

## Faculté de Médecine

Année 2019

Thèse N°

### Thèse pour le diplôme d'État de docteur en Médecine

Présentée et soutenue publiquement

le 20 novembre 2019

Par Alexandre Lachartre

Né le 1er décembre 1986 à Bergerac

### Étude de l'auto-prescription chez les internes de Médecine Générale à Limoges en 2016

Thèse dirigée par Mme le Dr Karen RUDELLE

Examineurs :

M. le Professeur Michel DRUET-CABANAC

Mme le Professeur Marie Laure LAROCHE

M. le Professeur Philippe NUBUKPO

M. le Docteur Gaëtan HOUDARD

Mme le Docteur Liliane CHASSAC-GEROUARD

Président du jury

Juge

Juge

Juge

Membre invité





## Faculté de Médecine

Année 2019

Thèse N°

### Thèse pour le diplôme d'État de docteur en Médecine

Présentée et soutenue publiquement

Le 20 novembre 2019

Par Alexandre Lachartre

Né le 1er décembre 1986 à Bergerac

### Étude de l'auto-prescription chez les internes de Médecine Générale à Limoges en 2016

Thèse dirigée par Mme le Dr Karen RUDELLE

Examineurs :

M. le Professeur Michel DRUET-CABANAC

Mme le Professeur Marie Laure LAROCHE

M. le Professeur Philippe NUBUKPO

M. le Docteur Gaëtan HOUDARD

Mme le Docteur Liliane CHASSAC-GEROUARD

Président du jury

Juge

Juge

Juge

Membre invité



## Professeurs des Universités - praticiens hospitaliers

---

Le 01 octobre 2019

DOYEN DE LA FACULTE : Monsieur le Professeur **Pierre-Yves ROBERT**

ASSEESSEURS :  
Madame le Professeur **Marie-Cécile PLOY**  
Monsieur le Professeur **Jacques MONTEIL**  
Monsieur le Professeur **Philippe BERTIN**

### PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS :

<b>ABOYANS</b> Victor (CS)	CARDIOLOGIE
<b>ACHARD</b> Jean-Michel	PHYSIOLOGIE
<b>ALAIN</b> Sophie	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE
<b>ARCHAMBEAUD</b> Françoise (SURNOMBRE jusqu'au 31-08-2020)	MEDECINE INTERNE
<b>AUBARD</b> Yves (CS)	GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE
<b>AUBRY</b> Karine (CS)	O.R.L.
<b>BEDANE</b> Christophe (CS)	DERMATOLOGIE-VENEREOLOGIE
<b>BERTIN</b> Philippe (CS)	THERAPEUTIQUE
<b>BORDESSOULE</b> Dominique (SURNOMBRE jusqu'au 31-08-2020)	HEMATOLOGIE
<b>CAIRE</b> François (CS)	NEUROCHIRURGIE
<b>CHARISSOUX</b> Jean-Louis	CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE
<b>CLAVERE</b> Pierre (CS)	RADIOTHERAPIE
<b>CLEMENT</b> Jean-Pierre (CS)	PSYCHIATRIE D'ADULTES

<b>COGNE</b> Michel (CS)	IMMUNOLOGIE
<b>CORNU</b> Elisabeth	CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIO- VASCULAIRE
<b>COURATIER</b> Philippe (CS)	NEUROLOGIE
<b>DANTOINE</b> Thierry	GERIATRIE ET BIOLOGIE DU VIEILLISSEMENT
<b>(en disponibilité jusqu'au 31-12-2019)</b>	
<b>DARDE</b> Marie-Laure (CS)	PARASITOLOGIE et MYCOLOGIE
<b>DAVIET</b> Jean-Christophe	MEDECINE PHYSIQUE et de READAPTATION
<b>DESCAZEAUD</b> Aurélien (CS)	UROLOGIE
<b>DES GUETZ</b> Gaëtan	CANCEROLOGIE
<b>DESSPORT</b> Jean-Claude	NUTRITION
<b>DRUET-CABANAC</b> Michel (CS)	MEDECINE ET SANTE AU TRAVAIL
<b>DURAND-FONTANIER</b> Sylvaine	ANATOMIE (CHIRURGIE DIGESTIVE)
<b>ESSIG</b> Marie	NEPHROLOGIE
<b>FAUCHAIS</b> Anne-Laure (CS)	MEDECINE INTERNE
<b>FAUCHER</b> Jean-François (CS )	MALADIES INFECTIEUSES
<b>FAVREAU</b> Frédéric	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE
<b>FEUILLARD</b> Jean (CS)	HEMATOLOGIE
<b>FOURCADE</b> Laurent (CS )	CHIRURGIE INFANTILE

