

UNIVERSITE DE NANTES

FACULTE DE MEDECINE

Année 2015

N° 018

THESE

pour le

DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE

DES de MEDECINE GENERALE

par

Claire HUCHET

née le 22/01/1985 à Nantes (44)

Présentée et soutenue publiquement le 25 juin 2015

**Les demandes de prescriptions supplémentaires au cours des consultations de renouvellement.
Enquête par observation directe auprès de médecins généralistes de Loire-Atlantique et Vendée.**

Président du jury : Monsieur le Professeur Remy Senand

Directeurs de thèse : Monsieur le Professeur Lionel Goronflot

Monsieur le Docteur Laurent Brutus

Membres du jury : Monsieur le Professeur Eric Dailly

Madame le Professeur Véronique Guienne

REMERCIEMENTS

Aux membres du jury

Monsieur le professeur Remy Senand

Vous me faites l'honneur de présider mon jury de thèse. Veuillez trouver ici l'expression de ma reconnaissance la plus sincère.

Monsieur le professeur Eric Dailly

Merci d'avoir accepté de participer à ce jury. Soyez assuré de toute ma reconnaissance.

Madame le professeur Véronique Guienne

Merci d'avoir accepté de juger mon travail. Soyez assurée de toute ma reconnaissance.

Monsieur le professeur Lionel Goronflot

Merci de m'avoir proposé ce sujet de thèse. Merci pour tous tes précieux conseils, tes relectures et l'intérêt que tu as porté à ce travail. Je te remercie également de m'avoir accueillie dans ton cabinet. Ce dernier stage de 6 mois fut riche d'enseignements et je suis sortie grandie de nos longues discussions. Je te prie de trouver ici l'expression de ma profonde estime.

Monsieur le docteur Laurent Brutus

Merci de m'avoir accompagnée tout au long de ce travail. Je tiens à te remercier de tes nombreux conseils, de ta motivation et de ta disponibilité. Trouve ici l'expression de ma profonde reconnaissance.

Aux externes de DCEM3 ayant participé à l'étude

A ma famille

Mes parents, pour toute la fierté et tout l'amour que je vois dans vos yeux. Merci de m'avoir accompagnée tout au long de cette longue aventure.

Mon frère, Nicolas, pour ton soutien tout au long du « complot ». Pour nos discussions de l'impossible et pour tous nos fous rires complices que nous seuls pouvons comprendre... parfois un regard suffit. Merci de tout le soutien que tu m'as apporté.

A mes amis

A Laurianne, elles commencent à être loin nos années de colocation. Nous avons fait la majorité de nos études ensemble... tu as été mon soutien le plus précieux. Merci pour tous ces moments partagés. Merci d'être toujours aussi présente malgré la distance.

Eva pour ton calme, ton organisation et tes conseils toujours précieux.

Fabien pour tes blagues divertissantes.

Franck pour tes blagues (moins) divertissantes, et surtout merci de m'avoir fait confiance en me demandant d'être la marraine de Benjamin.

A Céline et Mathieu, merci d'avoir osé vous joindre à nous.

Aux nantais, maintenant disséminés : Marie-angélique (merci pour ta lecture attentive), Clémence, Sophie, Mehdi, Auriane et Matthieu. Que de soirées, de tarots endiablés, de vacances partagées.

A Emilie et Damien. Merci d'être toujours présents.

A Lucile, pour le soutien que tu m'apportes et nos nombreuses soirées.

Aux sablais, rencontré lors d'un premier semestre mémorable : Elise, Noémie, Alexandra, Aurélie, Xavière. Un merci plus particulier à Charly pour tes lectures et tes conseils.

A Julia et notre semestre en MPU.

A Mathieu, sinon j'aurai perdu un ami.

A tous ceux rencontrés lors de l'internat : Thomas, Marie, Charlotte, Pierre, Clothilde, Cécile, Mathilde, Marco, Vincent, Marion, Arthur, Romain. Sans vous, ça n'aurait pas été pareil.

Aux médecins dont j'ai eu la chance de croiser le chemin.

TABLE DES MATIERES

LISTE DES FIGURES.....	7
LISTE DES TABLEAUX	8
LISTE DES ANNEXES	9
LISTE DES ABREVIATIONS	10
INTRODUCTION.....	11
1. L'automédication.....	11
2. La consultation de renouvellement.....	16
3. Objectifs de l'étude.....	18
MATERIELS ET METHODES	20
1. Type d'enquête.....	20
2. Lieu de l'enquête.....	20
3. Critères d'inclusion.....	20
4. Recueil des données.....	21
5. Saisie et exploitation des données.....	22
5.1. Données concernant les patients.....	22
5.2. Données concernant les demandes faites en consultation de renouvellement.....	23
5.2.1. Données concernant les demandes médicamenteuses.....	24
5.2.2. Données concernant les demandes non médicamenteuses.....	25
6. Données ajoutées a posteriori.....	25
7. Analyse des données.....	26
8. Aspects éthiques.....	26
RÉSULTATS	27
1. Description de la population étudiée.....	27
1.1. Les patients.....	27
1.2. Les ordonnances réalisées à l'issue de la consultation de renouvellement.....	28
2. Analyse du traitement de fond en fonction des caractéristiques de la population.....	30
3. Analyse de la demande du patient.....	35
3.1. Analyse des demandes de prescriptions médicamenteuses.....	36
3.1.1. Données générales.....	36
3.1.2. Déterminants de la demande médicamenteuse.....	36
3.1.3. Pathologies et symptômes amenant à une demande médicamenteuse.....	39
3.1.3.1. Données générales.....	39
3.1.3.2. En fonction des caractéristiques des patients.....	42

3.1.4.	Quels traitements demandés ?	43
3.1.5.	La réponse du praticien.	47
3.1.5.1.	Données générales.....	47
3.1.5.2.	Déterminants de la réponse du praticien.	48
3.2.	Analyse des demandes de prescription non médicamenteuse.	50
3.2.1.	Données générales.....	50
3.2.2.	Déterminants de la demande non médicamenteuse.....	52
3.2.3.	La réponse du praticien.	53
4.	Synthèse des résultats.	53
	DISCUSSION	58
1.	Forces de l'étude.	58
2.	Nombre de questionnaires attendus.	58
3.	Discussion de la méthode : validité interne de l'étude.....	58
3.1.	Type d'étude : l'observation directe.	58
3.2.	Lieux de l'enquête.	59
3.3.	Enquêteurs.	59
3.4.	Recueil des données.....	59
3.5.	Saisie des données.	60
4.1.	Caractéristiques générales.	60
4.2.	Analyse du traitement de fond des patients observés.	61
4.2.1.	La polymédication.....	61
4.2.2.	Nature du traitement de fond.....	61
5.	Discussion des principaux résultats.	62
5.1.	Les demandes de prescriptions médicamenteuses par les patients : un comportement fréquent lors des consultations de renouvellement (1 consultation sur 5).....	62
5.2.	Le patient et les origines de sa demande.	63
5.2.1.	Les raisons économiques, conséquences des particularités d'organisation du système de santé français.	63
5.2.2.	La représentation de l'ordonnance pour les patients.	64
5.2.3.	L'apport de l'anthropologie.	65
5.2.4.	Les demandes «cachées».....	66
5.2.5.	L'autonomie du patient.	66
5.2.6.	La validation d'un savoir profane.	67
5.3.	Profils des patients formulant une demande médicamenteuse.	67
5.4.	Pathologies et symptômes traités.....	69
5.5.	Médicaments demandés.....	74
5.6.	La réponse du praticien.....	76
5.6.1.	La prescription est accordée dans neuf demandes sur dix.	76
5.6.1.1.	Le manque de temps.....	76

5.6.1.2. Le bien-fondé de la demande du patient.	77
5.6.1.3. La difficulté de dire non, la relation médecin-patient.	77
5.6.1.4. La connaissance de son patient.	77
5.6.2. Les conseils délivrés par le praticien.....	78
6. Les demandes non médicamenteuses.....	79
7. Perspectives.....	81
CONCLUSION.....	82
BIBLIOGRAPHIE	84
ANNEXES.....	89

LISTE DES FIGURES

Figure 1 : Résultats de consultations les plus fréquemment observés lors des consultations de renouvellement.	17
Figure 2 : Répartition de la prescription des traitements à visée cardiovasculaire en fonction de l'âge des patients.	32
Figure 3 : Répartition de la prescription des différents traitements psychotropes en fonction de l'âge des patients.	33
Figure 4 : Répartition de la prescription au long cours d'antalgiques, de traitements à visée anti-ostéoporotique et d'anti-inflammatoires en fonction de l'âge des patients.	34
Figure 5 : Répartition de la prescription au long cours des hormones thyroïdiennes, des IPP et des traitements à visée digestive en fonction de l'âge des patients.	35
Figure 6 : Pourcentages de demandes médicamenteuses en fonction de l'âge (<40ans et ≥40 ans) et du sexe des patients.	37
Figure 7 : Répartition des différentes demandes non médicamenteuses.	51

LISTE DES TABLEAUX

Tableau I : Caractéristiques des patients étudiés	27
Tableau II : Effectifs et pourcentages de patients de l'échantillon traités au long cours par les différentes classes thérapeutiques.	29
Tableau III : Variation du nombre de médicaments appartenant au traitement de fond en fonction des principales caractéristiques de la population.	31
Tableau IV : Effectifs et pourcentages de la demande médicamenteuse en fonction des caractéristiques de la population.	38
Tableau V : Effectifs et pourcentages des motifs de demandes médicamenteuses formulées par les patients.	41
Tableau VI : Effectifs et pourcentages des médicaments demandés par le patient, classés selon la classification ATC.	44
Tableau VII : Pourcentages des principaux traitements demandés en fonction des caractéristiques des patients.	46
Tableau VIII : Pourcentages d'accord/de modification de la prescription médicamenteuse demandée par le patient et pourcentages de conseil autour de la demande et de discussion autour des interactions en fonction des principales caractéristiques des patients.	48
Tableau IX : Effectifs et pourcentages des demandes non médicamenteuses en fonction des principales caractéristiques des patients.	52

LISTE DES ANNEXES

Annexe 1 : Grille de recueil des données.	89
Annexe 2 : Tableau comparatif des caractéristiques des patients entre les 2 phases de recueil.	90

LISTE DES ABREVIATIONS

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

AINS : Anti-Inflammatoire Non Stéroïdiens

ALD : Affection Longue Durée

AMM : Autorisation de Mise sur le Marché

ANR : Agence Nationale de la Recherche

ANSM : Agence Nationale de Sécurité du Médicament

AOD : Anticoagulants Oraux Directs

AUNIS : Association des Utilisateurs de Nomenclatures Internationales de Santé

AVK : Anti-Vitamine K

CISP : Classification Internationale des Soins Primaires

CNOM : Conseil National de l'Ordre des Médecins

CREDES : Centre de Recherche, d'Etudes et de Documentation en Economie de la Santé

CSP : Catégorie Socio-Professionnelle

DMG : Département de Médecine Générale

DNID : Diabète Non Insulino-Dépendant

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

DS : Déviation Standard

FA : Fibrillation Auriculaire

HAS : Haute Autorité de Santé

HTA : Hypertension Artérielle

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

INSEE : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques

MSU : Maitre de Stage Universitaire

NACO : Nouveaux Anticoagulants Oraux

IC : Intervalle de Confiance

IPP : Inhibiteur de la Pompe à Protons

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

OTC : Over The Counter médication

PMF : Prescription Médicale Facultative

PMO : Prescription Médicale Obligatoire

RGO : Reflux Gastro-œsophagien

WONCA : World Organisation on National Colleges, Academies and Academic Associations of general practitioners

INTRODUCTION

« Et vous me rajouterez du paracétamol sur l'ordonnance... »

Quel praticien, au moment de la rédaction de son ordonnance, n'a jamais entendu un patient lui demander d'ajouter la prescription d'un médicament ? Il s'agit dans ce cas d'une prescription dite suggérée ; le patient fait le choix de son traitement sans forcément expliquer au praticien ses symptômes. Il s'agit là d'une forme d'automédication. Nous nous sommes intéressés dans ce travail à l'étude des demandes médicamenteuses supplémentaires par les patients lors des consultations de renouvellement de traitement.

1. L'automédication.

L'automédication peut avoir plusieurs définitions selon les limites que l'on se fixe. Aucune définition consensuelle n'existe.

Littéralement, l'automédication correspond au fait de « se soigner soi-même, avec des médicaments » ; il s'agit de la réponse que le patient apporte à un symptôme qu'il juge bénin ou à une situation pathologique connue.

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) a défini en 2000 la notion d'automédication responsable qui « consiste pour les patients à soigner certaines maladies grâce à des médicaments autorisés, accessibles sans ordonnance, sûrs et efficaces dans les conditions d'utilisation indiquées, avec le conseil du pharmacien ».

Certains auteurs vont plus loin en considérant que « lorsqu'un patient demande au médecin de lui prescrire un médicament qu'il pense efficace, c'est en vérité le patient qui se prescrit à lui-même un produit par l'intermédiaire du médecin » (1). C'est ce qu'Ostermann appelle « l'automédication sur ordonnance suggérée » (2) ; à ce niveau, le médecin est complice de l'automédication de ses patients, d'une manière plus ou moins lucide et résignée. C'est dans ce cadre-là que se situait notre enquête.

Même si la plupart des définitions actuelles évoquent l'automédication à travers les médicaments qui lui sont dédiés, l'automédication doit plutôt être considérée comme un comportement. Il s'agit d'une réflexion amenant le patient à faire un autodiagnostic, s'ensuit une auto-prescription et une automédication. Ainsi, S. Fainzang envisage 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) » (3).

L'automédication est un phénomène courant en France puisque 68% des adultes déclarent y avoir recours (4). Elle est en augmentation depuis plusieurs années, et ce, dans un contexte de recherche d'une maîtrise des dépenses publiques de santé. L'automédication augmente plus particulièrement depuis 2003, année depuis laquelle se sont succédées plusieurs vagues de déremboursement de nombreuses spécialités. Depuis le 1er juillet 2008, certains médicaments peuvent également être placés devant le comptoir de la pharmacie afin de permettre au patient de se servir lui-même. Il s'agit des médicaments « en libre accès » ou OTC (« Over The Counter »). Toutes ces mesures, mises en place par les pouvoirs publics, ont pour objectif de favoriser l'automédication.

L'automédication répond également à un besoin accru d'autonomie de la part des patients. Entre désengagement des systèmes de prise en charge pour la couverture des « petits risques » et recherche d'autonomie des patients, il ne faut pas occulter que certains risques liés à l'automédication existent.

P. Queneau, distingue en effet plusieurs risques liés à l'automédication (5) : effets propres aux médicaments utilisés, effets toxiques liés aux mésusages ou surdosages (fortuits ou délibérés), interactions entre médicaments prescrits et auto-prescrits, interférence avec le diagnostic d'une maladie potentiellement grave, cumul de plusieurs spécialités correspondant au même principe actif, difficultés de pharmacovigilance... La prévalence des accidents d'automédication est mal précisée, faute de travaux adéquats. Cependant, une étude multicentrique réalisée en 2010 au sein de 11 services d'urgences retrouvait que 1,7% des patients admis présentaient un évènement indésirable médicamenteux lié à l'automédication (6).

Le profil type du patient ayant recours à l'automédication le plus souvent décrit correspond à une femme, de catégorie socioprofessionnelle élevée, âgée de 40 à 50 ans (7). La pratique de l'automédication semble diminuer avec l'âge, parallèlement à l'augmentation de la consommation de médicaments prescrits au long cours (7).

Les classes pharmaceutiques les plus fréquemment utilisées en automédication sont : les antalgiques/antipyrétiques (paracétamol, aspirine et autres anti-inflammatoires), les antitussifs, les phlébotoniques, les antihistaminiques et les régulateurs de la fonction digestive. Selon le baromètre Afipa, le classement des systèmes concernés par l'automédication (calculé à partir du pourcentage de part de marché) est le suivant : voies

respiratoires (25,3%), antalgie (19,5%), voies digestives (13,3%), dermatologie (10%), circulation (6,8%), vitamines/minéraux (4,5%), sédatifs/modificateurs de l'humeur (4%) (8).

Les raisons du recours à l'automédication sont multiples :

- Situation pathologique jugée trop bénigne par le patient pour consulter un médecin.
- Besoin de soulagement rapide, sans attendre un avis médical.
- Incompétence du médecin pour le problème concerné (expérience déçue/stratégie d'évitement).
- Symptomatologie familière ou récurrente dont le traitement est connu par le patient.

Cependant, il est difficile d'évoquer toutes les raisons possibles du recours à l'automédication, car elles sont complexes et variées. Elles sont dépendantes du niveau socio-économique des patients, ainsi que de leurs savoirs profanes, de leur croyance et de leur culture.

L'automédication reste en débat avec un discours antagoniste des pouvoirs publics (économie, autonomie du patient), du corps médical (danger potentiel, iatrogénie, dépossession des compétences) et des pharmaciens (souhait de garder leur monopole de distribution). Quant aux patients, leurs représentants souhaitent que le sujet de l'automédication ne soit pas enfermé dans une simple considération économique et que son développement s'accompagne de programmes d'éducation à la santé (9).

Malgré une croissance progressive, le marché de l'automédication en France se distingue de celui de ses pays voisins, par sa faible importance et sa faible dynamique. Ainsi, la part de marché de l'automédication est de 15,9% en France, contre 40,2% en Allemagne ou 37,4% au Royaume-Uni (moyenne européenne 23,3%) (10). Il existe cependant une augmentation progressive du marché de l'automédication en France, avec une augmentation de 3,2% en 2012 (en parallèle, diminution de 2,4% du marché du médicament sur prescription). L'augmentation du marché de l'automédication était constante depuis 2009 (+1,8% en 2009, +2,2% en 2010, +1,9% en 2011 et +3,2% en 2012). Cependant, le marché de l'automédication reste fragile. Il faut noter une baisse de 3% du marché de l'automédication en France entre 2012 et 2013. L' Afipa explique cette baisse par une forte épidémie de grippe en 2013 ayant entraîné une hausse des consultations chez les médecins généralistes, et par conséquent une hausse des prescriptions.

En France et en Europe, il n'existe que deux statuts possibles pour les spécialités pharmaceutiques, en fonction de la nécessité ou non d'une prescription médicale pour leur obtention. Ainsi on distingue les médicaments à Prescription Médicale Facultative (PMF) et les médicaments à Prescription Médicale Obligatoire (PMO).

D'après la directive 2004/27/CE de la réglementation européenne, 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.
- 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.
- Contiennent des substances dont il est indispensable d'approfondir les connaissances sur l'activité et/ou les effets indésirables.
- 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), délivrables par le pharmacien sur présentation d'une ordonnance, qu'ils soient remboursables ou non. Les médicaments de PMO sont aussi appelés médicaments éthiques.

Les médicaments à PMF sont définis comme « ceux qui ne répondent pas aux critères énumérés » ci-dessus. Les produits PMF sont donc des produits dont la toxicité est modérée, y compris en cas de surdosage et d'emploi prolongé, et dont l'emploi ne nécessite pas, a priori, un avis médical. On les appelle également médicaments « hors liste » ou médicaments de médication officinale. Parmi les médicaments de PMF, on distingue : les médicaments dits « semi-éthiques » (remboursables si prescrits) et les médicaments « d'automédication pure » ou OTC (Over The Counter), médicaments disponibles sans ordonnance et non remboursables (même s'ils sont prescrits). Seuls les médicaments « d'automédication pure » peuvent faire l'objet de publicité grand public.

On appelle délistage d'un médicament (ou « switch ») le passage du statut de médicament de PMO à celui de médicament de PMF. Le délistage d'un médicament n'est pas forcément synonyme de son déremboursement par l'assurance maladie. Pour qu'un médicament soit délisté, le laboratoire pharmaceutique doit soumettre une demande de délistage aux autorités de santé qui l'évaluent selon des critères de qualité pharmaceutique, d'efficacité et de sécurité. Le dossier de délistage doit démontrer que la spécialité est sans risque et adaptée à un usage autonome par le patient.

Le marché de l'automédication en France revêt quelques particularités qui peuvent expliquer son manque de dynamisme en comparaison avec les autres pays d'Europe. En effet, le marché français de l'automédication manque de lisibilité.

En France, 80% des produits de PMF sont remboursables alors que de nombreux pays (Etats-Unis, Allemagne, Pays-Bas...) assimilent largement, voire totalement PMF et médicaments non remboursables. Ainsi, en France, en 2005, 60% des ventes de médicaments de PMF ont fait l'objet d'un remboursement par l'assurance maladie. Cette spécificité française paraît encourager le patient à consulter un médecin pour acquérir des médicaments qu'il pourrait obtenir sans ordonnance (7)(11).

La coexistence de médicaments similaires, dans des indications identiques ou proches qui ne diffèrent donc que par leur statut à l'égard du remboursement est une source de confusion et d'incompréhension.

Il existe un paradoxe entre les chiffres de vente des médicaments dit d'automédication et le comportement d'automédication déclaré par les français. Si l'automédication est un secteur peu développé en valeur, pas moins de 80% des adultes déclarent avoir utilisé des médicaments sans avoir recours à une consultation médicale (enquête Afipa-Sofres 2001). Une majorité de personnes se tournent alors vers « l'armoire à pharmacie familiale », constituée notamment de médicaments antérieurement prescrits (qu'ils soient de PMF ou de PMO). Les explications de ce décalage se trouvent à plusieurs niveaux :

- L'existence de produits de PMF remboursables dès lors qu'ils sont prescrits par un médecin. Cela entraîne un recours systématique à la consultation médicale en vue d'obtenir le remboursement, la prescription par anticipation ou la prescription rectificative (après achat en pharmacie).
- L'image négative des produits non remboursables victimes de l'association communément admise entre efficacité, prescription et remboursement (12).

Ainsi, selon l'enquête DGS/CSA-TMO santé, 48% des personnes interrogées déclarent se faire prescrire des médicaments postérieurement à l'achat afin d'être remboursé (12). La prescription par anticipation peut être considérée comme un rôle du médecin généraliste si elle s'accompagne d'une éducation thérapeutique, avec autogestion de sa pathologie par le patient.

Le comportement d'automédication ne se fait donc pas uniquement avec des médicaments de PMF, considérés non dangereux. Les patients ont également accès à des produits potentiellement dangereux en dehors de leur utilisation appropriée.

La question de l'automédication reste complexe.

