neurologic reactions to sympathomimetics used as nasal decongestants: results of the French National Pharmacovigilance Survey. Thérapie. 2003;58(4):361-6.

Myorelaxants :

ANSM (Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé). Spécialités contenant du thiocolchicoside administrées par voie générale : information importante relative aux indications, modalités de traitement, contre-indications et mises en garde - lettre aux professionnels de santé. ANSM; 2014. Disponible sur:
http://ansm.sante.fr/content/download/61105/784787/version/1/file/DHPC+ 140402_Thiocolchiciside.pdf

La Rédaction Prescrire. Bilan 2015 des médicaments à écarter : douleur - rhumatologie. Rev Prescrire. 35(376):148-9.

La Rédaction Prescrire. Méphénésine : Décontractyl 500mg comprimés. Rev Prescrire. 2001;21(219):506.

La Rédaction Prescrire. Thicolchicoside : génotoxique et tératogène. Rev Prescrire. 2014;34(367):342.

Vu, le Président du Jury,

Vu, le Directeur de Thèse,

Vu, le Doyen de la Faculté,

Titre de thèse : L'impact de la discussion autour de l'automédication sur la prescription du médecin généraliste lors d'une consultation pour une affection aiguë. Enquête par observations directes auprès de médecins généralistes de Loire-Atlantique et Vendée en 2015.

RESUME

Introduction : Des études ont montré que l'automédication était évoquée plus de deux fois sur trois lors de consultations de médecine générale pour une affection aiguë. La discussion autour de l'automédication semblait entraîner la rédaction plus fréquente d'une prescription médicamenteuse.

Objectifs : Confirmer l'élévation des prescriptions médicamenteuses lorsqu'il y a discussion, décrire le contenu et la conformité vis-à-vis des recommandations de ces prescriptions.

Méthodes : Une enquête quantitative prospective par observation directe de consultations de médecine générale pour une affection aiguë a été réalisée par 38 internes de médecine générale de l'université de Nantes chez 100 médecins maîtres de stage universitaires de mai à juillet 2015. Les internes devaient recueillir des éléments de la rencontre de soin observée, à l'aide d'une grille d'observation.

Résultats : L'analyse a porté sur 542 rencontres de soins. Lorsqu'il y avait une discussion autour de l'automédication, les prescriptions médicamenteuses étaient plus nombreuses (91,5% versus 71,3%). Quand il y avait une discussion, une automédication préalable et une prescription, plus de 8 fois sur 10 les médecins modifiaient le traitement pris en automédication. Dans 17,2% des cas, ils reconduisaient seulement le traitement d'automédication. Les médicaments du système nerveux central (antalgiques et antipyrétiques) étaient davantage reconduits que les autres classes médicamenteuses. Le taux de prescriptions non conformes s'élevait de 20 à 30%, sauf dans le groupe « reconduction » où il était significativement moins élevé (8,2%).

Conclusion : Parler d'automédication en consultation expose à davantage de prescriptions médicamenteuses. Cependant, les prescriptions inappropriées semblent moins élevées lorsque le traitement pris en automédication par le patient est reconduit, un résultat qui incite à s'intéresser de plus près à ce comportement.

Mots clés : Soins de santé primaires, automédication, affections aiguës, relation médecin-patient, prescriptions inappropriées