<b>GAUTHIER</b> Tristan	GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE
<b>GUIGONIS</b> Vincent	PEDIATRIE
<b>JACCARD</b> Arnaud (CS)	HEMATOLOGIE
<b>JAUBERTEAU-MARCHAN</b> M. Odile	IMMUNOLOGIE
<b>LABROUSSE</b> François  (CS)	ANATOMIE et CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES
<b>LACROIX</b> Philippe	MEDECINE VASCULAIRE
<b>LAROCHE</b> Marie-Laure	PHARMACOLOGIE CLINIQUE
<b>LIENHARDT-ROUSSIE</b> Anne (CS)	PEDIATRIE
<b>LOUSTAUD-RATTI</b> Véronique	HEPATOLOGIE
<b>LY</b> Kim	MEDECINE INTERNE
<b>MABIT</b> Christian (CS CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE)	ANATOMIE
<b>MAGY</b> Laurent	NEUROLOGIE
<b>MARIN</b> Benoît	EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE de la SANTE et PREVENTION
<i>(en détachement jusqu'au 04-11-2020)</i>	
<b>MARQUET</b> Pierre (CS)	PHARMACOLOGIE FONDAMENTALE
<b>MATHONNET</b> Muriel	CHIRURGIE DIGESTIVE
<b>MELLONI</b> Boris (CS)	PNEUMOLOGIE
<b>MOHTY</b> Dania <i>(en disponibilité jusqu'au 14-02-2021)</i>	CARDIOLOGIE
<b>MONTEIL</b> Jacques (CS)	BIOPHYSIQUE ET MEDECINE NUCLEAIRE

<b>MOUNAYER</b> Charbel (C.S.)	RADIOLOGIE et IMAGERIE MEDICALE
<b>NATHAN-DENIZOT</b> Nathalie (CS)	ANESTHESIOLOGIE-REANIMATION
<b>NUBUKPO</b> Philippe	ADDICTOLOGIE
<b>OLLIAC</b> Bertrand	PEDOPSYCHIATRIE
<b>PARAF</b> François (CS)	MEDECINE LEGALE et DROIT de la SANTE
<b>PLOY</b> Marie-Cécile (CS)	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE
<b>PREUX</b> Pierre-Marie	EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE DE LA SANTE ET PREVENTION
<b>ROBERT</b> Pierre-Yves (CS)	OPHTALMOLOGIE
<b>ROUCHAUD</b> Aymeric	RADIOLOGIE et IMAGERIE MEDICALE
<b>SALLE</b> Jean-Yves (CS)	MEDECINE PHYSIQUE ET DE READAPTATION
<b>SAUTEREAU</b> Denis (CS) (SURNOMBRE jusqu'au 31-08-2020)	GASTRO-ENTEROLOGIE ; HEPATOLOGIE
<b>STURTZ</b> Franck (CS)	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE
<b>TCHALLA</b> Achille	GERIATRIE ET BIOLOGIE DU VIEILLISSEMENT
<b>TEISSIER-CLEMENT</b> Marie-Pierre	ENDOCRINOLOGIE , DIABETE ET MALADIES METABOLIQUES
<b>TOURE</b> Fatouma (CS)	NEPHROLOGIE
<b>VALLEIX</b> Denis (CS)	ANATOMIE CHIRURGIE GENERALE
<b>VERGNENEGRE</b> Alain (CS) (faisant fonction de CS en CANCEROLOGIE)	EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE DE LA SANTE et PREVENTION
<b>VERGNE-SALLE</b> Pascale	THERAPEUTIQUE
<b>VIGNON</b> Philippe (CS)	REANIMATION

**VINCENT** François  
(CS)

PHYSIOLOGIE

**YARDIN** Catherine  
(CS)

CYTOLOGIE ET HISTOLOGIE

**PROFESSEUR ASSOCIE DES UNIVERSITES à MI-TEMPS DES DISCIPLINES MEDICALES**

**BRIE** Joël (du 01-09-2019 au 31-08-2020)  
STOMATOLOGIE

CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE et

**KARAM** Henri-Hani (du 01-09-2019 au 31-08-2020) MEDECINE D'URGENCE

**MOREAU** Stéphane (du 01-09-2019 au 31-08-2020) EPIDEMIOLOGIE CLINIQUE

**MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS**

**AJZENBERG** Daniel

PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE

**BALLOUHEY** Quentin

CHIRURGIE INFANTILE

**BARRAUD** Olivier

BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE

**BEN AHMED** Sabrina

CHIRURGIE VASCULAIRE

**BOURTHOUMIEU** Sylvie

CYTOLOGIE et HISTOLOGIE

**BOUTEILLE** Bernard

PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE

**COUVE-DEACON** Elodie

BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE

**DUCHESNE** Mathilde

ANATOMIE PATHOLOGIE

**DURAND** Karine

BIOLOGIE CELLULAIRE

**ESCLAIRE** Françoise

BIOLOGIE CELLULAIRE

**HANTZ** Sébastien

BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE

**JACQUES** Jérémie

GASTRO-ENTEROLOGIE ;  
HEPATOLOGIE

**JESUS** Pierre

NUTRITION

<b>LE GUYADER</b> Alexandre	CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIO-VASCULAIRE
<b>LERAT</b> Justine	O.R.L.
<b>LIA</b> Anne-Sophie	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE
<b>RIZZO</b> David	HEMATOLOGIE
<b>TERRO</b> Faraj	BIOLOGIE CELLULAIRE
<b>WOILLARD</b> Jean-Baptiste	PHARMACOLOGIE FONDAMENTALE