2. La consultation de renouvellement.

La consultation dite « de renouvellement d'ordonnance » ne correspond pas à un concept théorique mais à un état de fait, vécu comme tel par les patients et/ou les praticiens, en lien avec la limitation temporelle de la prescription médicale. La consultation de renouvellement a pour objectif principal de poursuivre un traitement dans le cadre d'une (ou plusieurs) maladie(s) déjà connue(s), souvent chronique(s). Le renouvellement d'ordonnance est un motif fréquent de consultation en médecine générale car la prise en charge des maladies chroniques représente une part importante de l'activité. Ainsi, la DREES, dans une enquête réalisée en 2002, retrouvait que 40% des consultations et visites en médecine générale étaient consacrées au contrôle et suivi de maladies chroniques (13). Une étude de l'AUNIS en 1996, avait montré que le premier motif de consultation était le renouvellement d'ordonnance avec 27% des consultations (14).

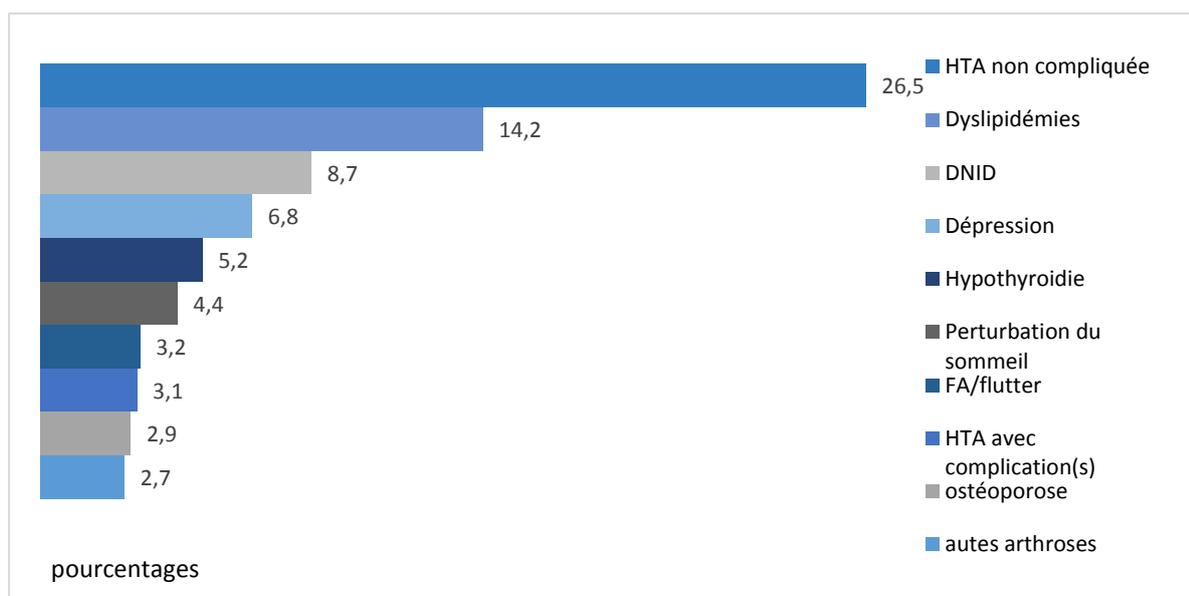
Il s'agit d'une consultation au cours de laquelle le praticien évalue et réévalue chaque pathologie et la nécessité de leur prise en charge en fonction du contexte du patient (familial, socio-professionnel...). Le médecin généraliste bénéficie d'une connaissance approfondie de ses patients grâce à une relation inscrite dans la durée. Pour chacun des problèmes de santé pris en charge (en moyenne au moins 3 ou plus par consultation) il évalue les indications, hiérarchise les objectifs, ajuste le plan de soins, dans l'espace de liberté que lui laissent les recommandations, les attentes et représentations du patient, le système local d'organisation des soins, les contraintes de la consultation, les capacités du patient à faire face aux frais des examens complémentaires ou des consultations spécialisées. Détenteur du dossier de son patient, il organise, structure et synthétise les différentes informations pour leur donner un sens médical. Le praticien s'enquiert également de l'efficacité, de la tolérance et de l'observance du traitement par son patient. Ainsi de nombreux déterminants interfèrent au cours de cette consultation (15).

Pourtant, le contenu de ces consultations est assez peu étudié.

L'étude ECOGEN (étude française observationnelle transversale multicentrique, décembre 2011/avril 2012) avait pour objectif principal de décrire les motifs de consultations (ce qui amène le patient à consulter), les procédures de soins (réalisées ou programmées, par exemple : médication/prescription/injection) et résultats de consultation (diagnostics portés) en médecine générale, ainsi que les caractéristiques des médecins et des patients. Certaines données de cette étude nous renseignent sur les consultations de renouvellement (16).

Ainsi, selon l'étude ECOGEN, 21,3% des consultations de médecine générale avaient pour motif de recours un renouvellement d'ordonnance (17).

Les 10 résultats de consultations (selon les données de l'étude ECOGEN, sur un total de 295 résultats de consultation différents) les plus fréquents dans une consultation de renouvellement sont représentés dans la Figure 1.



(HTA : hypertension artérielle, DNID : diabète non insulino-dépendant, FA : fibrillation auriculaire)

Selon les données de l'étude ECOGEN (17), les patients consultant pour un renouvellement d'ordonnance sont plus âgés (64,5 ans en moyenne vs 41,3) et bénéficient plus souvent d'une prise en charge en ALD (45,5% vs 16,4%) que les patients consultant leur médecin généraliste pour un autre motif. La consultation de renouvellement est significativement plus longue que les consultations pour un autre motif (17,5 minutes versus 16,8 minutes). Les

motifs (3,98 vs 2,26), procédures (6,81 vs 4,19) et résultats (3,59 vs 1,8) de consultations sont significativement plus nombreux lors des consultations de renouvellement. Tout cela rend compte de la complexité de la consultation de renouvellement. Elle nécessite en effet une hiérarchisation des problèmes et la mobilisation de l'ensemble des compétences professionnelles (telle que définies par la WONCA en 2002) (18).

Selon la DREES, en 2005, le nombre moyen de médicaments prescrits lors d'une consultation de médecine générale est de 2,9 (19).

Lors des consultations de renouvellement, le praticien fait face à des patients atteints le plus souvent de plusieurs pathologies chroniques, conduisant fréquemment à une poly-médication. Il peut s'agir de patients présentant de multiples facteurs de risque (HTA, diabète, hyperlipidémie) et/ou de patients souffrant de plusieurs pathologies chroniques (coronaropathie, arthrose, dépression). L'étude polychrome (20) a établi 6 classes de profils de patients « chroniques » rendant compte de la diversité des situations et établissant un lien entre certaines pathologies et la polymédication (exemple de typologie de situation chronique en médecine générale: patients de plus de 60 ans, consultant plus de 4 fois par an, atteints de pathologie cardiovasculaire ; patients de moins de 60 ans consultant plus de 4 fois par an, atteints de pathologies centrées sur la psychiatrie et les troubles musculo-squelettiques). La polyprescription résultant de la polypathologie est ainsi très fréquente.

La polymédication est définie par l'OMS comme « l'administration de nombreux médicaments de façon simultanée ou par l'administration d'un nombre excessif de médicaments ». Elle est plus fréquente chez les personnes âgées, notamment en raison de la polypathologie. La polymédication, en particulier chez le sujet âgé, est habituelle et souvent légitime ; mais elle augmente les risques iatrogènes, l'inobservance des traitements et les coûts de santé. Dans la littérature, plusieurs seuils ont été définis. Ainsi, le seuil de 3 médicaments ou plus est le chiffre retenu comme seuil dans le score ISAR (Instrument de Screening des Aînés à Risque) ; T. Jorgensen (2001), lui, fixe le seuil de polymédication à 5 médicaments journaliers ou plus (seuil le plus souvent retrouvé dans la littérature) (21) (22).

3. Objectifs de l'étude.

Du fait des particularités du marché de l'automédication en France (remboursement de 80% des médicaments de prescription médicale facultative) et de la forte prévalence des

consultations de renouvellement dans l'activité du médecin généraliste, nous nous sommes demandé si celles-ci ne constituaient pas un moment propice durant lequel les patients demandaient à leur médecin des prescriptions supplémentaires leur permettant de « s'automédiquer ». En effet, on peut penser que ces patients, consultant leur médecin généraliste de façon récurrente (tous les 1, 3 ou 6 mois selon leurs pathologies), « profitent » de leur consultation de renouvellement pour « gérer » d'autres problèmes : problème connu, avec traitement connu, problème considéré comme bénin, problème dont ils n'ont pas envie de parler ou problème qu'ils gèrent seuls. Ces prescriptions suggérées entrent dans le cadre d'une automédication.

L'objectif principal de ce travail était d'évaluer la prévalence des demandes de prescriptions médicamenteuses formulées par les patients lors des consultations de renouvellement d'ordonnance en médecine générale.

Nous avons cherché à définir les caractéristiques de ces patients et de leurs demandes : existe-t-il un profil type du patient formulant des demandes médicamenteuses au sein de la population consultant pour un renouvellement d'ordonnance ? Quelles classes thérapeutiques sont demandées ? Pour traiter quels types de pathologies ? Nous avons également observé la réponse des praticiens (conseils, négociation) face à ces demandes, ainsi que la prise en compte éventuelle des interactions médicamenteuses.

Nous nous sommes également intéressés aux demandes de prescriptions non médicamenteuses (kinésithérapie, examen biologique...).

MATERIELS ET METHODES

1. Type d'enquête.

Il s'agissait d'une étude descriptive, prospective par observation directe portant sur des consultations de médecine générale.

2. Lieu de l'enquête.

L'étude s'est déroulée sur 2 périodes, mai/juin 2013, ainsi qu'au mois de juin 2014 auprès de 90 médecins généralistes de Loire-Atlantique et de Vendée (70 lors de la première période de l'étude, 64 lors de la deuxième période de l'étude).

Sur l'ensemble des 2 périodes, 90 praticiens différents ont participé à l'enquête. 44 praticiens ont participé aux 2 périodes de l'enquête. 26 n'ont participé qu'à la première partie de l'enquête, 20 n'ont participé qu'à la seconde partie.

40 praticiens étaient de sexe féminin (soit 44,4%), 50 étaient de sexe masculin (soit 55,6%).

76 praticiens (soit 84,4%) exerçaient dans le département de la Loire-Atlantique, 14 (soit 15,6%) dans le département de la Vendée.

Ces médecins étaient tous maîtres de stage universitaire (MSU), agréés pour accueillir des externes volontaires de 5^{ème} année de médecine (DCEM3), afin de leur faire découvrir la pratique de la médecine générale et ses particularités.

Les MSU ont été informés de la réalisation de l'enquête par un courrier émanant du Département de Médecine Générale (DMG) de Nantes. Les MSU étaient avertis du thème général de l'étude sans pour autant en connaître l'objectif principal afin d'éviter l'effet Hawthorne (modification de comportement possible des praticiens en fonction de l'objectif de l'enquête).

3. Critères d'inclusion.

Les patients majeurs (âgés de 18 ans et plus) consultant leur médecin généraliste (au cabinet, à domicile ou en maison de retraite) pour un renouvellement de leur ordonnance ont été inclus dans l'étude. La demande de renouvellement devait être le motif principal ayant motivé la consultation.

4. Recueil des données.

Il s'agissait d'une étude par observation directe.

Les enquêteurs recrutés pour cette étude étaient les externes en 5^{ème} année de médecine ayant choisi de réaliser un stage en médecine générale durant la période de mai/juin 2013 pour la première série d'enquêteurs et juin 2014 pour la deuxième série.

24 enquêteurs ont participé à la première période de l'étude, 23 enquêteurs lors de la seconde. Chaque externe était affecté à un trinôme de MSU.

Les enquêteurs ont été formés à l'enquête le 2 mai 2013 pour la première période de l'enquête et le 12 juin 2014 pour la seconde période. Les enquêteurs ont été formés lors d'un Enseignement Dirigé (ED) organisé au Département de Médecine Générale. La grille d'observation, support de l'enquête, leur a été présentée et expliquée. Les externes se sont prêtés à des jeux de rôle pour valider le questionnaire et s'en approprier l'usage.

Lors de l'étude, les enquêteurs étaient observateurs muets et remplissaient le questionnaire au cours de la consultation. Ils ne devaient pas intervenir durant la consultation.

Les enquêteurs devaient remplir une grille d'observation pour les 5 premières consultations de renouvellement de chaque journée de stage durant 4 semaines pour la première période d'enquête, durant 2 semaines pour la seconde. Le choix de centrer le remplissage des grilles sur les 5 premières consultations de renouvellement de la journée permettait dans un premier temps de ne pas sélectionner les consultations ayant fait l'objet d'une demande de prescription supplémentaire et ainsi obtenir une valeur la plus réelle possible de ce comportement ; dans un second temps cela permettait de « libérer » l'enquêteur de sa mission afin qu'il puisse profiter pleinement de son stage.

Les patients étaient informés de la présence de l'étudiant auprès de leur médecin sans pour autant être avertis de la réalisation d'une étude. Le patient était libre de refuser la présence de l'externe.

Les enquêteurs devaient, au cours de la consultation, remplir une grille d'observation contenant les items suivants : nom de l'externe, nom du praticien, sexe du praticien,

caractéristiques du patient (sexe/âge/profession/ALD), motif de renouvellement (médicament(s) concerné(s)/pathologie(s)), questionnement du praticien sur l'observance, défaut d'observance signalée, nature du problème nouveau exprimé par le patient, nom du (des) médicament(s) demandé(s), prescription accordée ou non, demande(s) non médicamenteuse(s), conseils autour de la demande, interactions médicamenteuses abordées. (cf. Annexe 1)

Les enquêteurs devaient considérer comme conseil autour de la demande les indications autour de la posologie, les solutions alternatives proposées par le praticien et l'explication par le praticien des circonstances conduisant à la prise du traitement demandé (par exemple : gonalgie aiguë).

Les items de la grille d'observation étaient inconnus du praticien menant la consultation observée.

5. Saisie et exploitation des données.

Une anonymisation des médecins et des externes-enquêteurs a été réalisée ; chaque nom ayant été remplacé par un numéro. Un numéro d'identification a été attribué à chaque observation. L'appartenance des observations à la première ou deuxième période d'enquête était également renseignée.

Les données ont été saisies à l'aide du logiciel Microsoft Excel. Certaines données ont également été catégorisées afin d'en faciliter l'analyse.

5.1. Données concernant les patients.

Les patients ont été répartis en 5 classes d'âge selon les classes d'âge de l'étude ECOGEN afin de pouvoir comparer certains résultats : les 18-30 ans (15-30 pour l'étude ECOGEN qui incluait également les patients mineurs), les 31-45 ans, 46-60 ans, les 61-75 ans, et les plus de 75 ans.

Les professions des patients ont été classées de 1 à 8 selon la nomenclature des Professions et des Catégories Socio-Professionnelles définies par l'Insee (23).

Pour l'analyse du profil des patients, nous avons choisi de nous intéresser au contenu de l'ordonnance réalisée en fin de consultation. Il nous a paru plus simple et plus fiable de nous

intéresser au traitement plutôt qu'aux pathologies, l'enquêteur ayant pour mission de recopier l'ordonnance de renouvellement.

Les médicaments appartenant au traitement de fond ont été classés selon leurs classes thérapeutiques suivant la classification pharmaco-thérapeutique du VIDAL.

Les antihypertenseurs regroupaient les IEC, les sartans, les bêtabloquants, les inhibiteurs calciques et les diurétiques. Une catégorie nommée « cardioprotecteurs » a été créée et regroupait les traitements antihypertenseurs, les traitements anti-arythmiques (amiodarone, digoxine, flécaïne, bêtabloquants à visée anti-arythmique, certains inhibiteurs calciques) les traitements anti-angineux (trinitrine) et les diurétiques (utilisés dans le cadre de l'insuffisance cardiaque). L'ensemble de ces traitements a été regroupé afin de limiter les erreurs possibles de classements selon leurs indications thérapeutiques.

La catégorie antidiabétique regroupait l'ensemble des antidiabétiques oraux et l'insuline.

Les hypolipémiants regroupaient les statines et les fibrates.

Les antiagrégants plaquettaires (aspirine, clopidogrel) et les anticoagulants (anti-vitamine K, AOD) ont été regroupés.

La catégorie antalgique regroupait l'ensemble des antalgiques qu'ils soient de palier 1 (paracétamol), 2 (codéine, tramadol) ou 3 (morphinique).

Une catégorie nommée « divers digestif » a été créée et regroupait l'ensemble des traitements à visée digestive à l'exclusion des inhibiteurs de la pompe à protons. Elle contenait principalement les laxatifs, les anti-diarrhéiques, les médicaments pour les désordres fonctionnels gastro-intestinaux et les antiacides.

Une catégorie dite « anti-ostéoporotique » regroupait les traitements à base de calcium, de vitamine D et les biphosphonates.

5.2. Données concernant les demandes faites en consultation de renouvellement.

Au cours de la consultation de renouvellement, 2 types de demandes distinctes ont été étudiées :

- Les demandes dites « médicamenteuses » correspondant à un patient qui demandait une prescription d'un ou plusieurs médicaments en plus de ceux appartenant à son traitement de fond.
- Les demandes dites « non médicamenteuses » correspondant aux demandes de prescription pour des actes paramédicaux, pour des examens complémentaires...

5.2.1. Données concernant les demandes médicamenteuses.

Les pathologies concernées par les demandes médicamenteuses ont été recodées selon la 2^{ème} édition de la classification internationale des soins primaires (CISP-2) (24). La CISP-2 permet de classer les motifs de consultation selon un code comprenant une lettre associée à un numéro :

- La lettre correspond au système ou à la sphère concernée (par exemple : A pour la sphère générale et non spécifiée, D pour la sphère digestive...)
- Le numéro correspond au type de motif :
 - Une procédure : examen clinique (30, 31), examen paraclinique (32-43), médecine préventive (44, 45, 49)...
 - Un symptôme ou une plainte du patient : 01 à 29 (partie verte)
 - Un diagnostic (70 à 99) : infection (partie jaune), néoplasie (partie bleue claire), traumatisme (partie rouge), anomalie congénitale (partie bleue), autres diagnostics (partie violette).

Les médicaments d'automédication ont été codés selon le système de classification Anatomique, Thérapeutique et Chimique (ATC) (25). Les médicaments sont divisés en différents groupes selon l'organe ou le système sur lequel ils agissent et/ou leurs caractéristiques thérapeutiques et chimiques. Dans ce système, les médicaments sont classés en groupes à cinq niveaux différents :

- Le premier niveau du code ATC se base sur une lettre pour le code du groupe anatomique (il y en a 14 principaux), par exemple : A pour système digestif et métabolique...
- Le deuxième niveau : groupe thérapeutique principal (deux caractères numériques)
- Le troisième niveau : sous-groupe thérapeutique/pharmacologique (un caractère alphabétique)
- Le quatrième niveau : sous-groupe chimique/thérapeutique/pharmacologique (un caractère alphabétique)
- Le cinquième niveau : sous-groupe pour la substance chimique (deux caractères numériques)

Dans notre analyse, les médicaments d'automédication ont été codés jusqu'au deuxième niveau de la classification ATC.

5.2.2. Données concernant les demandes non médicamenteuses.

Les demandes non médicamenteuses ont été regroupées en 6 catégories afin d'en faciliter l'analyse statistique :

- Les demandes de prescription d'examens biologiques (bilan biologique et frottis)
- Les demandes de prescription de médecine manuelle (kinésithérapie, ostéopathie, mésothérapie, acupuncture, pédicure, infirmière à domicile)
- Les demandes de certificats (certificats médicaux, aptitude au sport, demande de cure thermale, bons de transport, arrêt de travail)
- Les demandes de prescription d'examens complémentaires (radiographie, échographie, ostéodensitométrie)
- Les demandes d'avis spécialisé correspondant à la prescription d'une consultation spécialisée à la demande du patient
- Les demandes de matériel (attelle, bas de contention, ceinture lombaire, genouillère, orthèse, semelles orthopédiques...).

Lorsque le motif de demande était connu, il a été recodé selon la CISP-2.

6. Données ajoutées a posteriori.

Le nombre de médicaments inscrits sur l'ordonnance a été ajouté à la grille d'analyse. Le nombre total de principes actifs (permettant de tenir compte des médicaments en association) a également été calculé et ajouté à la grille d'analyse. Les ordonnances ont été classées en 2 groupes selon le nombre de médicaments qu'elles comportaient : un premier groupe avec les ordonnances contenant 4 médicaments ou moins, et un deuxième groupe comportant les ordonnances contenant 5 médicaments ou plus. Ces 2 groupes permettant de prendre en compte l'impact de la polymédication dans l'analyse des données. Le seuil de 5 médicaments a été choisi car ce seuil est le plus fréquemment utilisé dans les études sur la polymédication (21).

Le caractère PMO/PMF du médicament d'automédication demandé a été précisé. Les traitements demandés ont été classés à posteriori en 2 catégories selon la nécessité ou non d'une prescription médicale pour la délivrance en pharmacie (médicaments à prescription médicale obligatoire (PMO) ou facultative (PMF)). Si le dosage du traitement influençait la qualité PMF ou PMO du traitement, le traitement a été arbitrairement classé en PMO. Par exemple : le Codoliprane® 400mg/20mg peut être délivré sans ordonnance alors que le Codoliprane® 500mg/30mg nécessite une prescription médicale ; les traitements à base de codéine ont donc été classés en médicaments PMO. Le caractère remboursable si prescrit du médicament demandé a également été ajouté.

7. Analyse des données.

Les données ont été analysées à l'aide du logiciel Stata/MP 13.0 (StataCorp, Texas, USA).

Les analyses descriptives uni-variées ont été réalisées en utilisant le test statistique du chi² de Pearson. Ce test sert à apprécier l'existence ou non d'une relation entre deux caractères au sein d'une population, lorsque ces caractères sont qualitatifs ou lorsqu'un caractère est quantitatif et l'autre qualitatif, ou bien encore lorsque les deux caractères sont quantitatifs mais que les valeurs ont été regroupées. À noter que ce test permet de contrôler l'existence d'une dépendance mais en aucun cas le sens de cette dépendance. Le risque alpha a été fixé à 5%.

Le test du chi² de tendance linéaire a été utilisé afin de mettre en évidence une relation dose-effet entre une variable qualitative binaire et une variable ordinale (par exemple : tendance linéaire à l'augmentation de la prescription des traitements à visée cardio-vasculaires en fonction de l'élévation des classes d'âges des patients).

8. Aspects éthiques.

Cette étude s'intègre au programme de recherche AUTOMED soutenu par l'ANR (Agence Nationale de la Recherche) qui propose l'analyse des déterminants socio-économiques, territoriaux et pathologiques du recours à l'automédication.

Ce dispositif d'enquête a reçu l'aval éthique du Groupe Nantais d'Ethique en Santé le 22 avril 2013 (N° 2013-04-07), l'avis favorable du CCTIRS (Comité Consultatif sur le Traitement de l'Information en matière de Recherche dans le domaine de la Santé) le 21 novembre 2013 (N° 13.462bis) et l'autorisation (DR-2014-239) de la CNIL (Commission Nationale Informatique et Liberté) le 18 juillet 2014.

RÉSULTATS

1386 observations ont été analysées.

1. Description de la population étudiée.

1.1. Les patients.

Le Tableau I recense les caractéristiques de la population étudiée. 57,2% (793/1386) des patients étaient de sexe féminin, 50,5% (693/1374) avaient 65 ans ou plus, 44,2% (583/1320) étaient en ALD, 62,1% (818/1317) étaient retraités (catégorie 7 de la classification des catégories socio-professionnelles selon l'Insee).

L'âge moyen des patients était de 62,5 ans ; la médiane se situait à 65 ans.

Tableau I : Caractéristiques des patients étudiés (comparaison avec les données de l'étude ancillaire de l'étude ECOGEN sur les consultations de renouvellement(17)).

		Effectifs (%)	Données manquantes (%)	Données étude ECOGEN (%)
Sexe	Homme	593 (42,8)	0/1386	40,2
	Femme	793 (57,2)	(0)	59,1
Age	18-30 ans (1)	81 (5,9)	12/1386 (0,9)	14,0*
	31-45 ans (2)	147 (10,7)		20,2*
	46-60 ans (3)	323 (23,5)		23,4*
	61-75 ans (4)	486 (35,4)		23,6*
	> 75 ans (5)	337 (24,5)		18,8*
ALD	Oui	583 (44,2)	66/1386	45,5
	Non	737 (55,8)	(4,7)	54,5
Catégorie socio-professionnelle (code Insee)	1 agriculteur exploitant	13 (1,0)	69/1386 (5,0)	0,3
	2 artisans, commerçants et chefs d'entreprise	52 (4,0)		2,5
	3 cadres et professions intellectuelles supérieures	43 (3,3)		3,0
	4 professions intermédiaires	79 (6,0)		2,9
	5 employés	173 (13,1)		12,4
	6 ouvriers	41 (3,1)		2,5
	7 retraités	818 (62,1)		62,5
	8 inactifs	98 (7,4)		14,8

*données issues de la base globale de l'étude ECOGEN (16)

1.2. Les ordonnances réalisées à l'issue de la consultation de renouvellement.

Le nombre de médicaments prescrits sur l'ordonnance au terme de la consultation variait de 0 à 15, avec une moyenne à 3,8 (intervalle de confiance (IC) à 95% : [3,6-3,9], déviation standard 2,6). La médiane du nombre de médicaments prescrits était de 3 (écart interquartiles $eiq=3$). Si l'on considérait le nombre total de principes actifs inscrits sur l'ordonnance (permettant ainsi de prendre en compte les médicaments en association), la moyenne se situait à 4,1 principes actifs (IC 95% : [3,9-4,2], déviation standard 2,8). La médiane du nombre de principes actifs prescrits se situait à 3 ($eiq=4$).

325 ordonnances sur 1384, soit 23,5% des ordonnances ne comportaient qu'un seul médicament.

272 ordonnances sur 1384, soit 19,6% des ordonnances ne comportaient qu'un seul principe actif.

446 ordonnances sur 1384, soit 32,2%, comportaient plus de 4 médicaments. 45 ordonnances sur 1384, soit 3,3% des ordonnances comportaient 10 médicaments ou plus.

Les classes thérapeutiques les plus fréquemment prescrites à l'issue de la consultation de renouvellement sont regroupées dans le tableau II.

Tableau II : Effectifs et pourcentages de patients de l'échantillon traités au long cours par les différentes classes thérapeutiques.

Traitement de fond	Effectifs (/1383)	%
Cardioprotecteurs	797	57,5
Hypolipémiants	478	34,6
AAP/Anticoagulant	369	26,6
Antalgiques	279	20,2
IPP	213	15,4
Antidépresseurs	203	14,7
Hormones thyroïdiennes	189	13,7
Calcium +/- vitamine D	183	13,2
Anxiolytiques	170	12,3
Antidiabétiques	161	11,6
Divers digestif	125	9,0
Hypnotiques	98	7,1
Broncho-dilatateurs	94	6,8
Antiallergiques	84	6,1
Hypouricémiants	61	4,4
AINS	55	4,0
Antiépileptiques	49	3,6
Anti-infectieux	36	2,6
Biphosphonates	36	2,6
Substitution aux opiacés	27	1,9
Antimigraineux	24	1,7
Antipsychotique	20	1,5
Thymorégulateur	14	1,0
Immunosuppresseur	13	0,9

Cas particuliers de la contraception orale

Sur l'ensemble des femmes de 51 ans ou moins : la prescription de contraception orale lors des consultations observées s'élevait à 35,2% (74 femmes/210).

Cas particuliers des traitements à visée prostatique

Sur l'ensemble des hommes : 58/591 soit 9,1% des ordonnances mentionnaient un traitement à visée prostatique. Si l'on ne considérait que les hommes de plus de 50 ans, le pourcentage passait à 12,6% (soit 57 hommes/454).

2. Analyse du traitement de fond en fonction des caractéristiques de la population.

Au sein de notre échantillon, 32,2% des patients se voyaient prescrire 5 médicaments ou plus sur l'ordonnance réalisée à l'issue de la consultation de renouvellement. Le nombre de médicaments notés sur l'ordonnance au terme de la consultation et appartenant au traitement de fond du patient était corrélé de façon significative à l'âge du patient ($p < 0,01$) et au fait d'être en ALD ($p < 0,01$). Il existait une tendance linéaire entre l'âge et le nombre de médicaments inscrits sur l'ordonnance à l'issue de la consultation de renouvellement (chi2 de tendance linéaire = 197, ddl=1, $p < 0,001$).

Le sexe du patient n'influait pas la polymédication ($p = 0,47$).

Le fait d'être retraité (catégorie 7 de la classification Insee des catégories socio-professionnelles) augmentait de façon significative le nombre de médicaments inscrits sur l'ordonnance de renouvellement ($p < 0,01$). Cette significativité étant probablement liée à l'âge élevé des patients appartenant à cette catégorie.

Tableau III : Variation du nombre de médicaments appartenant au traitement de fond en fonction des principales caractéristiques de la population.

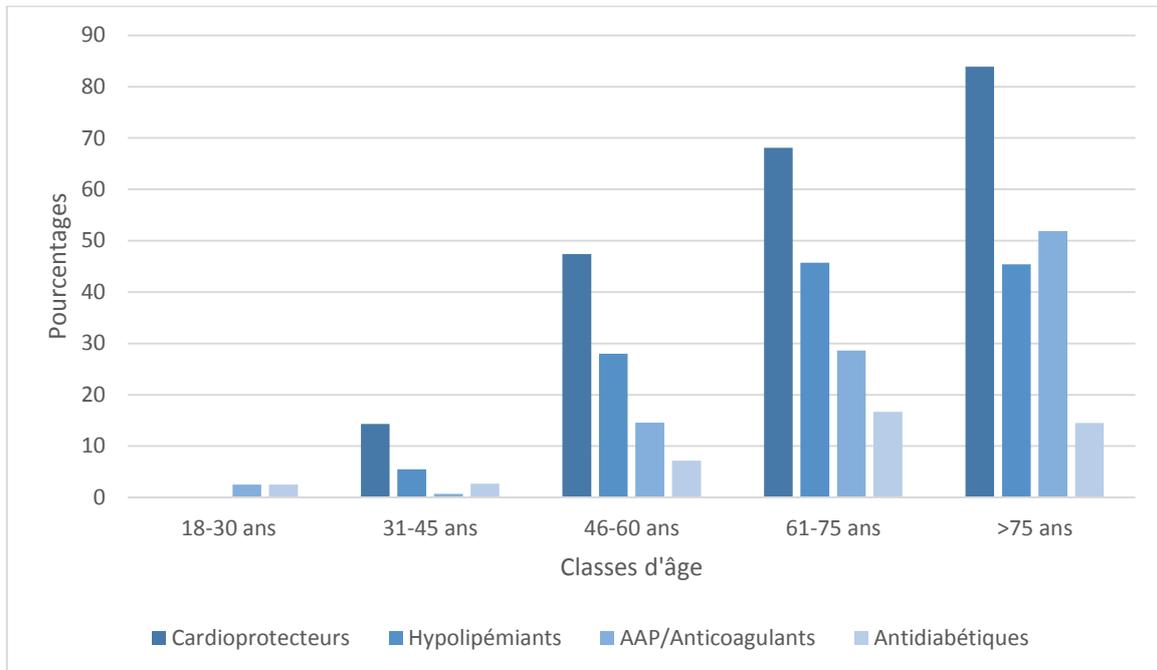
		De 0 à 4 médicaments inscrits sur l'ordonnance de renouvellement	Plus de 4 médicaments inscrits sur l'ordonnance de renouvellement	p
		%	%	
Sexe	M	66,8	33,2	0,47
	F	68,6	31,4	
Age	≤ 30 ans	97,5	2,5	<0,01
	31-45 ans	92,5	7,5	
	46-60 ans	83,6	16,4	
	61-75 ans	61,3	38,7	
	> 75 ans	43,9	56,1	
ALD	Oui	47,7	52,3	<0,01
	Non	83,3	16,7	
Activités	Actifs	89,2	10,8	<0,01
	Retraités	54,0	46,0	

Traitements à visée cardiovasculaire

Pour l'ensemble des classes thérapeutiques à visée cardiovasculaire, la proportion de prescription augmentait de façon significative avec l'âge des patients. Il existait une tendance linéaire à l'augmentation de prescriptions avec l'âge pour l'ensemble des classes thérapeutiques ($\chi^2=340,6$, ddl=1, $p<0,001$ pour les traitements cardioprotecteurs ; $\chi^2=127$, ddl=1, $p<0,001$ pour les hypolipémiants ; $\chi^2=192$, ddl=1, $p<0,001$ pour les traitements

anticoagulants/antiagrégants plaquettaire ; $\chi^2=28,6$, ddl=1, $p<0,001$ pour les traitements antidiabétiques).

Figure 2 : Répartition de la prescription des traitements à visée cardiovasculaire en fonction de l'âge des patients.



Pour la classe d'âge des patients de 75 ans et plus, 84% des ordonnances réalisées à l'issue de la consultation de renouvellement contenait un traitement cardioprotecteur (contre 14,3% des ordonnances réalisées chez les patients de moins de 45 ans).

Le fait d'être un homme ($p<0,01$) et/ou d'être en ALD ($p<0,01$) était associé à une proportion plus importante de prescription de traitements à visée cardiovasculaire, et cela pour l'ensemble des classes thérapeutiques concernées.

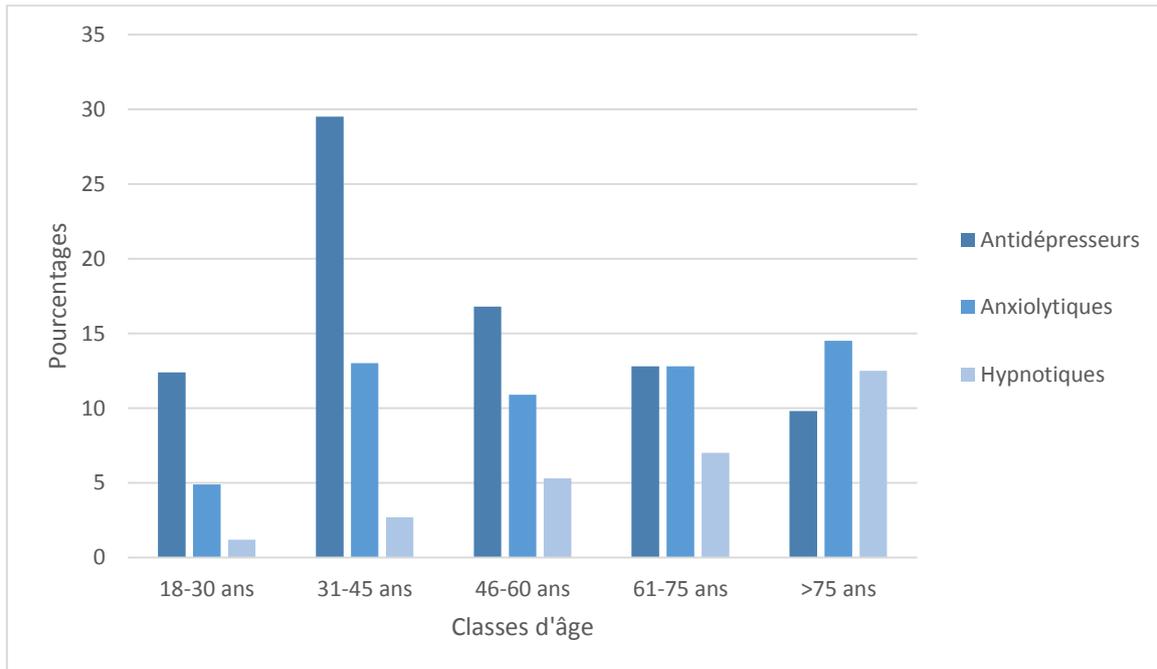
Traitements psychotropes

Pour les traitements psychotropes :

- 23,3% des patients d'âge ≤ 45 ans contre 9,8% des patients de plus de 75 ans avait une prescription d'antidépresseurs. A partir de 45 ans, il existait une diminution de la prescription d'antidépresseurs au long cours.
- Le pourcentage d'anxiolytiques inscrit sur l'ordonnance de renouvellement ne variait pas de façon significative avec l'âge ($p=0,59$).

- La consommation d'hypnotiques augmentait de façon significative avec l'âge des patients ($\chi^2=22,2$, $ddl=1$ et $p<0,001$) : 2,2% des patients d'âge ≤ 45 ans contre 12,5% des patients de plus de 75 ans.

Figure 3 : Répartition de la prescription des différents traitements psychotropes en fonction de l'âge des patients.



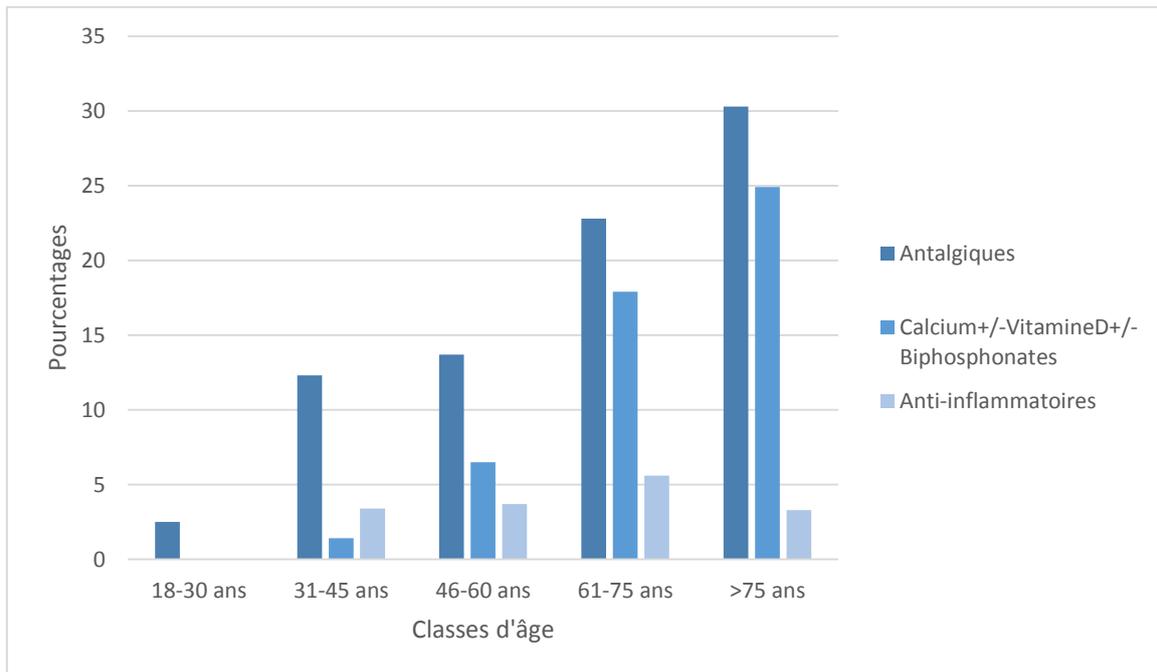
Le fait d'être une femme était associé à une proportion de prescription plus importante d'antidépresseurs ($p<0,01$) et d'hypnotiques ($p<0,01$). Le fait d'être en ALD augmentait également la proportion de prescription d'hypnotiques ($p<0,01$).

La plus forte proportion de prescription de traitements antidépresseurs concernait la catégorie socioprofessionnelle 5 de la classification de l'Insee (employés), avec 23,8% de prescription au sein de cette catégorie (14,7% de prescription dans l'ensemble de l'échantillon).

Traitements antalgiques et à visée anti-ostéoporotique

Le pourcentage de prescription au long cours des antalgiques ($\chi^2=50,7$, $ddl=1$ et $p<0,001$) et des traitements anti-ostéoporotiques ($\chi^2=81,8$, $ddl=1$ et $p<0,001$) augmentaient de façon linéaire avec l'âge des patients.

Figure 4 : Répartition de la prescription au long cours d'analgiques, de traitements à visée anti-ostéoporotique et d'anti-inflammatoires en fonction de l'âge des patients.



Le fait d'être une femme était associé à une prescription plus importante d'analgiques ($p < 0,01$), de calcium+/-vitamineD ($p < 0,01$) et de biphosphonates ($p < 0,01$).

Le fait d'être en ALD était corrélé de façon significative à une prescription d'analgiques au long cours ($p < 0,01$), ce n'était pas le cas pour les traitements par calcium/vitamineD et biphosphonates ($p = 0,65$).

Concernant les professions, les ouvriers (catégorie socioprofessionnelle 6 de l'Insee) était la catégorie socioprofessionnelle pour laquelle la proportion de prescription d'analgique au long cours était la plus importante (19,5%), exception faite de la catégorie 7 représentant les retraités (effet âge).

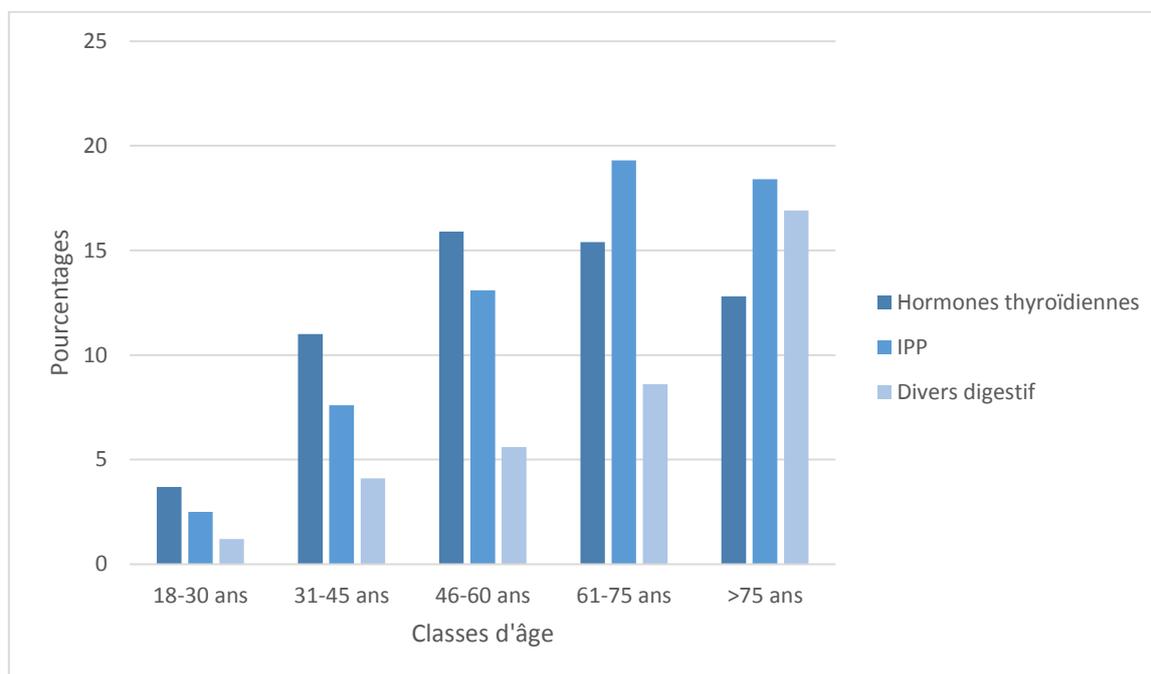
Traitements par IPP/à visée digestive et hormones thyroïdiennes

La prescription d'IPP augmentait de façon linéaire avec l'âge ($\chi^2 = 22,2$, ddl=1 et $p < 0,001$). Le sexe des patients ne modifiait pas le taux de prescription d'IPP au long cours ($p = 0,36$). Pour les traitements « à visée digestive », le fait d'être une femme était associé de manière significative à une prescription plus importante ($p < 0,01$). La prescription de traitement à visée digestive augmentait de façon linéaire avec l'âge ($\chi^2 = 34,5$, ddl=1 et $p < 0,001$).

Le fait d'être en ALD était corrélé à une prescription d'IPP plus importante ($p < 0,01$). Ce qui n'était pas le cas pour les traitements « à visée digestive » ($p = 0,18$).

Pour les hormones thyroïdiennes, il n'existait pas de corrélation entre l'âge et la proportion de prescription du traitement ($\chi^2 = 2,34$, ddl=1 et $p = 0,13$). La prescription était plus importante chez les patients de sexe féminin ($p < 0,01$).

Figure 5 : Répartition de la prescription au long cours des hormones thyroïdiennes, des IPP et des traitements à visée digestive en fonction de l'âge des patients.



3. Analyse de la demande du patient.

Lors des consultations de renouvellement observées, 2 types de demandes distinctes ont été étudiées : les demandes médicamenteuses et les demandes non médicamenteuses (demande par le patient d'examen radiologique, biologique, de kinésithérapie, de certificats divers...).

Au total, 403 consultations sur 1386, soit 29,1% des consultations, ont été concernées par une demande, et ce, quelle qu'elle soit.

20,1% des consultations (278 consultations sur 1386) ont été l'objet d'une demande médicamenteuse (IC 95% : [18,0-22,3]).

11,6% (161 consultations sur 1386) ont fait l'objet d'une demande non médicamenteuse (IC 95% : [10,0-13,4]).

9% des consultations ayant fait l'objet d'une demande, ont été concernées par les 2 types de demandes (médicamenteuses et non médicamenteuses).