### **P.R.A.G**

<b>GAUTIER</b> Sylvie	ANGLAIS
-----------------------	---------

### **PROFESSEUR DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE**

**DUMOITIER** Nathalie (Responsable du département de Médecine Générale)

### **MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE A MI-TEMPS DE MEDECINE GENERALE**

**HOUDARD** Gaëtan (du 01-09-2019 au 31-08-2022)

**LAUCHET** Nadège (du 01-09-2017 au 31-08-2020)

**PAUTOUT-GUILLAUME** Marie-Paule (du 01-09-2018 au 31-08-2021)

### **PROFESSEURS EMERITES**

**ALDIGIER** Jean-Claude du 01-09-2018 au 31-08-2020

**BESSEDE** Jean-Pierre du 01-09-2018 au 31-08-2020

**BUCHON** Daniel du 01-09-2019 au 31-08-2021

<b>MERLE</b> Louis	du 01-09-2019 au 31-08-2020
<b>MOREAU</b> Jean-Jacques	du 01-09-2019 au 31-08-2020
<b>TREVES</b> Richard	du 01-09-2019 au 31-08-2021
<b>TUBIANA-MATHIEU</b> Nicole	du 01-09-2018 au 31-08-2020
<b>VALLAT</b> Jean-Michel	du 01-09-2019 au 31-08-2020
<b>VIROT</b> Patrice	du 01-09-2019 au 31-08-2020

## **Assistants Hospitaliers Universitaires – Chefs de Clinique**

---

Le 1<sup>er</sup> novembre 2018

### **ASSISTANTS HOSPITALIERS UNIVERSITAIRES**

<b>AUDITEAU</b> Emilie	EPIDEMIOLOGIE (CEBIMER)
<b>BAUDRIER</b> Fabien	ANESTHESIOLOGIE-REANIMATION
<b>CHARISSOUX</b> Aurélie	ANATOMIE et CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES
<b>DAURIAT</b> Benjamin	HISTOLOGIE, EMBRIOLOGIE ET CYTOGENETIQUE
<b>DERBAL</b> Sophiane	CHIRURGIE ANATOMIE
<b>DOUCHEZ</b> Marie	ANESTHESIOLOGIE-REANIMATION
<b>DUCHESNE</b> Mathilde	ANATOMIE et CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES
<b>FAYE</b> Piere-Antoine	BIOCHIMIE et BIOLOGIE MOLECULAIRE
<b>HUMMEL</b> Marie	ANESTHESIOLOGIE-REANIMATION
<b>KONG</b> Mélody	ANESTHESIOLOGIE-REANIMATION
<b>MARQUET</b> Valentine	HISTOLOGIE, EMBRYOLOGIE et CYTOGENETIQUE
<b>PIHAN</b> Franck	ANESTHESIOLOGIE-REANIMATION
<b>RIVAILLE</b> Thibaud	CHIRURGIE-ANATOMIE
<b>TALLA</b> Perrine	BIOLOGIE CELLULAIRE
<b>TCHU HOI NGNO</b> Princia	BIOPHYSIQUE ET MEDECINE NUCLEAIRE

### **CHEFS DE CLINIQUE - ASSISTANTS DES HOPITAUX**

<b>ARMENDARIZ-BARRIGA</b> Matéo	CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE
<b>AUBLANC</b> Mathilde	GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE
<b>AZAÏS</b> Julie	MEDECINE INTERNE A
<b>BAUDONNET</b> Romain	OPHTALMOLOGIE
<b>BEEHARRY</b> Adil	CARDIOLOGIE

<b>BLOSSIER</b> Jean-David	CHIRURGIE THORACIQUE et CARDIOVASCULAIRE
<b>BOSETTI</b> Anaïs	GERIATRIE et BIOLOGIE du VIEILLISSEMENT
<b>BOUSQUET</b> Pauline	PEDIATRIE
<b>CHAMPIGNY</b> Marie-Alexandrine	PEDIATRIE
<b>CHRISTOU</b> Niki	CHIRURGIE DIGESTIVE
<b>COLOMBIÉ</b> Stéphanie	MEDECINE INTERNE A
<b>COMPAGNAT</b> Maxence	MEDECINE PHYSIQUE et de READAPTATION
<b>DARNIS</b> Natacha	PEDOPSYCHIATRIE
<b>DE POUILLY-LACHATRE</b> Anaïs	RHUMATOLOGIE
<b>DIDOT</b> Valérian	CARDIOLOGIE
<b>EL OUAFI</b> Zhou	NEPHROLOGIE
<b>EVARD</b> Bruno	REANIMATION
<b>FAURE</b> Bertrand	PSYCHIATRIE d'ADULTES
<b>FAYEMENDY</b> Charlotte	RADIOLOGIE et IMAGERIE MEDICALE
<b>FROGET</b> Rachel	CENTRE D'INVESTIGATION CLINIQUE (pédiatrie)
<b>GHANEM</b> Khaled	ORL
<b>GEYL</b> Sophie	GASTROENTEROLOGIE
<b>GOUDELIN</b> Marine	REANIMATION
<b>GUTIEREZ</b> Blandine	MALADIES INFECTIEUSES
<b>HARDY</b> Jérémy	CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE
<b>KRETZSCHMAR</b> Tristan	PSYCHIATRE d'ADULTES
<b>LACOSTE</b> Marie	MALADIES INFECTIEUSES
<b>LAFON</b> Thomas	MEDECINE d'URGENCE
<b>LAHMADI</b> Sanae	NEUROLOGIE
<b>LEGROS</b> Maxime	GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE

<b>LEHMANN</b> Lauriane	GASTROENTEROLOGIE
<b>MARGUERITTE</b> François	GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE
<b>MARTINS</b> Elie	CARDIOLOGIE
<b>MICLE</b> Liviu-Ionut	CHIRURGIE INFANTILE
<b>MOWENDABEKA</b> Audrey	PEDIATRIE
<b>ORLIAC</b> Hélène	RADIOTHERAPIE
<b>ORSONI</b> Xavier	UROLOGIE
<b>PLAS</b> Camille	MEDECINE INTERNE B
<b>PRUD'HOMME</b> Romain	DERMATOLOGIE-VENEREOLOGIE
<b>QUILBE</b> Sébastien	OPHTALMOLOGIE
<b>ROUCHAUD</b> Aymeric	RADIOLOGIE et IMAGERIE MEDICALE (NRI)
<b>SALLE</b> Henri	NEUROCHIRURGIE
<b>SANGLIER</b> Florian	RADIOLOGIE et IMAGERIE MEDICALE
<b>SIMONNEAU</b> Yannick	PNEUMOLOGIE
<b>TRICARD</b> Jérémy	CHIRURGIE THORACIQUE et CARDIOVASCULAIRE MEDECINE VASCULAIRE
<b>VAIDIE</b> Julien	HEMATOLOGIE CLINIQUE

**CHEF DE CLINIQUE ASSOCIE**

<b>VITALE</b> Gaetano	CHIRURGIE THORACIQUE et CARDIOVASCULAIRE MEDECINE VASCULAIRE
-----------------------	--

**CHEF DE CLINIQUE – MEDECINE GENERALE**

**CARLESSO-CROUZIL** Olivia

**SEVE** Léa

**CHEF DE CLINIQUE ASSOCIE – MEDECINE GENERALE**

**RUDELLE** Karen

**PRATICIEN HOSPITALIER UNIVERSITAIRE**

**LERAT** Justine

O.R.L. (du 1er mai 2016 au 31 octobre 2020)

**MATHIEU** Pierre-Alain

CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE et  
TRAUMATOLOGIQUE  
(du 1er mai 2016 au 31 octobre 2020)

## Remerciements

---

*A Monsieur le Professeur Michel DRUET-CABANAC,*  
Professeur Universitaire en Médecine et Santé au travail à la Faculté de Médecine de Limoges.

Vous me faites l'honneur de présider ce jury. Veuillez recevoir l'expression de ma plus grande reconnaissance et de mon profond respect.

*A Monsieur le Professeur Philippe NUBUKPO,*  
Professeur Universitaire en Addictologie à la Faculté de médecine de Limoges.

Je vous remercie de me faire l'honneur de juger ce travail. Soyez assuré de ma considération la plus sincère.

*A Madame le Professeur Marie Laure LAROCHE,*  
Professeur Universitaire en Pharmacologie Clinique à la Faculté de Médecine de Limoges.

Je vous remercie de l'honneur que vous me faites en jugeant ce travail. Croyez en ma reconnaissance la plus sincère.

*A Monsieur le Docteur Gaëtan HOUDARD,*  
Maître de Conférence Associé de Médecine Générale à la Faculté de Médecine de Limoges.

Merci de me faire l'honneur et d'avoir accepté de juger ce travail. Je suis sincèrement reconnaissant de votre implication rigoureuse et bienveillante dans la formation des internes de Médecine Générale.

*A Madame le Docteur Liliane CHASSAC GEROUARD,*  
Maître de Stage Universitaire de Médecine Générale à la Faculté de Médecine de Limoges.

Merci de m'honorer de ta présence dans ce jury et de juger ce travail. Je suis infiniment reconnaissant de ton accueil dans ton cabinet en tant qu'interne puis en tant que remplaçant. La formation que tu m'as transmise m'est précieuse. Ta rigueur et ton humanité sont des qualités qui me servent de modèle.

*A Madame le Docteur Karen RUDELLE,*  
Chef de Clinique Associée de Médecine Générale à la Faculté de Médecine de Limoges

Merci d'avoir dirigé ce travail avec patience, de m'avoir guidé dans ce projet et du temps accordé. Je suis profondément reconnaissant de ton soutien, de ton attention et de ton implication.

## Remerciements

---

*A ma mère*, pour ton incroyable soutien au quotidien et ta patience depuis tant d'années. Merci d'être là pour m'aider, m'écouter et parfois me reconforter. Je te suis profondément reconnaissant.

*A mon père*, pour tes encouragements et tes conseils. Merci de m'avoir transmis l'envie de faire de la médecine générale.

*A mon frère*, dont je suis très fier. Pour ton anglais parfait, et pour nos courses sur les pistes de ski. Merci de m'avoir soutenu depuis si longtemps et spécialement sur la fin.

*A mes grands-parents*, pour leur soutien bienveillant et leurs attentions au fil des années.

*A mes tantes, mes oncles et mes cousines*, danke das ich so viele Jahre meine Ferien bei euch verbringen durfte. Diese Erinnerungen sind wertvoll, deshalb zählen sie für mich und haben mich verändert.

*A Yves*, merci infiniment d'être là au quotidien, et surtout de me soutenir avec tellement de gentillesse et de bienveillance. Merci pour nos voyages qui sont autant de souvenirs précieux et qui comptent beaucoup pour moi. (J'espère simplement que le Chili ne va pas entrer en guerre civile). Merci de tout ce que tu m'apportes. *A ta famille, Geneviève, tes sœurs* et spécialement *Lucile et Camille* pour leur gentillesse.