3.1. Analyse des demandes de prescriptions médicamenteuses.

3.1.1. Données générales.

Au total, 278 consultations sur 1386, soit 20,1% des consultations (IC [17,9-22,2]), ont fait l'objet d'une demande médicamenteuse de la part du patient venant en consultation pour son renouvellement de traitement.

Au sein d'une même consultation, plusieurs demandes médicamenteuses pouvaient être formulées par le patient. Ainsi sur ces 278 consultations :

- 226 (soit 81,3%) ont fait l'objet d'une seule demande médicamenteuse
- 42 (soit 15,1%) ont fait l'objet de 2 demandes médicamenteuses
- 9 (soit 3,2%) ont fait l'objet de 3 demandes médicamenteuses
- 1 consultation (soit 0,4%) a fait l'objet de 6 demandes médicamenteuses distinctes.

Il existait donc un total de 342 médicaments demandés au cours des 1386 consultations de renouvellement observées.

Pour 13 de ces demandes (3,8% des médicaments demandés), le motif ou la pathologie ayant entraîné la demande n'était pas renseigné.

342 médicaments et 329 motifs de demande ont donc pu être analysés.

3.1.2. Déterminants de la demande médicamenteuse.

En fonction des caractéristiques des patients

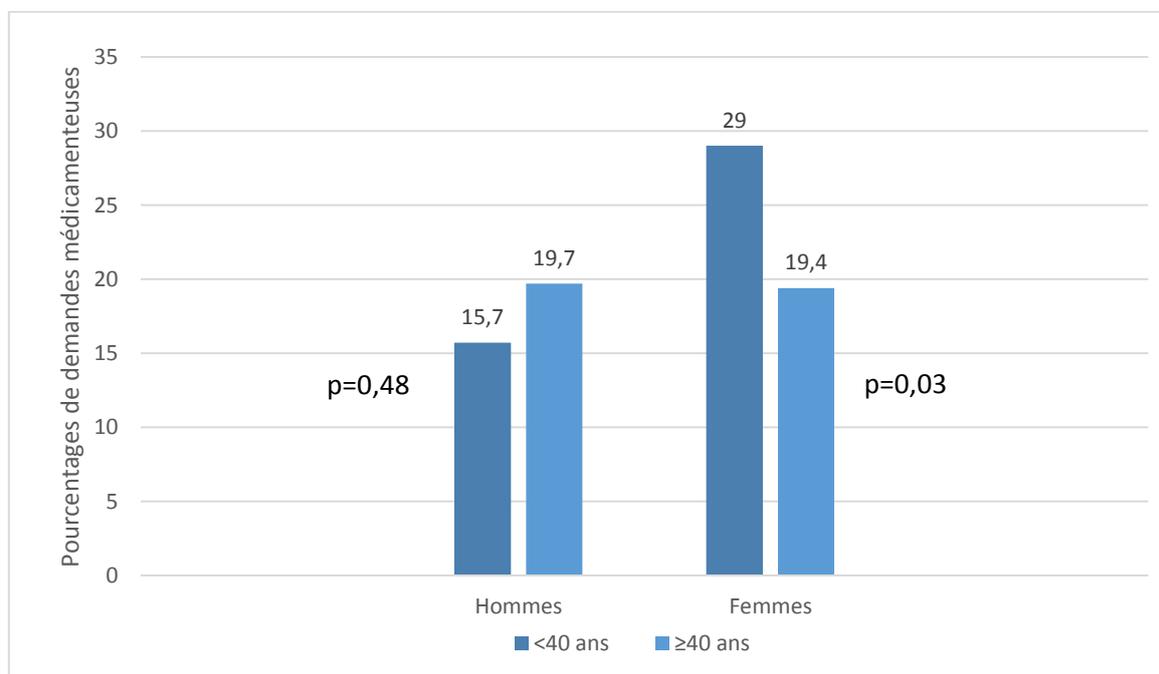
Le sexe des patients n'influait pas le fait d'avoir une demande médicamenteuse au cours de la consultation de renouvellement (19,4% pour les hommes versus 20,6% pour les femmes,

p=0,59). Le fait d'être en ALD (p=0,96) et la profession (p=0,54) ne modifiaient pas le fait de formuler une demande médicamenteuse.

L'âge des patients ne modifiait pas de façon significative le fait de formuler une demande médicamenteuse (p=0,07 si l'on considérait les patients de moins de 60 ans (22,7%) versus les patients de 60 ans et plus (18,6%)). Cependant, 27,2% des 18-30 formulaient une demande contre 18,7% des plus de 75 ans.

Si l'on regroupait l'effet âge et l'effet sexe, les femmes jeunes (âgées de moins de 40 ans), formulaient plus de demandes de prescriptions médicamenteuses supplémentaires que les femmes de 40 ans et plus, et ce, de manière significative (29,0% versus 19,4%, avec p=0,03). Pour les patients de sexe masculin, la demande ne variait selon l'âge (15,7% pour les hommes de moins de 40 ans versus 19,7% des hommes de 40 ans et plus, avec p=0,48). Au sein de la population des patients de moins de 40 ans, le sexe n'influait pas le fait de formuler une demande médicamenteuse (29% des femmes versus 15,7% des hommes, avec p= 0,07).

Figure 6 : Pourcentages de demandes médicamenteuses en fonction de l'âge (<40ans et ≥40 ans) et du sexe des patients.



Les patients appartenant à la catégorie socio-professionnelle des ouvriers formulaient le plus de demandes médicamenteuses (29,3% pour une moyenne à 20,2%), de façon non statistiquement significative ($p=0,27$). Les cadres (16,3%) et retraités (18,7%) avaient une demande moindre, de façon non statistiquement significative (respectivement $p=0,31$ et $p=0,1$).

Tableau IV : Effectifs et pourcentages de la demande médicamenteuse en fonction des caractéristiques de la population.

		Effectifs (nombre de patients faisant une demande médicamenteuse/effectif total de la catégorie)	Pourcentages (%)	p
Sexe	Hommes	115/593	19,4	0,59
	Femmes	163/793	20,6	
Ages	18-30 ans	22/81	27,2	
	31-45 ans	29/147	19,7	
	46-60 ans	72/323	22,3	
	61-75 ans	89/486	18,3	
	>75 ans	63/337	18,7	
ALD	Oui	118/583	20,2	0,96
	Non	150/737	20,4	
Activités	Actifs	112/499	22,4	0,1
	Retraités	153/818	18,7	
Catégorie socio- professionnelle (code Insee)	1	1/13	7,7	
	2	12/52	23,1	
	3	7/43	16,3	
	4	17/79	21,5	
	5	42/173	24,3	
	6	12/41	29,3	
	7	153/818	18,7	
	8	21/98	21,4	

En fonction du traitement de fond pris par les patients

Le nombre de médicaments inscrits sur l'ordonnance à l'issue de la consultation de renouvellement n'influçait pas la demande médicamenteuse ($p=0,07$).

Le fait d'avoir dans son traitement de fond un traitement à visée anti-ostéoporotique était associé à une demande médicamenteuse moins fréquente ($p<0,01$; 12,4% versus 21,3%), de même pour les patients dont l'ordonnance contenait un ou plusieurs traitements cardioprotecteurs ($p=0,03$; 18,1% versus 22,8%). Pour les autres, la nature du traitement de fond pris par les patients observés ne modifiait pas le fait d'avoir une demande médicamenteuse au cours de la consultation de renouvellement.

3.1.3. Pathologies et symptômes amenant à une demande médicamenteuse.

3.1.3.1. Données générales.

Les différents systèmes concernés par les demandes médicamenteuses étaient :

- La sphère générale à 25,5%. Les demandes relatives à la sphère générale se divisaient entre douleurs non précisées (16,4%), allergies (4,3%), préparation au voyage (3,3%), asthénie (1,2%) et fièvre (0,3%).
- Le système digestif à 16,5% avec : douleurs abdominales (4,6%), RGO/épigastralgies (3,3%), constipation (2,5%), diarrhées (2,1%)...
- Le système cutané à 15,2 % avec : problèmes d'infection cutanée (herpès, mycose, abcès...) (2,8%), prurit (2,4%), eczéma (2,4%), psoriasis (1,5%)...
- Le système ostéo-articulaire à 14,7% avec : douleurs rachidiennes (7%), arthralgies (3,7%)...
- Le système psychologique (10%), largement dominé par les problèmes d'insomnie (6,1%) et l'anxiété (2,4%).

La douleur d'une manière générale (douleurs non précisées, douleurs rachidiennes, arthralgies, céphalées, douleurs abdominales) représentait 35,4% de l'ensemble des motifs entraînant une demande médicamenteuse lors des consultations de renouvellement observées.

Le deuxième motif de demande le plus fréquent était alors les insomnies à hauteur de 6,1% des demandes médicamenteuses. Suivaient l'allergie (4,3%), le RGO/épigastralgie (3,2%), la constipation (2,5%) et l'anxiété (2,4%).

Sur l'ensemble des motifs formulés par les patients et entraînant une demande médicamenteuse, 63,8% (210 motifs/329) correspondait à une plainte/un symptôme et 36,2% correspondait à un diagnostic. Le sexe (39,5% des hommes versus 33,3% des femmes, avec $p=0,30$), le fait d'être en ALD (35,1% versus 36,7%, avec $p=0,78$), l'âge (36,4% des patients de moins de 60 ans versus 35,6% des patients de 60 ans et plus, avec $p=0,90$), la catégorie socioprofessionnelle ($p=0,75$) n'influençaient pas le fait d'annoncer un diagnostic comme motif de demande médicamenteuse.

Le Tableau V regroupe les effectifs et pourcentages des motifs de demandes médicamenteuses formulées par les patients.

Tableau V : Effectifs et pourcentages des motifs de demandes médicamenteuses.

Système concerné par la demande (CISP)	Effectifs (/329)	Pourcentages
Sphère générale (A)	84	25,5
Douleur non précisée	54	16,4
Allergie	14	4,3
Préparation au voyage	11	3,3
Asthénie	4	1,2
Fièvre	1	0,3
Système digestif (D)	54	16,5
Douleurs abdominales	15	4,6
RGO/épigastralgies	11	3,3
Constipation	8	2,5
Diarrhées	7	2,1
Problèmes buccaux	7	2,1
Problèmes anaux	6	1,9
Œil (F)	7	2,1
Conjonctivite	3	0,9
Blépharite	2	0,6
Douleur oculaire	1	0,3
Autres	1	0,3
Oreille (H)	6	1,8
Vertiges	3	0,9
Otorrhées	1	0,3
Otalgies	1	0,3
Autres	1	0,3
Ostéo-articulaire (L)	48	14,7
Douleurs rachidiennes	23	7
Arthralgies	12	3,7
Arthrose	3	0,9
Tendinites	2	0,6
Autres	8	2,5
Neurologique (N)	15	4,6
Céphalées	12	3,7
Migraine	1	0,3
Spasmes	1	0,3
Tremblements	1	0,3
Psychologique (P)	33	10
Insomnies	20	6,1
Anxiété	8	2,4
Problèmes d'alcool	4	1,2
Irritabilité	1	0,3
Respiratoire (R)	13	3,9
Toux	6	1,8
Rhinite	3	0,9
Asthme	1	0,3
Dyspnée	2	0,6
Sinusite	1	0,3
Peau (S)	50	15,2
Infection cutanée (herpès, mycose, abcès ...)	9	2,8
Prurit	8	2,4
Eczéma	8	2,4
Psoriasis	5	1,5
Xérose cutanée	4	1,2
Autres	16	4,9
Système métabolique (T)	3	0,9
Goutte	3	0,9
Système urinaire (U)	3	0,9
Cystite	2	0,6
Incontinence urinaire	1	0,3
Système génital féminin (X)	11	3,3
Symptômes liés à la ménopause	6	1,8
Mycose génitale	3	0,9
Autres	2	0,6
Système génital masculin (Y)	2	0,6

3.1.3.2. En fonction des caractéristiques des patients.

Nous allons ici détailler le profil des patients ayant formulé une demande médicamenteuse en fonction de la sphère concernée par la demande.

Les demandes concernant la sphère générale

La proportion des demandes concernant la sphère générale n'étaient pas modifiée en fonction du sexe des patients ($p=0,72$), de l'âge des patients ($p=0,59$ si l'on considérait les patients de moins de 40 ans versus les patients de 40 ans et plus) ou le fait d'être retraités ou actifs ($p=0,70$). Les patients en ALD formulaient moins de demande concernant la sphère générale que les patients ne bénéficiant pas d'une prise en charge en ALD (30,8% versus 48,1%, avec $p=0,014$). La polymédication n'influçait pas la proportion des demandes concernant la sphère générale ($p=0,7$).

Les demandes concernant le système digestif

La proportion des demandes concernant le système digestif n'était pas influencée par les différentes caractéristiques des patients.

Les demandes concernant le système cutané

Les hommes formulaient plus de demandes concernant le système cutané (20% versus 9,8% des femmes, avec $p=0,02$). Le fait d'être en ALD augmentait également la proportion de demande (19,5%, versus 10,7%, avec $p=0,04$). L'âge, le fait d'être retraité ($p=0,90$) et la polymédication ($p=0,40$) n'avaient pas d'influence sur la fréquence de la demande concernant la sphère cutané.

Les demandes concernant le système ostéo-articulaire

Les patients de plus de 50 ans formulaient plus de demandes concernant la sphère ostéo-articulaire que les patients de 50 ans ou moins (26,8% versus 12,8%, $p=0,01$). La proportion des demandes concernant le système ostéo-articulaire n'était pas influencée par les autres caractéristiques des patients.

Les demandes concernant la sphère psychologique

Le sexe n'influçait pas le fait de formuler une demande concernant la sphère psychologique (11,2% des hommes versus 13,4% des femmes, avec $p=0,58$). Le fait de bénéficier d'un prise en charge en ALD non plus ($p=0,13$). Les patients jeunes (17,7% des patients de 60 ans ou

moins versus 8,50% des patients de plus de 60 ans, avec $p=0,02$) formulaient plus fréquemment des demandes concernant la sphère psychologique. Les retraités formulaient moins de demandes concernant la sphère psychologique ($p=0,01$). Au sein des actifs, les professions intermédiaires (code 4 de la classification des CSP de l'Insee) formulaient le plus de demandes concernant la sphère psychologique (35,3% versus 15,6% pour l'ensemble des autres catégories socio-professionnelles, $p=0,06$).

3.1.4. Quels traitements demandés ?

Les antalgiques étaient la principale classe thérapeutique des médicaments demandés par les patients lors des consultations de renouvellement observées. Ils représentaient 22,8% de l'ensemble des traitements demandés. Ils étaient répartis selon 80,2% d'antalgiques de palier 1 (61/76), 18,4% d'antalgiques de palier 2 (14/76), 1,3% d'antalgiques de palier 3 (1/76).

Les anti-inflammatoires, avec 12% de l'ensemble des demandes médicamenteuses, étaient la deuxième classe thérapeutique la plus fréquemment demandée. Ils se divisaient en anti-inflammatoires à usage systémique (7,6%) et anti-inflammatoires à usage topique (4,4%).

Suivaient les traitements psychotropes (anxiolytiques, hypnotiques) à hauteur de 7,8% de l'ensemble des demandes.

L'ensemble des traitements demandés concernant les voies digestives représentait 14,3% des demandes et se répartissait principalement entre médicaments pour les troubles de l'acidité (3,8%), anti-diarrhéiques (3,2%), médicaments pour les désordres fonctionnels gastro-intestinaux (2,6%) et médicaments de la constipation (2,3%).

Les demandes de traitements à visée dermatologiques concernaient 14,3% des demandes et se répartissaient principalement entre les dermocorticoïdes (6%), les antifongiques dermatologiques (4,1%) et les émoullients (1,8%).

Tableau VI : Effectifs et pourcentages des médicaments demandés par les patients, classés selon la classification ATC.

Classe ATC du médicament demandé	Effectifs	Pourcentages
A=voies digestives et métabolisme dont	49	14,3
A1 (préparations stomatologiques)	4	1,2
A2 (trouble de l'acidité)	13	3,8
A3 (désordres fonctionnels)	9	2,6
A6 (constipation)	8	2,3
A7 (anti diarrhéiques)	11	3,2
A11 (vitamines)	2	0,6
A12 (suppléments minéraux)	2	0,6
B=sang et organes hématopoïétiques dont	1	0,3
B1 (anti-thrombotiques)	1	0,3
C=système cardiovasculaire dont	7	2,1
C1 (médicaments en cardiologie)	1	0,3
C5 (vasculoprotecteurs)	5	1,5
C8 (inhibiteurs calciques)	1	0,3
D=médicaments dermatologiques dont	49	14,3
D1 (antifongiques dermatologiques)	14	4,1
D2 (émollients et protecteurs)	6	1,8
D5 (médicaments contre le psoriasis)	2	0,6
D6 (antibiotiques dermatologiques)	2	0,6
D7 (dermocorticoïdes)	21	6,0
D8 (antiseptiques et désinfectants)	3	0,9
D10 (préparations anti-acnéiques)	1	0,3
G=système génito-urinaire dont	10	2,9
G1 (anti-infectieux/antiseptiques gynécologiques)	1	0,3
G3 (hormones sexuelles)	6	1,7
G4 (médicaments urologiques)	3	0,9
H=hormones systémiques dont	5	1,5
H2 (corticoïdes systémiques)	5	1,5
J=anti-infectieux généraux dont	7	2,1
J1 (antibactériens systémiques)	6	1,8
J5 (antiviraux systémiques)	1	0,3
M=muscle et squelette dont	51	14,9
M1 (AINS)	26	7,6
M2 (topiques)	15	4,4
M3 (myorelaxants)	7	2
M4 (antigoutteux)	3	0,9
N=système nerveux dont	113	33
N2 (analgésiques, dont triptans)	78	22,8
N3 (antiépileptiques)	3	0,9
N4 (antiparkinsonien)	1	0,3
N5 (psycholeptiques)	27	7,8
N7 (autres médicaments du système nerveux)	4	1,2
P=antiparasitaires, insecticides dont	3	0,9
P1 (anti-protozoaires)	3	0,9
R=système respiratoire dont	29	8,5
R1 (préparations nasales)	8	2,3
R3 (médicaments pour syndrome obstructif)	4	1,2
R5 (médicaments du rhume et de la toux)	3	0,9
R6 (antihistaminiques systémiques)	14	4,1
S=organes sensoriels dont	10	2,9
S1 (ttt ophtalmologiques)	8	2,3
S2 (ttt otologiques)	2	0,6
V=divers dont	8	2,3
V3 (autres médicaments)	8	2,3
Total	342	100

57,3% (196/342) des médicaments demandés étaient des médicaments de prescription médicale obligatoire (PMO).

Par conséquent, 42,7% des traitements demandés par les patients ne nécessitaient pas de prescription médicale. Parmi ces médicaments de PMF, 80,2% (117/146) étaient remboursables si prescrits par un médecin.

Pour certaines sphères amenant le patient à formuler une demande médicamenteuse, la proportion de médicaments de PMO demandée était significativement plus importante :

- La sphère ostéo-articulaire : 73,2% de médicaments de PMO demandés versus 26,8% de médicaments de PMF avec $p=0,03$.
- La sphère psychologique : 90,9% de médicaments de PMO, avec $p<0,01$.

Pour les demandes concernant la sphère digestive, la demande concernait principalement des médicaments de PMF (67,4% de médicaments de PMF versus 32,6% de médicaments de PMO, avec $p<0,01$). Il en est de même pour les demandes concernant la sphère neurologique (76,9% de médicaments de PMF, $p=0,01$).

Pour les demandes concernant la sphère générale ($p=0,10$), la sphère cutanée ($p=0,21$) et concernant la sphère respiratoire ($p=0,41$), il n'existait pas de différence significative sur le caractère PMO ou PMF du médicament demandé.

Traitements demandés en fonction des caractéristiques des patients

Tableau VII : Pourcentages des principaux traitements demandés en fonction des caractéristiques des patients.

		Antalgiques		Psychotropes		AINS, voie systémique		AINS, voie topique		Traitements à visée digestive		Dermato-corticoïdes	
		%	p	%	p	%	p	%	p	%	p	%	P
Sexe	Homme	19,1	0,24	6,1	0,12	9,8	0,13	3,5	0,73	16,5	0,68	8,7	0,08
	Femme	25,2		11,7		4,9		4,3		14,7		3,7	
Age	18-30 ans	36,4		9,1		9,1		0		0		9,1	
	31-45 ans	31,0		10,3		0		0		13,8		0	
	46-60 ans	19,4		18,1		5,6		1,4		12,5		4,2	
	61-75 ans	25,8		4,5		9,0		4,5		19,1		6,7	
	>75 ans	12,7		6,4		7,9		7,9		20,6		6,4	
ALD	Oui	16,1	0,03	4,2	0,01	5,9	0,51	5,9	0,18	19,5	0,09	5,9	0,98
	Non	27,3		13,3		8,0		2,7		12,0		6	
Activités	Actifs	27,7	0,16	15,2	0,01	5,4	0,33	0,9	0,23	10,7	0,09	4,5	0,36
	Retraités	20,3		5,2		8,5		6,5		18,3		7,2	

D'une manière générale, le sexe n'influence pas la nature du traitement demandé (pour les classes les plus fréquemment demandées).

Le fait d'être en ALD est associé à une demande moins fréquente d'antalgiques (16,1% versus 27,3%, $p=0,03$) et de psychotropes (4,2% versus 13,3%, $p=0,01$).

Le fait d'être actif est associé à une demande plus fréquente de traitements psychotropes (15,2% versus 4,2%, $p=0,01$).

Il existait une corrélation linéaire entre l'âge et la demande d'AINS topique ($\chi^2=5,77$, ddl=1, $p=0,02$) et entre l'âge et la demande de traitements à visée digestive ($\chi^2=5,54$, ddl=1, $p=0,02$) (20,6% des patients de 75 ans et plus versus 13,8% des patients de 46 à 59 ans formulaient une demande médicamenteuse à visée digestive).

3.1.5. La réponse du praticien.

3.1.5.1. Données générales.

La prescription était accordée par le praticien pour 90,3% des demandes. La demande était modifiée dans 6,5% des cas (21/340).

Lorsque la prescription était refusée (9,7% des cas, 33 demandes sur 340), la demande était modifiée dans 45,5% des cas (15/33). Les modifications consistaient en des changements de classes thérapeutiques par le praticien (14 cas/15) ou à demander un avis spécialisé (1 cas/15).

Lorsque la prescription était accordée, elle était modifiée dans 2,4% des cas. Les modifications consistaient alors à l'ajout d'un traitement par le praticien à celui demandé par le patient (100% des cas).

Le nombre total de médicaments destinés à l'automédication prescrits à l'issue de la consultation variait de 0 à 6. La moyenne se situait à 1,2 (DS 0,67), la médiane se situait à 1, le 90ème percentile à 2.

Il existait un conseil autour de la demande dans 65,2% des cas (133 consultations/204). Par conséquent, aucun conseil n'était donné au patient dans 34,8% des consultations ayant fait l'objet d'une demande médicamenteuse.

Les interactions médicamenteuses étaient abordées dans 14,7% des consultations ayant fait l'objet d'une demande médicamenteuse (28/191). Les interactions médicamenteuses étaient plus fréquemment abordées lorsqu'il existait un conseil autour de la demande (20,7% versus 4,4%), avec $p < 0,01$ ou lorsque la prescription était refusée par le praticien (35,3% versus 12,6%), avec $p = 0,01$.

Lorsque la prescription était refusée, le patient recevait des conseils de la part du praticien dans 84,2% des cas. Ce pourcentage baissait à 63,2%, de façon non significative ($p = 0,07$) lorsque la prescription était accordée. Lorsque le traitement demandé par le patient était modifié par le praticien (changement de molécule, ajout de traitement...), 100% des patients recevaient des conseils autour de leurs demandes.

3.1.5.2. Déterminants de la réponse du praticien.

En fonction des caractéristiques des patients

L'accord, le refus ou la modification de prescription n'était pas influencé par les différentes caractéristiques des patients. La délivrance de conseils autour de la demande et l'abord des interactions n'étaient pas modifiés selon les caractéristiques générales des patients.

Tableau VIII : Pourcentages d'accord/de modification de la prescription médicamenteuse demandée par le patient et pourcentages de conseil autour de la demande et de discussion autour des interactions en fonction des principales caractéristiques des patients.

Caractéristiques des patients		Accord de la prescription		Modification de la prescription		Conseil autour de la demande		interactions médicamenteuses	
		%	p	%	p	%	p	%	p
Sexe	M	87,0	0,12	7,0	0,79	64,6	0,66	12,8	0,77
	F	92,6		6,2		67		14,1	
Ages	18-30 ans	95,5		4,6		71,4		5,6	
	31-45 ans	96,6		6,9		74,2		20,0	
	46-60 ans	85,9		9,9		68,0		20,0	
	61-75 ans	92,1		1,1		57,8		6,5	
	>75 ans	87,3		11,1		71,8		17,5	
ALD	Oui	88,1	0,40	6,8	0,81	66,9	0,77	14,8	0,43
	Non	91,3		6,0		65,3		11,5	
Activité	Actifs	89,2	0,66	7,2	0,51	70,1	0,21	17,0	0,16
	Retraités	90,9		5,2		62,9		10,9	

En fonction du traitement de fond des patients

Les patients ayant un antidiabétique dans leurs traitement de fond se voyaient plus fréquemment refuser (7 patients sur 30 versus 22 patients sur 247 avec $p=0,02$ test de Fisher) ou modifier (5 patients sur 30 versus 13 patients sur 247 avec $p=0,03$ test de Fisher) la prescription de traitement pour l'automédication.

La prise d'anti-inflammatoire au long cours était également associée à un refus (4 patients sur 10 versus 23 patients sur 244 avec $p=0,01$ test de Fisher) ou à une modification (3/10 versus 15/267 avec $p=0,02$ test de Fisher) plus fréquents des demandes.

Les interactions médicamenteuses étaient abordées plus fréquemment en cas de prescription d'antalgiques sur l'ordonnance de traitement chronique (14/57 versus 22/208 avec $p=0,02$ test de Fisher, $p=0,01$ test de χ^2).

Le nombre total de médicaments inscrits sur l'ordonnance à l'issue de la consultation de renouvellement n'influçait pas la prescription ($p=0,50$) ni la modification ($p=0,59$) de la demande médicamenteuse.

Les interactions médicamenteuses n'étaient pas abordées de façon plus fréquente lorsque le nombre de médicaments sur l'ordonnance était plus élevé ($p=0,43$).

Les conseils autour de la demande médicamenteuse n'étaient pas plus fréquent lorsque le nombre total de médicaments pris au long cours était élevé (≥ 5 médicaments) ($p=0,80$).

En fonction du traitement demandé

Pour les principales classes thérapeutiques demandées, la nature du traitement demandé par le patient n'influçait pas le fait que le praticien refuse ou modifie la prescription :

- Pour les demandes concernant les AINS par voie systémique : 15,8% de refus de prescription versus 9,3% pour l'ensemble des autres classes thérapeutiques demandées, $p=0,36$; 5,3% de modification de la demande versus 6,6%, avec $p=0,82$.
- Pour les demandes concernant les AINS topiques : 7,7% de refus versus 10%, avec $p=0,71$; 9,1% de modification de la demande versus 6,4%, avec $p=0,72$.
- Pour les demandes d'antalgiques : 6,4% de refus de prescription versus 10,8%, avec $p=0,30$; 1,6% de modification de la demande versus 7,9%, avec $p=0,07$.

- Pour les demandes de psychotropes : 7,7% de refus de prescription versus 10%, avec $p=0,71$; 7,7% de modification versus 6,4%, avec $p=0,80$.
- Pour les demandes de dermocorticoïdes : 12,5% de refus de prescription versus 9,6%, avec $p=0,70$; 12,5% de modification de la demande versus 6,1%, avec $p=0,32$.
- Pour les demandes d'antifongiques dermatologiques : 0% de refus de prescription versus 10,2%, avec $p=0,24$; 0% de modification de la demande versus 6,8%, avec $p=0,35$.
- Pour les demandes concernant la sphère digestive : 7% de refus de prescription versus 10,3%, avec $p=0,50$; 7% de modification de la demande versus 6,4%, avec $p=0,89$.

Le fait que le traitement demandé par le patient soit un médicament à prescription médicale obligatoire ou facultative n'influait pas le fait que le praticien refuse ($p=0,19$) ou modifie ($p=0,10$) la demande du patient.

Le praticien délivrait un conseil autour de la demande de façon plus fréquent lorsque le médicament demandé était un médicament de PMO (65,4% versus 47,9%, avec $p=0,02$).

3.2. Analyse des demandes de prescription non médicamenteuse.

3.2.1. Données générales.

161 consultations sur 1386, soit 11,6% (IC [9,9-13,3]) des consultations ont fait l'objet d'une demande non médicamenteuse.

Parmi ces consultations :

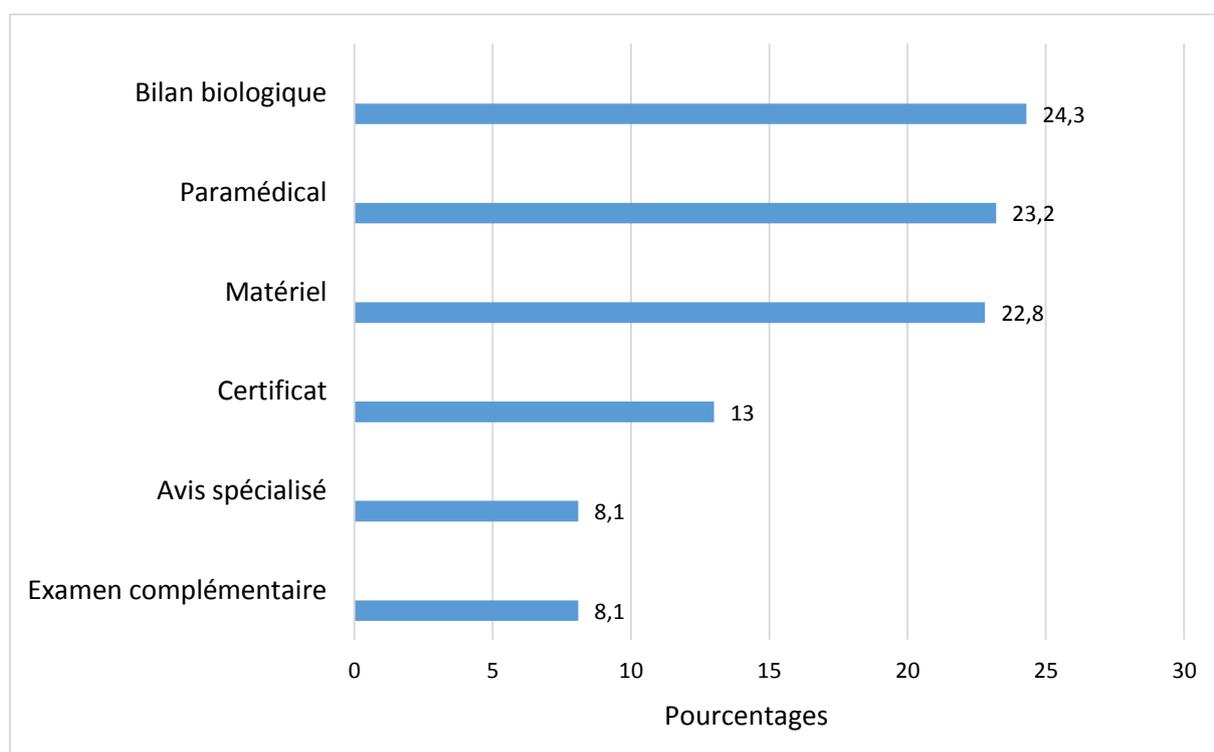
- 145 (soit 90,1%) ont fait l'objet d'une seule demande non médicamenteuse.
- 10 (soit 6,2%) ont fait l'objet de 2 demandes non médicamenteuses distinctes.
- 5 (soit 3,1%) ont fait l'objet de 3 demandes non médicamenteuses distinctes.
- 1 consultation (soit 0,5%) a fait l'objet de 5 demandes non médicamenteuses.

Ce qui représentait 185 demandes non médicamenteuses différentes.

Les différentes demandes non médicamenteuses se répartissaient selon l'ordre suivant :

- Demandes de prescription de bilan biologique : 45 demandes sur 185 soit 24,3% (2,5% des consultations sur l'ensemble de l'échantillon).
- Demandes de prescription paramédicale (kinésithérapeute, podologue, infirmière...) : 43 demandes sur 185 soit 23,2%.
- Demandes de matériel : 42 demandes sur 185, soit 22,8%.
- Demandes de certificat : 24 demandes sur 185 soit 13%.
- Demandes d'examen complémentaire : 15 demandes sur 185 soit 8,1% (0,8% des consultations sur l'ensemble de l'échantillon).
- Demandes d'avis spécialisé : 15 demandes sur 185 soit 8,1%.
- 1 demande de vaccin soit 0,5% des consultations.

Figure 7 : Répartition des différentes demandes non médicamenteuses.



3.2.2. Déterminants de la demande non médicamenteuse.

En fonction des caractéristiques des patients

Tableau IX : Effectifs et pourcentages des demandes non médicamenteuses en fonction des principales caractéristiques des patients.

		Effectifs (%)	p
Sexe	Hommes	69/593 (11,6)	0,98
	Femmes	92/793 (11,6)	
Ages	18-30 ans	6/81 (7,4)	
	31-45 ans	14/147 (9,5)	
	46-60 ans	46/323 (14,2)	
	61-75 ans	63/486 (13,0)	
	> 75 ans	31/337 (9,2)	
ALD	Oui	65/583 (11,2)	0,60
	Non	89/737 (12,1)	
Catégorie Socioprofessionnelle (code Insee)	1	3/13 (23,1)	0,10
	2	5/52 (9,6)	
	3	3/43 (7,0)	
	4	15/79 (19,0)	
	5	24/173 (13,9)	
	6	1/41 (2,4)	
	7	88/818 (10,8)	
	8	12/98 (12,2)	

Le sexe ($p=0,98$), la classe d'âge ($p=0,14$), le fait d'être en ALD ($p=0,6$) ne modifiait pas de manière significative le fait de demander une prescription non médicamenteuse au cours de la consultation de renouvellement.

Appartenir à la catégorie 6 de la classification des CSP de l'Insee était associé à une demande non médicamenteuse moins importante, avec $p=0,04$.

3.2.3. La réponse du praticien.

Sur l'ensemble des 185 demandes non médicamenteuses, 22 demandes (soit 11,7%) ont été refusées par le praticien. 33% (5/15) des demandes d'examen complémentaires ont été refusées. Concernant les demandes de bilan biologique 7/45 demandes ont été refusées, soit 15,6%. 11,6% (5/43) des demandes de prescription paramédicale ont été refusées. 8,3% (2/24) de refus pour les demandes de certificats ; 4,8% (2/42) de refus pour les demandes de matériel et 1 refus (6,6%) pour les demandes d'avis spécialisés.

Le sexe du patient ($p=0,25$), le fait d'être en ALD ($p=0,26$) ou l'âge du patient ($p=0,54$) ne modifiait pas de façon significative le fait de se voir accorder ou non la prescription lors d'une demande non médicamenteuse.

Pour les demandes non médicamenteuses, le fait d'être inactif (catégorie 7 de la classification des catégories socio-professionnelles de l'Insee) était associé à un refus de prescription plus important avec $p=0,03$ (15,9% de refus de prescription versus 4,8% pour les actifs).

4. Synthèse des résultats.

Population étudiée

Dans notre échantillon, on retrouvait 57,2% de femmes. 44,2% des patients bénéficiaient d'une prise en charge en ALD, 62,1% étaient retraités (catégorie 7 de la classification des catégories socioprofessionnelle de l'Insee). L'âge moyen de patients était de 62,5 ans.

Traitements de fond

32,2% de l'échantillon avait plus de 4 médicaments inscrits sur leur ordonnance de traitement de fond (polymédication). La polymédication concernait 56,1% des patients de plus de 75 ans.

La demande médicamenteuse et la réponse du praticien

Une consultation de renouvellement sur cinq (20,1%, IC [18,0-22,3]) était concernée par une demande de prescription médicamenteuse supplémentaire par le patient.

Pour les consultations ayant fait l'objet d'une demande médicamenteuse, de 1 à 6 demandes ont été émises (moyenne=1,2 ; médiane=1 ; 90^{ème} percentile=2)

Les caractéristiques principales des patients (âge/sexe/ALD) n'influençaient pas le fait de formuler ou non une demande médicamenteuse au cours de la consultation pour renouvellement du traitement de fond. Si l'on regroupait l'effet âge et l'effet sexe, les femmes jeunes (âgées de moins de 40 ans), formulaient plus de demandes de prescriptions médicamenteuses supplémentaires que les femmes de 40 ans et plus, et ce, de manière significative (29,0% versus 19,4%, avec $p=0,03$). Pour les patients de sexe masculin, la demande ne variait pas selon l'âge (15,7% pour les hommes de moins de 40 ans versus 19,7% des hommes de 40 ans et plus, avec $p=0,48$). Les ouvriers (29,3%) et les employés (24,3%) avaient la plus forte proportion de demandes médicamenteuses (de façon non statistiquement significative).

Les principales sphères concernées par les demandes médicamenteuses étaient : la sphère générale avec 25,5%, la sphère digestive (16,5%), le système cutané (15,2%), la sphère ostéo-articulaire (14,7%) et la sphère psychologique (10%). Si l'on considérait les plaintes et motifs de demande, la douleur d'une manière générale (toutes sphères confondues) représentait 35,4% de l'ensemble des demandes médicamenteuses. L'insomnie était le 2^{ème} motif de demande médicamenteuse avec 6,1%. Suivaient l'allergie (4,3%), les problèmes de RGO/épigastralgie (3,2%), la constipation (2,5%) et l'anxiété (2,4%).

Lors de la demande des patients, 63,8% concernait une plainte/un symptôme et 36,2% concernait un diagnostic (fait par le patient ou préétabli).

Les antalgiques (palier 1 ou 2) représentaient 22,8% de l'ensemble des traitements demandés. Suivaient les traitements concernant les voies digestives (14,7%), les traitements à visée dermatologique (14,7%), les anti-inflammatoires avec 12% (7,6% à usage systémique, 4,4% à usage topique) et les traitements psychotropes (7,8%).

57,4% demandes médicamenteuses concernaient un médicament de PMO. La proportion de médicaments de PMO demandée était significativement plus importante lorsque la demande concernait la sphère ostéo-articulaire ($p=0,03$) et psychologique ($p<0,01$). A l'inverse les demandes concernant la sphère digestive étaient principalement représentées par des médicaments de PMF ($p<0,01$).

La prescription était accordée par le praticien dans 9 consultations sur 10, sans modification dans 93,5% des demandes. La demande était modifiée dans 6,5% des cas. Lorsque la prescription était accordée, elle était modifiée dans 2,4% des cas. Les modifications

consistaient alors à l'ajout d'un traitement par le praticien à celui demandé par le patient (100% des cas).

Lorsque la prescription était refusée, la demande était modifiée dans 45,5% des cas. Les modifications consistaient en des changements de classes thérapeutiques par le praticien ou à demander un avis spécialisé. Dans les 55,5% des consultations restantes, le refus de la demande ne s'accompagnait d'aucune prescription.

Il existait un conseil autour de la demande dans 65,2% des cas. Les interactions médicamenteuses étaient abordées dans 14,7% des consultations ayant fait l'objet d'une demande médicamenteuse. Les interactions médicamenteuses étaient plus fréquemment abordées lorsqu'il existait un conseil autour de la demande (20,7% versus 4,4%), avec $p < 0,01$ ou lorsque la prescription était refusée par le praticien (35,3% versus 12,6%), avec $p = 0,01$.

L'accord, le refus ou la modification de prescription n'étaient pas influencés par les différentes caractéristiques des patients. La délivrance de conseils autour de la demande et l'abord des interactions n'étaient pas modifiés selon les caractéristiques générales des patients.

Le nombre total de médicaments inscrits sur l'ordonnance à l'issue de la consultation de renouvellement n'influait pas la prescription ($p = 0,50$) ni la modification ($p = 0,59$) de la demande médicamenteuse.

Les interactions médicamenteuses n'étaient pas abordées de façon plus fréquente lorsque le nombre de médicaments sur l'ordonnance était plus élevé ($p = 0,43$).

Les conseils autour de la demande médicamenteuse n'étaient pas plus fréquents lorsque le nombre total de médicaments pris au long cours était élevé (≥ 5 médicaments) ($p = 0,80$).

Pour les principales classes thérapeutiques demandées, la nature du traitement demandé par le patient n'influait pas le fait que le praticien accepte, refuse ou modifie la prescription.

Le fait que le traitement demandé par le patient soit un médicament de prescription médicale obligatoire ou facultative n'influait pas le fait que le praticien refuse ($p = 0,19$) ou modifie ($p = 0,10$) la demande du patient.

Le fait que le médicament demandé soit un médicament de PMO était associé à une plus forte proportion de conseils autour de la demande ($p = 0,02$).

La demande non médicamenteuse

Une consultation de renouvellement sur 10 a fait l'objet d'une demande non médicamenteuse (11,6%, IC [9,9-13,3]).

Les différentes demandes non médicamenteuses se répartissaient selon l'ordre suivant :

- Demandes de prescription de bilan biologique : 45 demandes sur 185 soit 24,3%
- Demandes de prescription paramédicale (kinésithérapeute, podologue, infirmière...) : 43 demandes sur 185 soit 23,2%
- Demandes de matériel : 42 demandes sur 185, soit 22,8%
- Demandes de certificat : 24 demandes sur 185 soit 13%
- Demandes d'examen complémentaire : 15 demandes sur 185 soit 8,1%
- Demandes d'avis spécialisé : 15 demandes sur 185 soit 8,1%
- 1 demande de vaccin soit 0,5% des consultations

Les principales caractéristiques des patients ne modifiaient pas la proportion de demande non médicamenteuse.

La demande de prescription était acceptée par le praticien dans 88,3% des cas. Les demandes d'examens complémentaires étaient refusées dans un tiers des cas. Les retraités se voyaient plus fréquemment refuser la prescription d'une demande non médicamenteuse (15,9% versus 4,8% pour les actifs, avec $p=0,03$).

DISCUSSION

1. Forces de l'étude.

Notre étude descriptive prospective par observation directe, menée lors de consultations de renouvellement en médecine générale, s'intéressait aux prescriptions médicamenteuses suggérées.

Au cours de notre recherche bibliographique, aucune enquête de ce type sur cette forme d'automédication n'a été identifiée. Cela fait de notre travail une étude exploratrice et novatrice.

La méthode mise en place nous a permis de recueillir un grand nombre d'observations ; ainsi nous avons augmenté la puissance de notre étude pour atteindre une précision de 2% de l'estimation du phénomène étudié.

2. Nombre de questionnaires attendus.

Chaque enquêteur devait remplir 5 observations par jour, 3 jours par semaine pendant 4 semaines lors de la première période de recueil, 2 semaines lors de la 2^{ème} période de recueil. 24 enquêteurs ayant participé au premier recueil et 23 lors du deuxième recueil, 2130 questionnaires étaient attendus. Avec 1386 questionnaires, 65% de l'objectif a été atteint.

3. Discussion de la méthode : validité interne de l'étude.

3.1. Type d'étude : l'observation directe.

Dans cette étude, nous avons cherché à observer un comportement afin d'en évaluer la fréquence. Le choix de l'étude par observation directe, avec observateurs « muets » (on parle alors d'observation non participante), paraît être le choix d'étude le plus adapté afin de ne pas biaiser les comportements. Ce type d'étude est d'ailleurs souvent utilisé en sociologie pour l'étude des comportements (26). Les praticiens n'ont pas été informés de l'objet exact de l'étude, afin de ne pas modifier leur comportement. Cette méthode permet de conserver une relation médecin-patient la plus authentique possible. L'observation non participante permet de remplir le questionnaire en temps réel et de limiter ainsi les biais de mémorisation. Cette méthode nous a également permis de recueillir un nombre important de données puisque 1386 rencontres de soins ont pu être analysées.

3.2. Lieux de l'enquête.

L'enquête s'est déroulée uniquement chez des praticiens maîtres de stage universitaires, accueillant des étudiants en médecine de la faculté de Nantes. Ces praticiens sont davantage disposés et habitués à collaborer aux enquêtes menées par le DMG. Les MSU sont formés à l'accueil des étudiants et ont pour mission de leur transmettre les particularités de l'exercice ambulatoire de soins primaires. Il existe donc un biais de sélection des praticiens qui peut rendre difficile l'extrapolation de nos résultats à l'ensemble des consultations de médecine générale (27).

Dans notre échantillon, la proportion de praticiens femme était de 44,4%. Selon l'atlas 2014 du CNOM, la proportion de femmes exerçant la médecine générale, en Loire-Atlantique et Vendée, était de 47,1% (28). Le ratio homme/femme de notre panel de praticiens était donc peu différent.

Les 2 vagues de l'enquête se sont déroulées durant la même période de l'année afin d'éviter les biais liés aux différences d'incidence des pathologies saisonnières.