*Au Dr Claire Dessoudeix et à sa famille*, pour ton accueil, ton écoute et nos « pauses ». Je suis très heureux et très fier d'avoir travaillé avec toi. Je n'ai pas eu la chance d'être ton interne, mais tu as beaucoup contribué à ma formation. Je suis vraiment reconnaissant de tout ce que tu m'as apporté. Mais surtout... merci à l'incroyable *Louis* pour sa bonne humeur!

*A Martine*, tu m'as soutenu dès mon premier jour à Limoges. Merci infiniment pour ton accueil, et tes bons petits plats. D'abord simple voisine, tu occupes désormais une place très particulière dans mon cœur.

*A Joelle*, pour ta joie de vivre et pour nos moments passés à discuter. Merci pour ton soutien qui compte beaucoup pour moi.

*A Christophe Gerouard et sa famille*, pour l'accueil chaleureux à Oradour Sur Vayres et les repas partagés ensemble à discuter de nos aventures! Je vous souhaite encore de nombreux et beaux voyages!

*A Nadine*, pour ta gentillesse et ta douceur à mon égard. Pour toutes tes attentions (notamment tes gâteaux incroyables) qui m'ont beaucoup touchées.

*A Jean-François Lagorce*, pour ton humanité et ton accueil. Merci d'avoir relu mes ordonnances avec attention et bienveillance.

*A Vanessa, pour ton accueil et nos soirées télé. Merci de m'avoir épaulé en stage (ou bien c'est l'inverse ? J'ai entendu dire que j'étais une « glue ») et de tout ce que tu m'as apporté. Notre amitié m'est très chère et je suis très fier de te connaître. A Émilie, merci pour ta gentillesse, je suis sûr que tu feras une formidable infirmière (tu es très bien épaulée...)*

*Aux Docteurs Caroline Chambon et Jean-Jacques Perceval, pour avoir contribué à ma formation et pour m'avoir transmis vos qualités humaines et professionnelles. Je suis très fier d'avoir terminé mon internat au sein de votre service mais surtout je suis très touché par la considération et la confiance que vous avez eu à mon égard.*

*Au Docteur Jean Luc Sapelier et à son épouse Catherine, pour leur bienveillance. Merci d'avoir enrichi ma formation par votre expérience, et de m'avoir encadré avec patience. (merci à Catherine d'avoir relu chacune de mes ordonnances avec rigueur)*

*A toute l'équipe du SSR de La Souterraine, Aux secrétaires du Dr Perceval, Joëlle et Chantal, merci pour l'incroyable accueil.*

*Au Docteur Olivier, son épouse et sa famille, merci infiniment pour l'accueil chaleureux à Bersac. J'y ai découvert une médecine rurale passionnante, attachante et riche en couleurs. Je suis très reconnaissant des remplacements que vous m'avez accordés, dont l'expérience acquise m'est très chère.*

*Au Docteur Rochette, pour ton incroyable gentillesse.*

*A Pauline, d'abord co-interne puis colloc... Merci pour tous les moments partagés ensemble.*

*A mes amis et co-internes, et spécialement à Marie et Mélanie, Julien G (pour tous les moments formidables à l'entrepôt), Léa, Hélène, Guillaume (et Aude)...*

## Droits d'auteurs

---

Cette création est mise à disposition selon le Contrat :

« **Attribution-Pas d'Utilisation Commerciale-Pas de modification 3.0 France** »

disponible en ligne : <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/fr/>



## Table des matières

---

Abréviations.....	25
Introduction.....	26
1. Généralités.....	27
1.1. Définitions.....	27
1.2. L'automédication en France et en Europe.....	28
1.3. L'auto-prescription des médecins.....	29
1.3.1. En Europe et dans le monde.....	29
1.3.2. En France.....	29
1.4. L'encadrement de l'auto-prescription dans les autres pays.....	30
1.5. La santé des jeunes médecins.....	30
1.5.1. L'accès aux soins des internes en médecine.....	31
1.5.1.1 Le médecin traitant.....	31
1.5.1.2 Les Services Universitaires de Médecine Préventive et de Promotion de la Santé.....	31
1.5.1.3 La Médecine du Travail.....	31
1.5.1.4 L'auto-prescription des internes en France.....	32
1.5.2. Le temps de travail.....	33
1.6. Les déterminants à la prescription d'un médicament.....	33
1.7. Les déterminants à l'auto-prescription.....	34
1.8. Risques identifiés de l'auto-prescription.....	34
1.8.1. La iatrogénie.....	34
1.8.2. Le retard de prise en charge.....	35
1.8.3. Le manque d'objectivité.....	35
1.9. Les structures d'aide aux médecins en Limousin.....	35
1.10. Les spécificités des internes.....	36
1.11. L'auto-prescription des internes en Médecine Générale du Limousin.....	37
2. Matériel et méthode.....	39
2.1. Matériel.....	39
2.1.1. Type d'étude.....	39
2.1.2. Population.....	39
2.1.3. Le recrutement.....	39
2.2. Méthode.....	39
2.2.1. Le questionnaire.....	39
2.2.2. Contenu.....	40
2.2.3. Saisie et analyse statistique.....	40
2.2.4. Bibliographie.....	40
3. Résultats.....	41
3.1. Caractéristique démographiques et profils des internes.....	41
3.1.1. Diagramme de flux.....	41
3.1.2. Le sexe.....	42
3.1.3. L'âge.....	44
3.1.4. L'année de DES.....	45
3.1.5. Validation du stage chez le praticien.....	47
3.1.6. Déclaration d'un médecin traitant.....	49
3.1.7. Consultation chez un médecin (généraliste ou spécialiste).....	50