3.3. Enquêteurs.

Les enquêteurs formés pour l'étude étaient au nombre de 47. Le grand nombre d'enquêteurs a probablement introduit un biais d'évaluation (hétérogénéité inter-observateur) ; la rigueur et la motivation pouvant varier d'un enquêteur à l'autre (le nombre de questionnaires remplis allant de 9 à 50 suivant les enquêteurs). La formation au remplissage de la grille d'observation n'a pas été réalisée par la même personne pour les 2 sessions de l'étude, ce qui a pu engendrer un biais lors du remplissage. La comparaison entre les 2 vagues de l'étude (cf. Annexe 2) montre des résultats superposables, ce qui rassure quant à l'uniformité de la formation donnée aux enquêteurs.

3.4. Recueil des données.

Le questionnaire se devait d'être simple et rapide à remplir lors de la consultation. Dans la mesure du possible, l'enquêteur ne devait pas intervenir pour récupérer les informations. Selon les cabinets et la tenue des dossiers informatiques, les informations pouvaient être plus ou moins difficiles à obtenir ; ceci permet d'expliquer le manque de données pour certaines observations. Le recueil par l'enquêteur de l'ordonnance finale nous a paru plus fiable que récupérer les maladies en cours des patients. Ce choix ne nous a pas toujours permis de

déterminer pour quelle(s) indication(s) certains traitements étaient en place (par exemple : bêtabloquants pour arythmie ou pour hypertension artérielle ?).

L'enquêteur devait noter le motif de demande et le traitement demandé tels que le patient l'avait formulé. Il existe sûrement un biais d'interprétation à ce niveau. En effet, il est possible que l'enquêteur ait parfois reformulé la parole du patient en des termes plus médicaux. La technique de recueil par questionnaire ne permet pas de développer réellement ce qui s'est dit/passé au cours de la consultation. On risque parfois de suggérer des réponses qui ne correspondent pas à la réalité de ce qui a été dit, induisant un biais d'interprétation. Ce biais pourrait être corrigé en réalisant des enregistrements des consultations ; mais cette technique ne permettrait pas de récupérer autant de données en un temps si restreint (temps de visionnage ou d'écoute, temps de retranscription).

3.5. Saisie des données.

Pour éviter un biais d'interprétation, l'ensemble des données ont été codées et retranscrites par une seule et même personne, l'étudiant en thèse.

4. Représentativité de la population étudiée.

4.1. Caractéristiques générales.

Notre échantillon semble être représentatif de la population des patients consultant pour renouvellement d'ordonnance en médecine générale.

Les travaux de J. Marquant, qui a réalisé une étude ancillaire du projet ECOGEN (analyse de 4740 consultations de renouvellement) (17), donnent une idée du profil des patients consultant leur médecin généraliste pour un renouvellement d'ordonnance.

Dans notre travail, la moyenne d'âge se situait à 62,5 ans. La moyenne d'âge des patients de l'étude ECOGEN sur le contenu des consultations de renouvellement était de 64,5 ans.

Le sexe ratio est similaire dans les deux études (57,2% de femmes pour notre étude versus 59,1% pour le travail de J. Marquant).

La proportion de patients en ALD est également similaire entre notre travail et celle de l'étude ECOGEN (44,2% versus 45,5%). En 2008, la part des assurés (régime général) en ALD était de 14,6%. La proportion de patients bénéficiant d'une prise en charge en ALD plus

importante dans notre étude s'explique par la sélection de patients « chroniques », polypathologiques liés aux critères d'inclusion de l'étude.

La proportion élevée de retraités (catégorie 7 de l'Insee) de notre échantillon (62,1%) était similaire à la proportion de retraités de l'échantillon de l'étude de J. Marquant portant sur les consultations de renouvellement (62,5%).

4.2. Analyse du traitement de fond des patients observés.

4.2.1. La polymédication.

Dans notre échantillon, 32,3% de patients étaient concernés par la polymédication ; la proportion augmentait avec l'âge (56,1% des patients de plus de 75 ans). La polymédication était définie par une prescription de 5 médicaments ou plus, en tenant compte uniquement des traitements administrés au long cours. Le seuil de 5 médicaments a été choisi car c'est le seuil le plus souvent cité lors des études sur la polymédication (21). La polymédication est associée à un risque iatrogénique plus important. La polymédication peut poser des problèmes d'observance, notamment lorsque les schémas thérapeutiques sont trop complexes (7) (29). Il est difficile de comparer la prévalence de la polymédication de notre échantillon aux données de la littérature tant elle varie selon le seuil considéré et la population étudiée. La prévalence de polymédication est de 39% pour les médicaments prescrits en continu chez des patients de 75 ans et plus (prescrits « au moins 3 fois dans l'année » qui privilégie les traitements de maladies chroniques et les traitements répétés) (21).

4.2.2. Nature du traitement de fond.

Concernant les traitements prescrits au long cours, nous nous sommes intéressés à certaines classes thérapeutiques afin de comparer la proportion de prescriptions dans notre échantillon à celle retrouvée dans la littérature.

Selon le rapport de l'ANSM (30), 13,7% des sujets de 65 ans et plus ont été exposés au moins une fois à un anticoagulant (AVK, NACO, héparine) au cours de l'année. Dans notre échantillon, cette proportion s'élève à 11,9%.

Concernant la prescription des psychotropes, 18% de la population des 18-75 ans déclarait avoir consommé au moins un médicament psychotrope au cours de l'année (26,5% de prescription dans notre échantillon). Pour la consommation de benzodiazépines, selon le rapport de l'ANSM (31), 64,2% des consommateurs sont des femmes (62,8 % de consommateurs femmes dans notre échantillon), l'âge médian de consommation est de 56 ans

(66,5 ans dans notre échantillon). Toujours selon l'ANSM, 1/3 des femmes de plus de 65 ans consomment un anxiolytique (15,2% dans notre échantillon), et 18% des femmes de plus de 65 ans consomment un hypnotique (12,5% de prescription dans notre étude).

Selon le rapport de l'ANSM d'octobre 2013 (32), 10,6% des sujets de 65 ans et plus ont eu une délivrance de lévothyroxine au cours de l'année (14,5% de prescription dans notre échantillon pour cette tranche d'âge) ; 86,2% de ces patients étaient des femmes (91,2% de prescription concernait les femmes dans notre échantillon).

Concernant les prescriptions au long cours de certaines molécules, notre échantillon semblait peu différent.

Selon l'enquête décennale de l'IRDES (33), les hommes souffrent plus fréquemment de cardiopathie. Dans notre travail, le fait d'être un homme était associé à une proportion plus importante de traitements chroniques à visée cardio-vasculaire ($p < 0,01$). La même enquête retrouvait que la prévalence des troubles dépressifs et des troubles de la thyroïde étaient plus importantes chez les femmes. Dans notre travail, la proportion de prescription d'antidépresseurs et d'hormones thyroïdiennes était également plus fréquente chez les femmes (avec $p < 0,01$). Les profils pathologiques des patients observés (en lien avec leur traitement de fond) sont donc cohérents avec ceux décrits dans l'enquête décennale de l'IRDES (menée auprès de 40 000 personnes).

5. Discussion des principaux résultats.

5.1. Les demandes de prescriptions médicamenteuses par les patients : un comportement fréquent lors des consultations de renouvellement (1 consultation sur 5).

Notre étude montre qu'une consultation de renouvellement sur cinq est l'objet d'une demande de prescription médicamenteuse supplémentaire de la part du patient. Malgré la prévalence importante de ces demandes retrouvée dans notre travail, à ce jour, peu d'études ont étudié ces prescriptions suggérées. Pourtant, certains auteurs les évoquent. Ainsi, dès 1988, N. Molina évoque ces demandes et considère que le patient qui demande la prescription d'un médicament à son médecin pratique l'automédication (1). En 1998, G. Ostermann évoque une prescription médicale à l'initiative du patient qu'il nomme « prescription suggérée » (2).

Le CREDES a publié en décembre 2001, dans son rapport « santé, soins et protection sociale », des données sur les demandes de prescription supplémentaires de produits

pharmaceutiques par les patients (34). L'enquête s'intéressait seulement aux demandes réalisées en fin de consultations ; l'enquête portait sur la dernière consultation chez un médecin (et ce, quel que soit le motif principal de la consultation). La question posée aux patients interrogés était : « lors de votre dernière rencontre avec votre généraliste, lui avez-vous demandé de rajouter à la fin de son ordonnance un ou plusieurs médicaments ? ». Ainsi, 13% des patients interrogés ont répondu positivement. Dans notre enquête, le moment de la consultation où était formulée la demande n'a pas été consigné dans le questionnaire. La proportion plus importante de ce comportement dans notre travail peut également résulter de la méthodologie mise en place (observation directe versus questionnaire patient) ; les patients interrogés dans l'enquête du CREDES pouvant omettre certaines informations ou ne pas oser avouer ce genre de demande. La plus forte prévalence observée dans notre travail peut également révéler que ces demandes sont plus fréquentes lors des consultations ayant pour motif principal le « renouvellement d'ordonnance » que pour les consultations pour un autre motif. Cette différence pourrait également résulter d'une augmentation de ces demandes médicamenteuses entre 2000 (date de l'étude du CREDES) et 2013/2014 (dates de réalisation de notre enquête). En effet, l'automédication est aujourd'hui mieux assumée par les patients, dans un contexte de responsabilisation et d'autonomie de ce dernier.

Dans l'étude ancillaire d'ECOGEN de J. Marquant, le nombre moyen de motifs retrouvé au sein d'une consultation de renouvellement était de 4 (versus 2,3 pour les consultations ayant un autre motif). Ces motifs multiples ne sont pas détaillés, mais pourraient correspondre à ces demandes supplémentaires formulées par les patients.

5.2. Le patient et les origines de sa demande.

5.2.1. Les raisons économiques, conséquences des particularités d'organisation du système de santé français.

Dans notre travail, 42,4% des médicaments demandés par les patients pouvaient s'obtenir sans prescription médicale. Parmi ces médicaments de prescription médicale facultative, 80% étaient remboursables s'ils étaient prescrits par un médecin. De nombreux pays assimilent totalement ou largement prescription médicale facultative (PMF) et médicaments non remboursables (35). En France, l'immense majorité des produits de PMF est remboursable si prescrits par un médecin (80% des médicaments de PMF). Cette particularité française

pourrait pousser le patient à consulter son médecin afin d'obtenir le remboursement de son automédication (7) (11). Les patients observés lors de notre travail pouvaient profiter de cette consultation pour obtenir la prescription d'un médicament de PMF afin d'en être remboursés. Selon le CREDES en 1999 (36), la recherche du remboursement par la prescription médicale ne serait à l'origine de la demande que dans 13% des cas. Selon l'enquête DGS/CSA-TMO santé (octobre 2002), 48% du panel interrogé a déclaré se faire prescrire ultérieurement (toujours 9%, parfois 11%, rarement 28%) des médicaments achetés sans ordonnance en vue d'un remboursement.

Il existe donc des données montrant que la recherche du remboursement du médicament par la prescription médicale est probablement une hypothèse à ne pas négliger pour l'explication de la prévalence de ces demandes médicamenteuses.

Notre travail retrouve également que 57,6% des médicaments demandés nécessitaient une prescription médicale (Médicaments de Prescription Médicale Obligatoire, PMO). La prescription médicale est donc indispensable à l'obtention par les patients d'un certain nombre de médicaments, jugés efficaces, et qu'ils vont ensuite consommer de leur propre initiative. Le patient n'a nul besoin du médecin sinon qu'à titre de prescripteur et en tant qu'intermédiaire nécessaire entre le patient et le médicament (37). Le passage par le médecin généraliste est dans ce cas nécessaire. Alors que nombre de problèmes de santé sont réglés de façon autonome par les patients, le recours au médecin généraliste s'impose au patient afin de pouvoir se procurer le traitement. Cette nécessité d'une prescription médicale est probablement à l'origine d'une proportion importante des demandes médicamenteuses étudiées.

5.2.2. La représentation de l'ordonnance pour les patients.

En France, 78% des consultations donnent lieu à la prescription d'au moins un médicament (19). L'ordonnance a une place prépondérante dans la prise en charge du patient. La prescription d'un médicament sur une ordonnance renvoie au patient l'image d'un médicament plus efficace et plus sûr (35). La demande d'une prescription médicamenteuse suivie de la réalisation d'une ordonnance par le médecin conforte le patient sur l'utilité, la légitimité et l'efficacité du traitement demandé. Le médicament incarne, pour les patients, la preuve tangible d'un état de maladie (37). Cette forte symbolique de l'ordonnance pourrait expliquer l'importante proportion de demande de prescription médicamenteuse retrouvée dans

notre travail, en particulier pour les médicaments de PMF. Par l'intermédiaire de l'ordonnance, le médecin reconnaît le statut de malade à son patient et valide l'autonomie du requérant.

5.2.3. L'apport de l'anthropologie.

L'anthropologie peut nous donner certaines explications aux demandes de prescriptions médicamenteuses. Ainsi, S. Fainzang, qui a beaucoup étudié le comportement d'automédication et ses origines, propose quatre modèles de recours à l'automédication (38). Même si sa définition de l'automédication est plus restreinte que la nôtre (absence de prescription médicale), les modèles qu'elle décrit peuvent nous éclairer sur l'origine des demandes médicamenteuses des patients.

Le premier est dénommé modèle « empirique », dans lequel le symptôme est familier, le sujet se sentant apte à se soigner tout seul. Ici, le médecin est « simple prescripteur » ; le patient a connaissance (par sa propre expérience) du médicament efficace pour son symptôme. Le médicament en question pouvant de plus nécessiter une prescription médicale (antalgique de palier 2, dermocorticoïdes...).

Le deuxième modèle est dénommé « substitutif » : le patient pense son médecin incompetent pour le symptôme concerné, le patient a de lui-même trouvé un médicament efficace pour son problème.

Le troisième modèle est dénommé « moral » dans lequel le symptôme touche une partie du corps que le patient ne souhaite pas dévoiler. Le patient ne voulant pas aborder ce symptôme avec son médecin (par pudeur dans ce cas), évite l'examen et s'auto-prescrit (par l'intermédiaire de son médecin) un médicament qu'il juge efficace.

Le dernier modèle, dénommé « cognitif », où le symptôme n'est pas reconnu comme pathologique par les médecins. Le patient, qui a peut-être déjà évoqué ce problème avec son médecin, ne se sentant pas écouté/compris, choisit lui-même son traitement, celui qu'il juge efficace.

Dans l'ensemble de ces modèles, le médecin est vu par le patient comme un simple prescripteur. Lors de la consultation de renouvellement de traitement, la confiance du patient vers son médecin généraliste paraît acquise. Cependant, le patient garde son libre arbitre pour certaines décisions qu'il ne souhaite pas aborder avec son médecin. Les demandes médicamenteuses faites par les patients sans forcément évoquer leurs symptômes pourraient, en partie, trouver leurs explications à travers ses modèles anthropologiques.

5.2.4. Les demandes « cachées » .

A travers la demande médicamenteuse, le patient souhaite peut-être aborder le problème avec son médecin. N'osant l'aborder directement, l'intermédiaire d'une demande de prescription peut aider le patient à « briser la glace ». Au praticien de ne pas se contenter de prescrire et d'approfondir cette demande. Elle pourrait parfois être le signalement d'un problème plus sérieux. Ce comportement illustrerait ce que certains auteurs appellent « l'agenda caché » des patients où le motif principal de la consultation, celui exposé par le patient cache en réalité une demande plus complexe. Dans la rubrique « forum » de la revue Prescrire, un médecin alerte sur la nécessité de chercher à savoir ce que cache cette demande, même si au premier abord, elle peut « agacer ». Il considère que ces demandes sont souvent de réelles demandes de soins (39).

5.2.5. L'autonomie du patient.

L'autonomie du patient est un des principes de l'éthique médicale (40). L'autonomie désigne la capacité de penser, de décider et d'agir librement de sa propre initiative. Aujourd'hui, par l'effet de la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades, la prise en compte de l'autonomie du patient est clairement affirmée et valorisée juridiquement : c'est le patient, avec le professionnel de santé, qui prend les décisions concernant sa santé (41).

Ces demandes sont le reflet d'une volonté d'autonomie du patient, qui gère seul nombre de ses problèmes de santé (concept du « symptom iceberg » (42)). Cette autonomie repose sur un savoir acquis par le patient, ce savoir est dénommé savoir « profane », opposé au savoir « scientifique » du médecin. Le savoir des patients a de nombreuses sources : connaissances acquises par le raisonnement, l'expérience et résultats des représentations du patient liées à son contexte social (43). Une partie de ce savoir provient également de la transmission du savoir du médecin vers le patient. La relation médecin patient est asymétrique. Le médecin détient un savoir qu'il transmet au patient en vue de lui faire adopter les bonnes conduites notamment en matière d'usage médicamenteux. Le savoir transmis sous forme de conseils rencontre le savoir acquis et les représentations des patients.

Cette volonté d'autonomie reste cependant relative. En effet, par l'intermédiaire de sa demande, le patient revendique son autonomie quant au choix du traitement. Autonomie

relative puisque le patient reste dépendant du médecin qui délivre l'ordonnance nécessaire à l'acquisition du médicament.

5.2.6. La validation d'un savoir profane.

L'accès à l'information médicale est de plus en plus répandu (via internet principalement), mettant à la portée des patients un grand nombre de connaissances. La connaissance médicale des patients peut également venir de leur propre expérience, de leur entourage...

Selon E. Freidson (44), le patient peut exercer un contrôle « profane » sur le médecin ; il peut mobiliser un certain nombre d'informations (générales ou privées) pour intervenir dans le choix du médecin et la prescription médicale.

Par la demande médicamenteuse, le patient peut souhaiter confronter son savoir profane à celui du médecin ; il cherche ainsi la validation « médicale » de ses connaissances.

L'ensemble de ces hypothèses pourrait faire l'objet de travaux complémentaires.

5.3. Profils des patients formulant une demande médicamenteuse.

Dans notre travail, parmi les patients consultant leur médecin pour un renouvellement d'ordonnance, les femmes jeunes (âge < 40 ans) formulaient de façon plus fréquente une demande médicamenteuse (29,0% versus 19,4% pour les femmes de 40 ans et plus, avec $p=0,03$).

Les ouvriers (29,3%) et les employés (24,3%) avaient la plus forte proportion de demandes médicamenteuses (de façon non statistiquement significative).

Dans de nombreux articles (7) (45), un profil type du patient pratiquant l'automédication est fréquemment proposé. Ainsi, les femmes pratiquent plus souvent l'automédication ; souvent pour leurs enfants (non concernés par notre étude). L'automédication augmente avec les niveaux d'études et de revenus. Les cadres, artisans, commerçants et chefs d'entreprise la pratiquent le plus. L'automédication augmente progressivement de 40 à 80 ans, puis diminue. L'âge élevé et la polymédication sont considérés comme des freins à l'automédication.

Dans notre travail, le cadre de l'automédication étudiée est différent. Il concerne les prescriptions médicamenteuses faites à la demande des patients, il s'agit d'une prescription

médicale suggérée par le patient. De plus, il concerne des patients atteints de maladies chroniques, recevant déjà un certain nombre de médicaments pour les traiter. La population étudiée et le cadre de l'automédication sont différents de ceux retrouvés dans les travaux sur l'automédication, ces deux éléments pourraient expliquer les différences observées.

L'âge semble modifier la fréquence des prescriptions suggérées (24,3% des 18-39 versus 18,6% des plus de 64 ans), sans que cela ne soit significatif. L'enquête du CREDES de 1996 retrouvait cette même tendance.

Si l'on combinait l'effet de l'âge et du sexe, les femmes jeunes (âge < 40 ans) faisaient plus de demandes de prescriptions médicamenteuses. Les enquêtes du CREDES en 1997(46), 1999 (36) et 2001 (34), portant sur ses prescriptions à la demande du patient, montraient également que les femmes les plus jeunes formulaient plus fréquemment des demandes de prescription supplémentaires. Nos résultats sont donc similaires à ceux du CREDES, ainsi qu'à ceux de la littérature sur l'automédication au sens strict du terme.

Toujours selon les données du CREDES, les professions formulant le moins fréquemment ce type de demande étaient les artisans-commerçants, les cadres ; celles demandant le plus étaient représentées par les professions intermédiaires et les employés. Plus le niveau de revenu était élevé, moins la demande était fréquente. Dans notre travail, les ouvriers (29,3%) et les employés (24,3%) avaient la plus forte proportion de demandes ; les cadres/professions intellectuelles supérieures (16,3%) la plus faible. Concernant les professions, même en l'absence de résultats significatifs, nos données coïncident avec celles du CREDES. Des effectifs trop faibles dans certaines catégories nous ont probablement empêchés d'obtenir des résultats significatifs.

Il apparaît donc qu'hormis le sexe et l'âge, la population suggérant des prescriptions différerait de celle pratiquant l'automédication « classique ». Les catégories socio-professionnelles supérieures, la pratiqueraient moins que les ouvriers et les employés.

Comment en comprendre le sens ? Une hypothèse serait que les patients les plus défavorisés éprouvent une difficulté financière à l'achat de médicaments non remboursés. La consultation de renouvellement leur permettrait de demander la prescription d'un médicament afin d'en obtenir le remboursement. Une autre hypothèse serait un besoin plus important de

reconnaissance de leur savoir profane pour la catégorie des ouvriers ou des employés (« effet diplôme »). A l'inverse, les professions intellectuelles supérieures rencontrent moins de difficultés à « affirmer » leur autonomie. Cela renvoie à l'analyse proposée par R. Castel à propos de l'autonomie selon les classes sociales. Selon lui, il existe un individualisme négatif, dans lequel l'autonomie est un fardeau pour celui qui n'a pas de ressources et de supports sociaux suffisants ; et un individualisme positif où l'autonomie est vécue comme une liberté pour celui possède suffisamment de ressources matérielles et culturelles (47).

Dans notre travail, la polymédication n'influçait pas le fait de formuler une demande médicamenteuse supplémentaire (17,2 % de demande pour les patients ayant 5 médicaments ou plus sur leur ordonnance de traitement chronique versus 21,4% pour ceux ayant moins de 5 médicaments, $p=0,065$). Selon Raynaud (7), la polymédication est un frein à l'automédication. Dans notre travail, malgré une moins forte proportion de demande, la polymédication n'est pas un frein significatif à la demande de médicaments supplémentaires par le patient. Cela pose néanmoins le problème des interactions médicamenteuses liées aux différentes classes thérapeutiques consommées par le patient polymédiqué, souvent âgé.

5.4. Pathologies et symptômes traités.

Les pathologies que prend en charge seul le patient venant en consultation pour renouvellement sont un peu différentes de celles qui ont été observées lors des consultations pour pathologie aiguë. Dans notre étude, la douleur d'une manière générale représentait 35,4% de l'ensemble des motifs de demande médicamenteuse. L'insomnie était le deuxième motif de demande le plus fréquent. Si l'on raisonne en fonction des systèmes de la CISP concernés par les demandes : la première sphère était la sphère générale (dominée par la douleur non précisée), puis suivent les systèmes digestif, cutané, ostéo-articulaire et psychologique. Selon l'enquête du CREDES, le motif de demande le plus fréquent était les céphalées/migraines (28%, versus 4% dans notre échantillon). Cette différence importante pourrait s'expliquer par une part de céphalées/migraines non verbalisées ainsi par le patient, et par conséquent incorporée dans la catégorie générale. Les demandes concernant l'insomnie/l'angoisse et la nervosité étaient moins fréquentes dans l'enquête du CREDES, avec 3% des demandes (6% dans notre échantillon).

Si on s'intéresse aux pathologies et symptômes amenant le patient à une automédication, telle que définie par l'OMS, on retrouve (7) : la douleur (40%), le rhume et le syndrome grippal (21%), les migraines (17%), la toux (16%), le mal de gorge (14%), la fièvre (11%).

Comme dans notre travail, la douleur occupe une place prépondérante. Les autres symptômes conduisant le patient à une automédication officinale sont différents de ceux conduisant à une demande de prescription. En effet dans notre travail, les problèmes de pathologies virales, de symptômes respiratoires ou ORL ressortaient peu.

Les symptômes et pathologies responsables de demandes de prescription lors des consultations de renouvellement semblent plus flous et donc paraissent plus « complexes ». Notre travail n'explorait pas l'ancienneté des symptômes ou l'existence d'un diagnostic porté antérieurement. Lors des consultations de renouvellement, le praticien connaît son patient et ses antécédents. Il aurait été intéressant de savoir si le patient avait déjà bénéficié d'une consultation, de la réalisation d'examen complémentaires ou d'un avis spécialisé pour le symptôme amenant à une prescription suggérée. Cette forme d'automédication s'intègre peut-être dans le cadre d'une éducation thérapeutique.

Sphère générale

Elle arrive en tête des demandes médicamenteuses supplémentaires. Dans ce cas, le patient n'a pas approfondi sa demande, il s'agissait principalement de demandes de paracétamol, médicament non spécifique d'un organe, mais d'usage fréquent. On peut penser qu'il s'agit probablement de réapprovisionner la « pharmacie familiale ».

Sphère digestive

Dans notre enquête, l'ensemble des demandes concernant le système digestif représentait 16,5% des demandes de prescription médicamenteuse. Les symptômes digestifs sont un motif fréquent de consultation en médecine générale. Ainsi, selon l'Observatoire de la Médecine Générale, en 2009 (48), 5 résultats de consultations concernent le système digestif parmi les 50 motifs de consultations les plus fréquents. Le premier motif cité, la plainte abdominale, est situé au 14^{ème} rang des motifs de consultation les plus fréquents. La sphère digestive englobe de nombreux symptômes allant de la douleur abdominale à la constipation en passant par le reflux, les nausées et les diarrhées. Il n'est donc pas surprenant que les demandes concernant la sphère digestive soient importantes.

Dans notre travail, les médicaments demandés pour les plaintes concernant la sphère digestive étaient principalement des médicaments de PMF ($p < 0,01$). La nécessité de la prescription médicale n'est donc pas la principale motivation des demandes de prescription supplémentaires dans ce cas.

La plainte abdominale est une plainte complexe, notamment sur son versant chronique. La forte proportion de demande concernant le système digestif peut s'expliquer de plusieurs façons : diagnostic antérieurement porté ? Plainte cachée ? Pudeur ?

Sphère cutanée

Les demandes de prescription médicamenteuse supplémentaires concernant la sphère cutanée représentaient 15,2% de l'ensemble des demandes. Il s'agissait principalement de la prise en charge des infections cutanées (herpès, mycose, abcès...) suivait la prise en charge de l'eczéma et du psoriasis. Dans ce cas, le patient prend en charge des pathologies ou des symptômes récurrents. Le patient en connaît les signes cliniques ainsi que la thérapeutique efficace. Afin de ne pas consulter son médecin lors de l'apparition de ces symptômes et dans la recherche d'un soulagement rapide, la consultation de renouvellement lui permet de se procurer les traitements nécessaires par l'intermédiaire de la demande médicamenteuse.

Sphère ostéo-articulaire

Le système ostéo-articulaire était concerné par 14,7% des demandes de prescription médicamenteuse supplémentaire lors des consultations de renouvellement observées. La sphère ostéo-articulaire est un motif très fréquent de consultation en médecine générale. Ainsi, si l'on considère les 50 motifs de consultation les plus fréquents, on retrouve 8 motifs associés au système locomoteur (8^{ème} position pour les lombalgies, 9^{ème} pour les arthropathies, 28^{ème} pour l'arthrose...) (48). Qu'ils s'agissent de petite traumatologie (contusion/entorse), de poussées d'arthrose ou de douleurs rachidiennes chroniques. Concernant les plaintes ostéo-articulaires, il peut donc s'agir de poussées de maladies chroniques (arthroses/lombalgies). Le patient formulant la demande a probablement déjà bénéficié d'une consultation (et d'examen complémentaires) pour ce problème. Il gère désormais, seul, les phases aiguës de sa pathologie. La prescription médicale lui est peut-être nécessaire à l'obtention de médicaments de PMO (proportion plus importante de demande de médicaments de PMO pour la sphère ostéo-articulaire par rapport aux autres sphères concernées par une demande, $p = 0,03$), principalement antalgique de palier 2 et anti-inflammatoire.

Sphère psychologique

Les demandes de prescription médicamenteuse supplémentaires relatives à la sphère psychologique observées lors des consultations de renouvellement représentaient 10% de l'ensemble des demandes (6% pour des problèmes d'insomnie, 2,4% pour des problèmes d'anxiété). Les benzodiazépines (à visée hypnotique ou anxiolytique) représentaient la principale classe thérapeutique demandée dans ce cas.

Les principaux risques liés à l'utilisation des benzodiazépines sont la dépendance (avec risque d'apparition de sevrage à l'arrêt du traitement), la tolérance (diminution de l'efficacité avec le temps). De plus, suite à une utilisation à long terme, l'apparition de troubles mnésiques est démontrée (49). Devant une consommation française élevée de benzodiazépines (20% de la population en a consommé au moins une fois dans l'année, en 2010), des règles de bon usage ont été préconisées :

- La prescription des benzodiazépines à visée anxiolytique et hypnotique ne doit être envisagée qu'après échec des approches non médicamenteuses. La première prescription chez un patient est une prescription à risque qui peut entraîner le patient dans un processus de consommation de longue durée alors que l'effet thérapeutique sera épuisé.

- Cette prescription doit être la plus courte possible et ne doit pas dépasser les durées préconisées dans le cadre de l'AMM.

- Cette prescription doit être régulièrement réévaluée quant à son efficacité et ses effets indésirables.

- Le patient doit être informé des risques liés à cette consommation et accompagné dans l'arrêt de sa consommation dont on sait qu'il peut être difficile quand la dépendance est installée.

L'ANSM rappelle toutefois que les benzodiazépines ont démontré leur utilité thérapeutique en particulier en tant qu'anxiolytique et hypnotique lorsqu'elles sont correctement utilisées.

Les benzodiazépines sont des médicaments nécessitant une prescription médicale. La proportion de demande de médicaments de PMO pour les demandes concernant la sphère psychologique est donc plus importante que pour les autres sphères ($p < 0,01$).

Les praticiens se doivent d'être vigilants lors de la prescription des benzodiazépines. Dans notre enquête, la proportion de refus de prescription est équivalente à celle des autres classes

thérapeutiques demandées ($p=0,71$), le taux de conseil donné autour de la demande est également similaire (0,29).

Selon Claudie Haxaire (50), concernant l'automédication vis à vis des psychotropes, les patients se situent dans une occultation du médical ou, du moins, dans une difficile reconnaissance de sa légitimité. Les conduites d'automédication tendent alors vers un usage autonome, intime ; et ce, avec la « complicité » du médecin, indispensable prescripteur. Elle considère que le praticien qui ajoute en fin d'ordonnance le « médicament pour les nerfs » est exclu du diagnostic médical et donc de la surveillance du traitement. Le sommeil étant un bien précieux, le refus d'une prescription de benzodiazépine à visée hypnotique chez un patient qui le demande peut être vécu par le patient comme intrusif ; C. Haxaire considère que les remèdes pour l'endormissement se perçoivent mal comme soumis à la législation contraignante du code de la santé publique.

Dans notre travail, les demandes concernant la sphère psychologique étaient plus fréquentes chez les actifs ($p=0,01$), en particulier chez les professions intermédiaires. Cela peut être révélateur d'un stress lié à l'activité professionnelle ainsi qu'à un besoin de performance au travail.

Dans le cas des demandes concernant la sphère psychologique, le patient ne souhaite peut-être pas aborder le sujet avec son médecin. Néanmoins, la sollicitation du praticien est nécessaire à l'obtention du traitement.

Dans notre travail, sur l'ensemble des motifs ayant amené le patient à formuler une demande médicamenteuse : 63,8% des demandes étaient associées à un symptôme (numéro 1 à 29 de la classification CISP), 36,2% des étaient associées à un diagnostic (numéro 70 à 99 de la classification). Dans un peu plus d'un cas sur trois, soit le patient avait fait son autodiagnostic, soit le diagnostic avait été porté antérieurement à la demande médicamenteuse. Le patient souhaite donc soit la validation médicale de son savoir profane à travers la demande médicamenteuse, soit la poursuite d'un traitement antérieurement prescrit pour ce problème. Dans le cas des demandes médicamenteuses associées à un symptôme (exemple : douleur, prurit...), le patient n'a pas fait d'autodiagnostic et cherche par la demande médicamenteuse à soulager son symptôme. La demande médicamenteuse sert au patient à acquérir un médicament qu'il juge efficace pour traiter sa gêne.

Les pathologies et symptômes pris en charge par les patients observés dans notre étude sont donc variés, parfois complexes.

5.5. Médicaments demandés.

Dans 57,3 % des cas, le médicament demandé par le patient venant en consultation de renouvellement était un médicament de prescription médicale obligatoire. Les principaux médicaments de PMO demandés étaient : les antalgiques de palier 2, les benzodiazépines, les AINS, les IPP et les dermocorticoïdes. Certains de ces traitements, considérés de prescription médicale obligatoire dans notre travail, peuvent être délivrés sans ordonnance. Dans ce cas, le dosage est inférieur (exemple : paracétamol-codéiné 400mg/20mg disponible sans ordonnance et paracétamol-codéiné 500mg/30mg nécessitant une ordonnance) ou la durée de traitement délivré limitée (exemple : délivrance d'une boîte de 7 comprimés d'antihistaminique). Notre choix a donc augmenté la proportion de médicaments de PMO demandés.

Cependant, on peut considérer que dans plus de la moitié des cas, le patient demande un traitement inscrit sur une liste. Si l'on se reporte à la définition de ces médicaments de PMO : ils sont susceptibles de présenter un danger s'ils sont utilisés sans surveillance médicale ; ils sont utilisés souvent dans des conditions anormales d'emploi et cela risque de mettre en danger, directement ou indirectement la santé. Il faut donc rester vigilant quant à la demande du patient, sa justification et la surveillance de ces traitements demandés. Le patient gère, seul, des médicaments potentiellement « dangereux » ou pouvant créer une dépendance, un mésusage (benzodiazépines et codéine principalement).

Le choix du médicament demandé par le patient peut être le résultat d'une prescription antérieure (51).

Les traitements demandés par les patients lors des consultations de renouvellement paraissent différents de ceux utilisés par les patients en automédication officinale (composée uniquement de médicament de PMF, par définition).

Dans le travail de S. Thay (52) , les classes thérapeutiques des médicaments les plus utilisés en automédication étaient les antalgiques (33%), les médicaments pour les troubles des voies digestives (6,4%), les médicaments pour les troubles des voies respiratoires (5,7%), les antipyrétiques, les antimicrobiens, les sédatifs/tranquillisants (4,4%). Comme dans notre travail, les antalgiques occupaient une place prépondérante. Les médicaments pour les troubles de voies respiratoires sont très représentés dans le travail de S. Thay ; dans notre travail, ils ont une place plus limitée. Ce travail s'intéressait au traitement utilisé, en cas d'affection aiguë, avant la consultation chez un généraliste. Nos deux études ont eu lieu à la

même saison (à savoir mai/juin). Le cadre étudié étant différent du nôtre, cela peut expliquer ces différences.

Si l'on se réfère à la pharmacie familiale, qui se compose de médicaments dits d'automédication, mais aussi de médicaments de PMO précédemment prescrits : observe-t-on des différences avec les traitements demandés dans notre travail ? Une enquête de 2010, réalisée en Aquitaine, a étudié à l'aide de questionnaire patient la composition de l'armoire à pharmacie familiale (53). La composition de la pharmacie était répartie selon l'ordre suivant (classe ATC) : divers (dont antalgique) pour 80,7% des pharmacies familiales, traitement à visée digestive (72,5% des cas, dont 20% des pharmacies familiales contenant des IPP), AINS (71,5% des cas), traitement dermatologique dans 71% des cas (17% de dermocorticoïdes), voies respiratoires (66,7% des cas). Les benzodiazépines étaient retrouvées dans 35,6% des pharmacies familiales. Dans cette étude, 76,3% des médicaments retrouvés au sein de la pharmacie familiale étaient des médicaments de PMO.

La répartition des médicaments demandés lors de notre enquête et des médicaments retrouvés dans les armoires à pharmacie (53) est similaire. Les patients venant en consultation de renouvellement, par l'intermédiaire des demandes de prescriptions supplémentaires, constituent (pour une partie d'entre eux) leur pharmacie familiale, au cas où.

Comme dans notre travail, où 57% des médicaments demandés étaient des médicaments de PMO, cette étude retrouve une forte proportion de pharmacie familiale contenant des médicaments de PMO (76,3%).

Les patients pratiquent donc l'automédication avec des médicaments sortant du cadre défini par l'OMS lorsqu'elle évoque l'automédication responsable (« soigner certaines maladies avec des médicaments autorisés, accessibles sans ordonnance »). Les médicaments utilisés étant prescrits, ils peuvent s'intégrer dans une démarche d'éducation thérapeutique (que nous étudierons lorsque nous évoquerons les conseils du praticien autour de la demande de prescription).

Peut-être qu'une partie de ces médicaments de PMO, au vue de leur utilisation autonome non négligeable, font partie des projets de délistage à venir ?

Le délistage est une stratégie des firmes qui pensent ainsi favoriser les ventes des produits nouvellement délistés, en augmentant la publicité directe en direction des patients. Parallèlement, le délistage d'un produit s'accompagne très fréquemment d'une augmentation de son prix. En France, le délistage reste limité ainsi selon les données de l'Afipa, 7 molécules ont été délistées depuis 2008 (54).

5.6. La réponse du praticien.

5.6.1. La prescription est accordée dans neuf demandes sur dix.

Dans notre travail, le praticien a eu une réponse positive pour neuf demandes médicamenteuses sur dix. Le profil des patients (âge/sexe/ALD/professions) ne modifiait pas de façon significative le fait que le praticien accepte ou refuse la demande médicamenteuse. De même, la nature du traitement demandé, ainsi que la notion de polymédication n'influençaient pas la réponse du praticien.

Dans la thèse de S. Jouanin (55), qui étudiait les demandes de fin de consultation ainsi que la réponse du praticien, 125 consultations ayant fait l'objet d'une demande ont été analysées. 11 consultations (sur un total de 125) ont été concernées par une demande de prescription médicamenteuse par le patient en fin de consultation (sans que le motif principal de consultation ne soit précisé). Ainsi, 10 demandes de traitement sur 11 ont été acceptées par les praticiens.

Comme dans notre étude, la proportion d'accord de prescription médicamenteuse est supérieure à 90%.

Notre étude, car observationnelle, ne peut pas souligner le caractère justifiée ou non de la demande. Il aurait été intéressant de connaître le ressenti du praticien face à cette demande. Le travail de S. Jouanin, qui a exploré la réaction du praticien face à ces demandes de fin de consultation retrouve que 40% des praticiens avaient un ressenti négatif (agacé, colère, désespéré étaient des termes utilisés par ces praticiens) contre 18% de réactions positives.

Les raisons de l'importante proportion d'accord de la part des praticiens n'ont pas été explorées dans notre travail. Plusieurs pistes de réflexions sont possibles.

5.6.1.1. Le manque de temps.

Ces demandes médicamenteuses ont souvent lieu en fin de consultation, au moment de la rédaction de l'ordonnance ; le temps limité de consultation est probablement l'une des premières pistes de réflexion. Le manque de temps est probablement un frein au refus et à la justification d'un refus à son patient par le praticien. En effet, il est plus simple (et donc plus rapide) d'accepter que de devoir se justifier d'un refus de la prescription demandée. Cela

veut-il dire que le praticien est d'accord avec la demande de son patient ? La considère t'il comme justifiée ?

5.6.1.2. Le bien-fondé de la demande du patient.

La forte proportion d'accord de prescription retrouvée dans notre enquête pourrait s'expliquer par une demande du patient jugée bien fondée par le praticien. Notre étude n'a pas exploré le caractère bien-fondé de la demande du patient. Une enquête sur les demandes des patients jugées « non fondées » par les médecins a été réalisée auprès de 14 médecins généralistes en 2001 (56) ; elle évoquait les prescriptions médicales malgré une demande du patient jugée non fondée. La moitié des demandes non fondées considérées par les médecins était des demandes de prescription. Dans cet article, l'auteur considérait, que dans ce cas, le patient court-circuite le diagnostic médical et/ou demande un traitement à partir d'un autodiagnostic ; le médecin devient alors un « auxiliaire de l'automédication ». Dans cette étude, 2 fois sur 3 le praticien avait une réponse positive à une demande du patient qu'il jugeait pourtant comme non fondée. La réponse par la prescription à la demande du patient n'est donc en réalité pas forcément le reflet d'une demande légitime ou adaptée du patient.

5.6.1.3. La difficulté de dire non, la relation médecin-patient.

La difficulté de refuser une prescription à un patient existe, elle pourrait être responsable de la forte proportion d'accord de prescription retrouvée dans notre travail. E. Galam, évoque dans un article, la difficulté de dire non en médecine générale (57). Un auteur britannique (58), évoquait également cette difficulté de refuser une prescription, au risque de mettre à mal la relation médecin-malade. E. Galam souligne « qu'être médecin n'est pas forcément synonyme de gentillesse » ; le médecin n'est pas tenu de « rendre service » systématiquement. Le métier de médecin consiste à soigner, ce qui n'implique pas de répondre à toutes les demandes des patients, et ce, quelles qu'elles soient. De plus, J. Arzur, retrouvait dans son travail que le refus de prescription n'altérait pas la relation médecin-patient ; et ce, dès lors que le praticien expliquait son refus à son patient et prenait le temps de l'écouter (59). La satisfaction du patient n'est pas forcément en lien avec le fait de recevoir une prescription ; les sources d'insatisfaction du patient se retrouvent plutôt dans le manque d'explication reçue.

Il aurait été intéressant de savoir si le praticien souhaitait refuser la prescription faite.

5.6.1.4. La connaissance de son patient.

Notre travail s'intéresse à une population de patients consultant leur médecin pour un renouvellement de traitement, dans le cadre d'un suivi d'une pathologie chronique. Cette notion sous-entend la connaissance de son patient par le praticien, ainsi que ses antécédents et les événements intercurrents antérieurs. Particularité de la médecine générale, le suivi du patient permet au praticien, avec l'expérience et la connaissance de son patient, de répondre positivement à une demande, et ce, d'une façon qui peut paraître « rapide » (sans examen clinique par exemple) d'un regard extérieur. L'accès à la « boîte noire » du praticien est difficile ; les mécanismes de réponse sont probablement complexes et auraient mérité une étude plus approfondie.

5.6.2. Les conseils délivrés par le praticien.

Dans notre travail, suite à la demande de prescription médicamenteuse supplémentaire, le praticien délivrait un conseil à son patient dans 65,2% des cas. Ont été considérés comme conseils, les indications de posologie, les circonstances de prise, les signes devant faire consulter et les traitements alternatifs proposés (médicamenteux ou non). La proportion de consultations au cours desquelles le praticien donnait des conseils à son patient étaient plus importante lorsque la prescription était refusée ($p=0,07$, non significatif). La part plus importante de conseil lorsqu'il existait un refus de prescription peut s'expliquer par la justification du refus de prescription par le praticien. Comme vu précédemment, les patients acceptent plus facilement un refus de leur demande lorsque des conseils et des explications leurs sont donnés.

Le praticien délivrait un conseil autour de la demande de façon plus fréquente lorsque le médicament demandé était un médicament de PMO (65,4% versus 47,9%, avec $p=0,02$). Le praticien reste donc vigilant quant à la nature du traitement demandé et prescrit ; le praticien reste donc vigilant quant à la nature du traitement demandé et reste conscient des risques liés aux mésusages de ces médicaments.

Les conseils donnés par le praticien face à une demande de prescription médicamenteuse peuvent parfois s'inscrire dans une démarche d'éducation thérapeutique. La notion d'éducation thérapeutique est décrite majoritairement dans le cadre des maladies chroniques (exemple : asthme, diabète...). Selon l'OMS (60), l'éducation thérapeutique vise à aider les patients à acquérir ou maintenir les compétences dont ils ont besoin pour gérer au mieux leur vie avec une maladie chronique. Cette notion d'éducation thérapeutique peut être élargie à

l'apprentissage de la gestion de certaines pathologies, qu'elles soient bénignes (prise en charge autonome d'un rhume par exemple) ou récurrentes (poussée douloureuse d'arthrose par exemple). L'éducation thérapeutique fait partie des missions du médecin généraliste (18). Les finalités de l'éducation thérapeutique sont d'une part, l'acquisition et le maintien par le patient de compétences d'auto-soins et d'autre part, la mobilisation ou l'acquisition de compétences d'adaptation. Concernant les pathologies récurrentes, l'éducation thérapeutique vise à autonomiser le patient quant à la prise en charge d'une déstabilisation d'une pathologie chronique. Elle permet l'acquisition et le maintien par le patient de compétences d'auto-soins afin de soulager ses symptômes, d'effectuer une auto-surveillance et de connaître les signes devant l'amener à consulter. Dans ce cadre-là, l'éducation thérapeutique permet de limiter le recours à la consultation médicale pour un problème de santé que le patient a appris à gérer « seul ». Il s'agit alors d'automédication « éclairée ».