3.1.8. Automédication et auto-prescription .....	51
3.1.9. Suivi médical régulier avant l'internat.....	52
3.1.10. Ordonnances vierges à domicile .....	54
3.2. Caractéristiques du recours à l'auto-prescription .....	55
3.2.1. Dernière auto-prescription .....	55
3.2.2. Fréquence de l'auto-prescription.....	56
3.2.3. Classes thérapeutiques auto-prescrites dans les 12 derniers mois .....	61
3.2.4. Examens complémentaires auto-prescrits dans les 12 derniers mois .....	63
3.2.4.1 Les examens de biologie .....	64
3.2.4.2 Les examens de radiologie .....	64
3.3. Les habitudes et déterminants de l'auto-prescription .....	65
3.3.1. Principaux motifs de recours à l'auto-prescription .....	65
3.3.2. Les raisons du recours à l'auto-prescription .....	66
3.3.3. Les habitudes d'auto-prescription .....	67
3.3.3.1 Attitude thérapeutique en cas de pathologie bénigne .....	67
3.3.3.2 Les situations de recours à l'auto-prescription .....	68
3.3.3.3 Délai entre les premiers symptômes et l'auto-prescription .....	69
3.3.3.4 Influence ressentie du stage ambulatoire.....	70
3.3.3.5 Facteurs influençant l'auto-prescription.....	71
3.3.3.6 Suivi des recommandations de bonne pratique .....	72
4. Discussion .....	73
4.1. Forces et limites de l'étude.....	74
4.1.1. Les points forts de l'étude.....	74
4.1.2. Faiblesses et biais de l'étude .....	74
4.2. Discussion des résultats.....	76
4.2.1. Caractéristiques de la population .....	76
4.2.2. Le recours à l'auto-prescription .....	77
4.2.3. Influence des caractéristiques de la population sur l'auto-prescription .....	77
4.2.3.1 Caractéristiques ayant une influence significative .....	77
4.2.3.2 Caractéristiques n'ayant pas une influence significative.....	78
4.3. Discussion des caractéristiques de l'auto-prescription.....	80
4.3.1. Dernière auto-prescription et fréquence.....	80
4.3.2. Classes thérapeutiques fréquemment auto-prescrites .....	82
4.3.3. Discussion de l'auto-prescription d'examens complémentaires .....	84
4.3.3.1 Examens de biologie.....	84
4.3.3.2 Examens de radiologie .....	85
4.4. Discussion des habitudes et déterminants de l'auto-prescription .....	85
4.4.1. Concernant les motifs de l'auto-prescription .....	85
4.4.2. Concernant les raisons de l'auto-prescription .....	86
4.4.3. Discussion de l'attitude thérapeutique .....	89
4.4.4. Discussion des facteurs influençant l'auto-prescription .....	90
4.5. Questions autour de l'auto-prescription .....	91
Conclusion.....	93
Références bibliographiques .....	94
Annexes.....	98
Serment d'Hippocrate .....	105



## Table des illustrations

---

Figure 1 : Diagramme de flux.....	41
Figure 2 : Répartition des internes inscrits en 2016 selon le sexe.....	42
Figure 3 : Répartition des répondants selon le sexe .....	42
Figure 4 : Recours à l'auto-prescription en fonction du sexe .....	43
Figure 5 : Répartition en fonction de l'âge des internes .....	44
Figure 6 : Répartition des internes inscrits selon l'année de DES .....	45
Figure 7 : Répartition des internes ayant répondu au questionnaire selon l'année de DES ..	45
Figure 8 : Taux de réponse au questionnaire par année de DES.....	46
Figure 9 : Recours à l'auto-prescription selon l'année de DES.....	46
Figure 10 : Validation du stage chez le praticien.....	47
Figure 11 : Validation du stage chez le praticien en fonction de l'année de DES .....	47
Figure 12 : Recours à l'auto-prescription en fonction de la validation du stage chez le praticien .....	48
Figure 13 : Déclaration de médecin traitant.....	49
Figure 14 : Recours à l'auto-prescription selon de la déclaration de médecin traitant.....	49
Figure 15 : Consultation chez un médecin (généraliste ou spécialiste) dans les 12 derniers mois .....	50
Figure 16 : Recours à l'auto-prescription selon le nombre de consultations chez un médecin dans les 12 derniers mois .....	50
Figure 17 : Pratique de l'automédication avant de commencer l'internat.....	51
Figure 18 : Recours à l'auto-prescription en fonction de la pratique de l'automédication avant l'internat .....	51
Figure 19 : Suivi médical des internes avant l'internat .....	52
Figure 20 : Recours à l'auto-prescription selon le suivi médical des internes avant l'internat	52
Figure 21 : Automédication et suivi médical avant l'internat .....	53
Figure 22 : Ordonnances vierges à domicile .....	54
Figure 23 : Recours à l'auto-prescription en fonction de la possession d'ordonnances au domicile.....	54
Figure 24 : Recours à l'auto-prescription depuis le début de l'internat .....	55
Figure 25 : Dernière auto-prescription .....	55
Figure 26 : Fréquence du recours à l'auto-prescription.....	56
Figure 27 : Fréquence de l'auto-prescription en fonction du sexe .....	57
Figure 28 : Fréquence de l'auto-prescription en fonction de l'année de DES.....	58