6. Les demandes non médicamenteuses.

Dans notre travail, environ 10% des consultations de renouvellement ont fait l'objet d'une (ou plusieurs) demande(s) non médicamenteuse(s). Les différentes demandes se répartissaient entre les demandes de prescription de bilan biologique (24,3%), les demandes de prescription pour des actes paramédicaux (kinésithérapie, podologue, infirmières...) (23,2%), les demandes de prescription de matériel (ceinture lombaire, genouillère, déambulateur...) (22,8%), les demandes de certificats divers (aptitude à la pratique sportive, bon de transport...) (13%), les demandes de prescriptions d'examen complémentaire (mammographie, radiographie, ostéodensitométrie...) (8,1%) et les demandes d'avis spécialisé (8,1%).

Notre étude étant la première du genre, il est difficile de comparer nos résultats avec ceux d'une autre étude.

Selon les données de l'étude ECOGEN sur les consultations de renouvellement, 6,6% des procédures correspondaient à un bilan biologique (1998 procédures sur 30193) et 2,3% des procédures correspondaient à une demande d'avis spécialisé (705 procédures sur 30193). Dans notre travail, 2,5% des consultations ont fait l'objet d'une demande de prescription de bilan biologique et 0,8% une demande d'avis spécialisé. Les chiffres de l'étude ECOGEN ne distinguaient pas les prescriptions faites à l'initiative du praticien de celles faites à l'initiative

du patient. Parmi les procédures observées par l'étude ECOGEN, on peut penser qu'une partie est réalisée à la demande du patient.

Notre travail a donc mis en évidence que la consultation de renouvellement est l'occasion pour le patient de demander ou de suggérer à son médecin des prescriptions concernant sa prise en charge ou des prescriptions à visée diagnostique. Ces demandes participent à l'autonomie du patient quant à la prévention, au dépistage (demande de mammographie, demande de bilan biologique...); elles résultent également d'une recherche d'alternative aux traitements médicamenteux (kinésithérapie...).

Lors d'une demande d'examen complémentaire ou de bilan biologique, trois situations peuvent être identifiées :

- Dans la première, l'examen complémentaire ou le bilan biologique fait partie du suivi du patient (par exemple : dosage trimestriel de l'HbA1c chez un patient diabétique, mammographie de dépistage chez une patiente de plus de 50 ans...). Le patient, impliqué dans son suivi, rappelle à son médecin, par l'intermédiaire de la prescription suggérée, les examens qu'il doit réaliser. Cette demande peut combler un oubli du médecin ou précéder (par peur que le médecin oublie) une prescription que le praticien aurait faite de son propre chef.

- Dans la deuxième situation, ces demandes sont peut-être le signe d'une impatience du patient qui trouve que ces symptômes ont trop duré et souhaite obtenir une réponse, un diagnostic, un délai pour guérir. Ce sont peut-être des demandes visant à "bousculer" le médecin trop inerte à leurs yeux.

- Dans la troisième situation, le patient, parce qu'il est inquiet, demande une prescription afin d'explorer une plainte (par exemple : asthénie et demande de bilan biologique complet...). Il passe outre l'examen de son médecin et se tourne directement vers une demande de prescription d'examens complémentaires. Dans cette situation, le médecin se doit de rester vigilant afin de ne pas prescrire des examens potentiellement invasifs et non nécessaires. On parle alors de prévention quaternaire, qui est définie par M. Jamouille, par « la prévention de la médecine non nécessaire ou la prévention de la surmédicalisation » (61). C'est un modèle dans lequel le patient se pense malade alors qu'il ne l'est pas. Il faut dans ce cas peser le pour et le contre de la réalisation des examens demandés par le patient afin d'en évaluer leur réelle utilité. La communication médecin-patient permet, là encore, de rationaliser ces demandes, pouvant être parfois excessives.

Cependant, dans notre travail, le médecin ne semblait pas considérer ces demandes comme étant exorbitantes. En effet, près de 9 demandes sur 10 sont acceptées. La majorité des refus concernait les demandes de prescription d'examens complémentaires (33% des demandes) et de bilans biologiques (15,6% des demandes); la nature de la prescription non médicamenteuse demandée n'influait cependant pas le fait que le médecin accepte ou refuse la prescription. Les praticiens observés restaient donc vigilants quant à la justification de prescription d'examens potentiellement invasifs.

Notre travail a retrouvé que les praticiens refusaient plus souvent les prescriptions non médicamenteuses suggérées par les patients lorsque ces derniers étaient retraités ($p=0,03$). Dans une étude ancillaire de l'étude ECOGEN (62), parmi les patients demandant un avis spécialisé, le praticien a refusé une demande du patient sur trois. Dans ce travail, le fait d'être retraité était associé à un refus plus fréquent. Nos résultats sont donc concordants.

Cependant, il s'agit ici de résultats préliminaires, une étude plus spécifique sur ces aspects serait nécessaire afin de conforter ces résultats.

7. Perspectives.

Les motivations du patient l'amenant à formuler ces demandes de prescription supplémentaires restent à déterminer par des études qualitatives. Ces études pourront orienter les praticiens quant à la façon de répondre aux demandes de leurs patients.

De même, le raisonnement du praticien amenant au refus ou à l'accord d'une demande de prescription suggérée par le patient pourrait être exploré. Le vécu par les praticiens de ces demandes de prescriptions supplémentaires pourrait également être étudié par une étude qualitative.

CONCLUSION

L'automédication est en progression en France, dans un contexte de responsabilisation et d'autonomie du patient associé à un désengagement des systèmes de prise en charge dans la couverture du « petit risque ». En médecine générale, la consultation de renouvellement d'ordonnance est une consultation, qui en plus d'être fréquente, est complexe. Le médecin généraliste met en œuvre de nombreuses compétences lors de ces consultations où peuvent se succéder de multiples demandes du patient. Notre travail avait pour objectif principal d'étudier la prévalence des demandes de prescription médicamenteuses supplémentaires lors des consultations de renouvellement.

Ces demandes paraissent fréquentes puisque présentes dans 20% des consultations. Les femmes jeunes formulent davantage ce type de demande, ainsi que les ouvriers et les employés.

La majorité des traitements demandés sont des médicaments de PMO (57,3%).

Les demandes de prescriptions supplémentaires concernent les antalgiques dans un quart des cas (80% d'antalgiques de palier 1, 20% d'antalgiques de palier 2), puis les médicaments à visée digestive (IPP principalement), les anti-inflammatoires non stéroïdiens, les benzodiazépines et les dermocorticoïdes.

Les motivations des patients pour formuler ces demandes de prescriptions supplémentaires sont probablement variées : remboursement du médicament, validation d'un savoir profane, gestion d'un problème de santé que le patient ne souhaite pas partager avec son médecin, mais aussi la demande cachée ou la nécessité d'une ordonnance afin de se procurer un médicament de PMO.

Le praticien a une réponse positive à cette demande dans plus de 90% des cas. Le praticien, face à cette demande, donne des conseils à son patient dans deux cas sur trois. Le profil des patients ne modifie pas le fait de recevoir des conseils. Lorsque le médicament demandé est un médicament de PMO, le praticien donne davantage de conseils à son patient. Ces conseils relèvent souvent de l'éducation thérapeutique du patient quant à la gestion d'évènements intercurrents.

Par l'intermédiaire de ces prescriptions, le médecin généraliste contribue à l'approvisionnement des pharmacies familiales. Les praticiens participent à l'automédication de leurs patients, en permettant une automédication « éclairée ».

Outre la recherche d'un remboursement par l'intermédiaire de la prescription médicale ou la nécessité d'une prescription pour l'obtention du médicament, la communication au sein de la relation médecin-patient est au cœur de ces demandes. Leur exploration est indispensable afin de ne pas passer à côté de quelque chose de grave, et ce, aux risques de ne pas répondre entièrement à la demande du patient. La prescription médicamenteuse n'est probablement pas la seule réponse à donner au patient. Malgré la durée limitée des consultations, il apparaît nécessaire de s'intéresser à ces demandes de prescriptions supplémentaires qui peuvent parfois révéler de réelles demandes de soins, peut-être méconnues.

Des études ancillaires permettraient d'une part d'identifier les différentes motivations des patients afin d'en éclairer le sens et d'autre part, de mieux comprendre le processus décisionnel des médecins acceptant ou non ces demandes.

BIBLIOGRAPHIE

1. Molina N. L'Automédication. Paris : Presses Universitaires de France; 1988. 262 p.
2. Ostermann G. Aspects psychologiques de l'automédication. Queneau P., éditeurs. L'automédication, autoprescription, autoconsommation. Paris: John Libbey Eurotext; 1998. p. 33- 38.
3. Fainzang S. L'automédication : Une pratique qui peut en cacher une autre. *Anthropologie et sociétés*. 2010;34(1):115-133.
4. Etude TNS/Afipa « Quelle perception de l'automédication et de l'information sur la santé en France? » Echantillon de 963 répondants représentatifs de la population française des 18 ans et plus. 2011.
5. Association pédagogique nationale pour l'enseignement de la thérapeutique. Queneau P, éditeurs. Automédication, autoprescription, autoconsommation: 2e colloque de l'APNET, Palais du Luxembourg, 17 décembre 1998. Paris: John Libbey Eurotext; 1999.
6. Marquet A, Foucher N, Asseray N, Potel G, Roulet L, Clerc MA, et al. Événement indésirable lié à l'automédication : enquête prospective multicentrique dans 11 services d'urgences. *Pharm Hosp Clin*. juin 2014;49(2):e19- e20.
7. Raynaud D. Les déterminants du recours à l'automédication. *Revue française des affaires sociales*. 2008;(1):81- 94.
8. 10ème baromètre Afipa 2011 de l'automédication. [Internet]. 2012. Disponible sur: http://www.afipa.org/fichiers/20120202151754_02022012_CP_barometre_Afipa.pdf
9. 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. Disponible sur: <http://www.mutualite.fr/L-actualite/Kiosque/Communiqués-de-pressé/Les-Français-et-l-automédication-une-enquête-exclusive-réalisée-pour-la-Mutualité-Française-a-l-occasion-du-colloque-L-automédication-recul-ou-progrès>
10. Brossard P, Derré J-F. afipa-2ème Observatoire européen sur l'automédication en 2013 [Internet]. 2014. Disponible sur: http://www.afipa.org/fichiers/20140717173814_Afipa__Deuxieme_Observatoire_europeen_n_sur_lautomédication_VF__juin_2014.pdf
11. Bergmann J-F. Self-medication: from European regulatory directives to therapeutic strategy: Self-medication. *Fundam Clin Pharmacol*. 3 juin 2003;17(3):275- 280.
12. DGS/CSA-TMO Santé. Enquête sur l'automédication. oct 2002.
13. Labarthe G. Les consultations et visites des médecins généralistes - Un essai de typologie. *DRESS Etudes et résultats*. juin 2004;(315):12p.

14. Marescaux C, Banda R. Utilisation de la CIM-10 en médecine ambulatoire libérale : évaluation de l'AUNIS auprès de médecins volontaires. Informatique et gestion médicalisée. 1997;9:13- 22.
15. Arnould P. Le médecin généraliste, le pharmacien et le photocopieur ! [Internet]. 2010. Disponible sur: http://www.sfmng.org/actualites/editorial/le_medecin_generaliste_le_pharmacien_et_le_photocopieur.html
16. Letrillart L, Supper I, Schuers M, Darmon D. ECOGEN : étude des Eléments de la COnsultation en médecine GENérale. *exercer*. 2014;25(114):p.148- 157.
17. Marquant J. Les consultations pour renouvellement d'ordonnance en médecine générale : étude descriptive des éléments de consultations associés au motif « renouvellement d'ordonnance » à partir des données de l'étude ECOGEN. Thèse de doctorat en médecine. Lille : Université Lille 2 droit et santé;2014.
18. Wonca Europe. La définition européenne de la médecine générale-médecine de famille. [Internet]. 2002 ; Disponible sur: http://www.snemg.fr/IMG/pdf/Definition_Europeenne_de_la_Medecine_Generale_Wonca_Europe_2002.pdf
19. Amar E, Pereira C, Delbosc A. Les prescriptions des médecins généralistes et leurs déterminants. *DREES Etudes et résultats*. nov 2005;(440):12p.
20. Clerc P, Le Breton J, Mousques J, Hebbretch G, De Pourville G. Les enjeux du traitement médicamenteux des patients atteints de polyopathologies: Résultats de l'étude expérimentale Polychrome. *Quest Déconomie Santé*. 2010;(156):1-6.
21. Monégat M, Sermet C. La polymédication : définitions, mesures et enjeux. déc 2014;(204). Disponible sur: <http://www.irdes.fr/recherche/questions-d-economie-de-la-sante/204-la-polymedication-definitions-mesures-et-enjeux.pdf>
22. Jorgensen T. et al. Prescription drug use among ambulatory elderly in swedish municipality. *Ann Pharmacother*. 1993;27(9):p.1120-1125.
23. Insee - Définitions et méthodes - Nomenclature des Professions et Catégories Socioprofessionnelles (PCS) [Internet]. Disponible sur: <http://www.insee.fr/fr/methodes/?page=nomenclatures/pcs2003/pcs2003.htm>
24. Classification internationale des soins primaires (CISP) — Wikipédia [Internet]. Disponible sur: [http://fr.wikipedia.org/wiki/Classification_internationale_des_soins_primaires_\(CISP\)](http://fr.wikipedia.org/wiki/Classification_internationale_des_soins_primaires_(CISP))
25. Classification Anatomique, Thérapeutique et Chimique [Internet]. *vidal*. Disponible sur: <http://www.vidal.fr/classifications/atc/>
26. Arborio A-M, Fournier P. L'enquête et ses méthodes : l'observation directe. 3^{ème} édition, Armand Collin Ed.2005;128p.
27. Bouton C, Leroy O, Huez J-F, Bellanger W, Ramond-Roquin A. Représentativité des médecins généralistes maîtres de stage universitaires. *Santé Publique*. 2015;27(1):59- 67.

28. Rault J-F, Le Breton G. Atlas de la démographie médicale en France-conseil national de l'ordre des médecins [Internet]. 2014. Disponible sur: http://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/atlas_2014.pdf
29. Bedell S, Jabbour S, Goldberg R, Glaser H, Gobble S, Young-Xu Y. Discrepancies in the use of medications : their extent and predictors in an outpatient practice. *Arch intern Med.* jul 2000;160(14):2129- 2134.
30. ANSM. Les anticoagulants en France en 2014 : état des lieux, synthèse et surveillance. ANSM;2014.
31. ANSM. Etats des lieux de la consommation de benzodiazépines en France. ANSM;2013.
32. ANSM. Etat des lieux de l'utilisation de la lévothyroxine en France. ANSM;2013.
33. Allonier C, Guillaume S, Sermet C. De quoi souffre-t-on ? Etat des lieux des maladies déclarées en France. Enquête décennale santé 2002-2003. IRDES. Questions d'économie de la santé. juin 2007;(123):1-6.
34. Auvray L, Dumesnil S, Le Fur P. Santé, soins et protection sociale en 2000. IRDES;2001. Rapport No.: 508.
35. Coulomb A, Baumelou A. Situation de l'automédication en France et perspectives d'évolution. Ministère de la santé et de la protection sociale; 2007. 32 p.
36. Bocognano A, Dumesnil S, Frérot L, Le Fur P, Sermet C. Santé, soins et protection sociale en 1998. IRDES;1999. Rapport No.: 487.
37. Collin J. Observance et fonctions symboliques du médicament. *Gérontologie Société.* 2002;103(4):141.
38. Fainzang S. L'automédication ou Les mirages de l'autonomie. Paris: Presses universitaires de France; 2012.
39. Russo M. Servez-vous. *Rev Prescrire.* avr 2014;34(366):310.
40. Beauchamp TL, Childress JF. Principles of biomedical ethics. 6th ed. New York: Oxford University Press; 2009. 417 p.
41. Art. L1111-4 al.1 du CSP.
42. Hannay DR. The « iceberg » of illness and « trivial » consultations. *J R Coll Gen Pract.* sept 1980;30(218):551-554.
43. Fainzang S. Transmission et circulation des savoirs sur les médicaments dans la relation médecin-malade. *Médicam Au Coeur Socialité Contemp Regards Croisés Sur Un Obj Complexe.* 2006;267- 279.
44. Freidson E. La Profession médicale. Paris: Payot; 1984.
45. Jolliet P. Automédication. *Rev Prat.* 30 sept 2004;(14):1609- 1613.

46. Dumesnil S, Grandfils N, Le Fur P, Mizrahi A, Mizrahi A. Santé, soins et protection sociale en 1996. IRDES;1997. N°467.
47. Castel R. Les métamorphoses de la question sociale : une chronique du salariat. Fayard; 1995.
48. Observatoire de la médecine générale, classement des 50 résultats de consultations les plus fréquents. [Internet]. 2009. Disponible sur: <http://omg.sfm.org/content/donnees/top25.php?sid=1d69e719121d9f7b5b22591023>
49. ANSM. Rapport d'expertise de l'Agence : Etat des lieux de la consommation de benzodiazépines en France. 2012.
50. Haxaire C. « Calmer les nerfs » : automédication, observance et dépendance à l'égard des médicaments psychotropes. *Sci Soc Santé*. 2002;20(1):63 - 88.
51. Laure P. Investigation on self-medication: from disease to performance. *Thérapie*. avr 1998;53(2):127-135.
52. 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 de doctorat en médecine. Nantes: Université de Nantes; 2013.
53. Bordenave H, Despas F, Sommet A, Montastruc J-L. Composition des armoires à pharmacie familiales : échantillon de 207 foyers de la région Aquitaine. *Thérapie*. mars 2012;67(2):137-143.
54. 13ème baromètre AFIPA 2014 [Internet]. Disponible sur: http://www.afipa.org/fichiers/20150218170549_200115__DP__Barometre_Afipa_marche_du_selfcare_2014.pdf
55. Jouanin S. Fréquence et analyse des demandes de fin de consultation en médecine générale. Thèse de doctorat en médecine. Lyon: Université Claude Bernard; 2006.
56. Levasseur G, Schweyer FX. Les demandes des patients jugées « non fondées » par les médecins. *La Revue du Praticien - Médecine générale*. 24 févr 2003;603:246-250.
57. Galam E. Oser dire « non » avec sérénité. *La Revue du Praticien - Médecine Générale*. 20 nov 2007;788:1079-1080.
58. Bradley cp. Factors which influence the decision whether or not to prescribe : the dilemma facing general practitioners. *Br J Gen Pract*. nov 1992;42(364):454-458.
59. Arzur J. le refus de prescription. Thèse de doctorat en médecine. Caen : Université de Caen; 2011.
60. OMS-Europe. Education thérapeutique du patient: programmes de formation continue pour professionnels de soins dans le domaine de la prévention des maladies chroniques: recommandations d'un groupe de travail de l'OMS [Internet]. 1996. Disponible sur: <http://apps.who.int/iris/handle/10665/107997>

61. Jamouille M. Quaternary prevention, an answer of family doctors to overmedicalization. *Int J Health Policy Manag.* 4 févr 2015;4(2):61-64.
62. Lelong T. Quel est le recours aux médecins correspondants spécialistes lors des consultations de médecine générale? Thèse de doctorat en médecine. Dijon: Université de Bourgogne; 2013.

Annexe 2 : Tableau comparatif des caractéristiques des patients entre les 2 phases de recueil.

		Vague1	Vague 2	p
		Effectifs (%)	Effectifs (%)	
Sexe patient	Homme	363 (42)	230 (44,2)	0,43
	Femme	502 (58)	291 (55,8)	
Age patient	<45 ans	157 (18,3)	57 (11)	
	45-54 ans	118 (13,8)	62 (12)	
	55-64 ans	166 (19,4)	121 (23,4)	
	65-74 ans	204 (23,8)	127 (24,6)	
	> ou = à 75 ans	212 (24,7)	150 (29)	
Patient en ALD	Oui	341 (41,1)	242 (49,4)	<0,01
	Non	489 (58,9)	248 (50,6)	
Profession du patient selon code Insee	1	6 (0,7)	8 (1,6)	
	2	32 (4)	20 (3,9)	
	3	28 (3,5)	16 (3,1)	
	4	54 (6,7)	34 (6,7)	
	5	107 (13,3)	61 (12)	
	6	20 (2,5)	15 (2,9)	
	7	491 (60,8)	327 (64,1)	
	8	69 (8,5)	29 (5,7)	
Demande médicamenteuse	Oui	186 (21,5)	92 (17,7)	0,08
	Non	679 (78,5)	429 (83,2)	
Nombre d'enquêteurs		24	23	
Nombre de praticiens		70	64	
Nombre de questionnaires		865 (62,4)	521 (37,6)	

SERMENT MEDICAL

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

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

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

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

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

Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçue à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

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

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

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

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

TITRE DE LA THESE : Les demandes de prescriptions supplémentaires au cours des consultations de renouvellement. Enquête par observation directe auprès de médecins généralistes de Loire-Atlantique et Vendée.

RESUME

Contexte : L'automédication semble actuellement en progression. La consultation de renouvellement d'ordonnance, dans le cadre du suivi et de l'évaluation des traitements chroniques, est un motif de consultation fréquent en médecine générale (21% des consultations). Est-elle un moment propice durant lequel les patients demandent à leur médecin des prescriptions supplémentaires leur permettant de s'automédiquer ?

Méthodes : Une enquête par observation directe non participante a été réalisée par 47 externes en stage auprès de 90 médecins généralistes de Loire-Atlantique et Vendée en mai/juin 2013 et juin 2014.

Résultats : L'analyse a porté sur 1386 rencontres de soins (57,2% de femmes, 62,5% de retraités, âge moyen 62,5 ans). Une consultation de renouvellement sur cinq a fait l'objet d'une demande médicamenteuse supplémentaire de la part du patient. Les femmes de moins de 40 ans ($p=0,03$), les ouvriers et les employés formulaient davantage de demandes médicamenteuses supplémentaires. Les antalgiques représentaient le quart de l'ensemble des demandes. Les autres demandes concernaient les champs digestif, cutané, locomoteur et psychologique. 57% des molécules demandées étaient « à prescription médicale obligatoire ». Le praticien avait une réponse positive à la demande du patient dans neuf consultations sur dix. Des conseils étaient délivrés au patient dans deux consultations sur trois.

Conclusion : Les demandes de prescriptions médicamenteuses supplémentaires sont fréquentes lors des consultations de suivi en soins primaires. L'automédication semble s'affirmer côté patient et se légitimer côté médecin.

MOTS-CLES

Médecine générale, automédication, consultation de suivi, renouvellement d'ordonnance