Figure 29 : Fréquence de l'auto-prescription en fonction de la validation du stage ambulatoire .....	59
Figure 30 : Fréquence de l'auto-prescription en fonction de la possession d'ordonnances vierges à domicile.....	60
Figure 31 : Classes thérapeutiques auto-prescrites dans les 12 derniers mois .....	61
Figure 32 : Auto-prescription de la contraception dans les 12 derniers mois.....	62
Figure 33 : Auto-prescription d'examens complémentaires dans les 12 derniers mois .....	63
Figure 34 : Auto-prescription de bilan biologique dans les 12 derniers mois .....	64
Figure 35 : Motifs du recours à l'auto-prescription dans les 12 derniers mois.....	65
Figure 36 : Principales raisons du recours à l'auto-prescription .....	66
Figure 37 : Comportement en cas de pathologie bénigne .....	67
Figure 38 : Situations de recours à l'auto-prescription .....	68
Figure 39 : Délai entre les premiers symptômes et l'auto-prescription.....	69
Figure 40 : Influence ressentie du stage ambulatoire sur l'auto-prescription des internes ....	70
Figure 41 : Facteurs influençant l'auto-prescription.....	71
Figure 42 : Suivi des recommandations de bonne pratique.....	72

## Table des tableaux

---

Tableau 1 : Nombre d'examens de radiologie .....	64
Tableau 2 : Comparaison de l'auto-prescription de différentes populations.....	77
Tableau 3 : Comparaison des classes thérapeutiques auto-prescrites selon différentes études.....	82
Tableau 4 : Comparaison des examens de biologie .....	84
Tableau 5 : Comparaison des examens de radiologie .....	85
Tableau 6 : Tableau comparatif des raisons de l'auto-prescription.....	87

## **Abréviations**

---

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

AFSSAPS Agence française de sécurité sanitaire et des produits de santé

ANSM Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des produits de santé

CNOM Conseil National de l'Ordre des Médecins

DES Diplôme d'Étude Spécialisée

DRESS Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques

OMS Organisation Mondiale de la Santé

RPPS Répertoire Partagé des Professionnels de Santé

## Introduction

---

Historiquement, on peut dater l'apparition des premières prescriptions médicales officielles en France en 1322 lorsqu'un édit royal interdit la délivrance par un apothicaire de tout laxatif ou abortif sans l'ordonnance d'un médecin. Avec la découverte à la fin du XIX siècle des premières grandes molécules de synthèses, la diversité des spécialités prescrites s'est enrichie.

Le code de Déontologie Médicale rappelle dans l'article 8 que « dans les limites fixées par la loi et compte tenu des données acquises de la science, le médecin est libre de ses prescriptions qui seront celles qu'il estime les plus appropriées en la circonstance ». Par cette liberté, le médecin peut aussi se prescrire un traitement à lui-même selon sa propre évaluation de la pathologie (1).

Définissant l'auto-prescription, cette pratique commence à être étudiée depuis les 15 dernières années. La principale question posée par ces travaux est de savoir comment les médecins prennent en charge leur santé.

Parallèlement, la médiatisation tragique du suicide de plusieurs internes ces 10 dernières années a amené des institutions telles que la DRESS ou le Conseil National de l'Ordre des Médecins, à réaliser des études sur la prise en charge de leur santé (2,3). Le constat est édifiant : d'une part les contraintes imposées aux étudiants en médecine sont toujours plus importantes, d'autre part, leur souffrance psychique est une réalité.

Différents travaux ont montré que l'auto-prescription est une pratique courante chez les médecins généralistes dans la prise en charge de leur santé (4,5). Qu'en est-il des internes ? Cette pratique est-elle déjà présente dans cette population ?

L'objectif principal de ce travail était d'évaluer l'importance du recours à l'auto-prescription des internes de Médecine Générale à Limoges en 2016.

Les objectifs secondaires étaient de déterminer les raisons et les facteurs influençant leurs auto-prescriptions.

Tout d'abord, nous allons faire un rappel sur cette pratique en terme de législation. Nous verrons les différentes possibilités d'accès aux soins qui s'offrent aux internes et nous nous intéresserons aux différents déterminants à la prescription d'un traitement.

Dans une seconde partie, nous évoquerons la méthodologie de notre travail et les résultats obtenus. Nous aborderons les caractéristiques démographiques de notre échantillon et le recours à l'auto-prescription pour chacune d'entre elles. Nous verrons ensuite les caractéristiques de cette pratique en termes de fréquence et de classes thérapeutiques. Puis nous détaillerons les habitudes et les déterminants de l'auto-prescription.

Enfin, nous discuterons nos principaux résultats et nous les comparerons avec les études similaires réalisées sur le sujet.

# 1. Généralités

---

## 1.1. Définitions

L'OMS définit l'**automédication** par le fait qu'un individu ait recours à un médicament, de sa propre initiative ou de celle d'un proche, dans le but de soigner un symptôme ou une affection qu'il a lui-même identifié, sans avoir pris l'avis d'un professionnel de santé (6). C'est une pratique fréquente dans la population française. Une étude réalisée par l'IPSOS en 2015 montrait que 80% des français y avaient eu recours dans l'année écoulée (7). L'automédication concernait préférentiellement des pathologies ressenties comme bénignes (ORL, voies respiratoires, digestives et antalgie).

Selon l'OMS, « les médicaments destinés à l'automédication doivent pouvoir être utilisés par le patient hors contexte médical, pour le traitement de symptômes reconnus bénins par le patient lui-même » (6).

Le code de la santé publique ne reconnaît pas de spécialité d'automédication à proprement parler. Il n'y a que deux statuts possibles : les médicaments soumis à une prescription médicale (Liste I, liste II ou stupéfiants) ou non.

D'après la réglementation européenne (directive 2004/27/CE), les médicaments sont soumis à prescription médicale lorsqu'ils (8):

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

La Directive 2001/83/CE du Parlement Européen définit dans l'article 72, les médicaments non soumis à prescription médicale comme « ceux qui ne répondent pas aux critères énumérés » (9). En délivrant l'autorisation de mise sur le marché, l'autorité d'enregistrement décide alors du statut du médicament. En France, cette autorité est l'Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des Produits de Santé (ANSM).

D'après un rapport du CNOM en 2001 sur l'automédication : « l'élément déterminant la prise de médicaments sans avis médical est constitué par la connaissance de ce que le malade peut avoir des symptômes ressentis et par leur perception qui varie avec le niveau socio-culturel, sa faculté d'observation, ses connaissances ou ses antécédents » (10).

**L'auto-prescription** serait le terme le plus approprié concernant les médecins car il englobe l'usage de médicaments soumis à prescription. Cela peut être défini par le fait qu'un médecin se prescrive à lui-même une spécialité soumise à prescription médicale. Celle-ci repose seulement sur sa connaissance clinique et thérapeutique, et sur son ressenti des symptômes.

## 1.2. L'automédication en France et en Europe

D'après le baromètre annuel de 2016 réalisé par l'Association Française de l'Industrie Pharmaceutique pour une Automédication responsable (AFIPA), les ventes de médicaments disponibles en automédication entre 2015 et 2016 ont augmenté de +3,9% (11). Tandis que celles de médicaments sur prescription médicale n'ont augmenté que de 1,5%. Cela montre l'engouement des français pour le « self-care » qui globalement croit de 1,3% par an en moyenne depuis 4 ans. En 2018, l'automédication marque un temps d'arrêt dans sa progression. Les raisons évoquées sont essentiellement des freins culturels, politiques et d'organisation avec au premier plan les inquiétudes concernant un mésusage (12).

L'automédication contribuerait au fonctionnement du système de santé. En effet, lors des pics hivernaux, elle permettrait de diminuer le nombre d'actes qui auraient pu être pratiqués par les médecins généralistes. Ainsi en 2016, il a été observé une hausse de 21% des ventes de médicaments hors prescription lors du mois de décembre correspondant au pic épidémique de gastro-entérite (11).

Les 3 domaines prédominants dans les ventes en automédications sont respectivement (11):

- Les voies respiratoires : 23% du chiffre d'affaire,
- les antalgiques : 21% du chiffre d'affaire
- les voies digestives : 13,5% du chiffre d'affaire.

En matière d'automédication en 2016, la France est en dessous de la moyenne européenne. Ce marché représentait 12,9% des ventes de l'industrie pharmaceutique alors qu'en Europe, il est de 23,5% (13). Pourtant la France était l'un des pays où le prix moyen des médicaments en accès libre était le moins onéreux, 4,74€ en moyenne et 6,20€ en Europe.

Il semble qu'au niveau Européen, l'automédication soit une perspective privilégiée à l'avenir pour des raisons de prise en charge efficace et rapide de symptômes bénins. Un rapport de la commission européenne paru en 2014 explique que l'automédication est « une des pistes importante pour faire face aux défis des politiques de santé notamment en terme d'accessibilité aux soins, d'économie et de croissance démographique » (14). Ce rapport conclut que la promotion de l'automédication doit se faire en lien avec les professionnels de santé et en assurant la sécurité des médicaments accessibles sans prescription.

Le rapport du CNOM sur l'automédication datant de 2001 faisait état des risques liés à cette pratique : posologie inadaptée, iatrogénie, mésusages, interactions (10). Ils étaient la conséquence de la prise de médicaments basée uniquement sur le ressenti du patient sans examen clinique et de diagnostic précis, sans précaution thérapeutique (allergie ou grossesse par exemple) ou à de mauvaises associations.

### **1.3. L'auto-prescription des médecins**

#### **1.3.1. En Europe et dans le monde**

Une étude grecque a effectué une revue d'études internationales évaluant l'auto-prescription chez les médecins et étudiants en médecine entre 1990 et 2009. Dans les trois quarts des études incluses, plus de la moitié des répondants déclaraient avoir recours à l'auto-prescription et moins d'un sur deux avait un médecin traitant (15).

En Norvège, une étude prospective longitudinale sur 9 ans incluant des internes et des jeunes médecins révèle que la moitié d'entre eux avaient recours à l'auto-prescription dans l'année précédente(16). Les médicaments les plus prescrits étaient les antibiotiques, les contraceptifs, les antalgiques et les hypnotiques. Ce travail montre que l'auto-prescription chez les étudiants norvégiens est fréquente et commence tôt dans le cursus médical. Ainsi, à la fin de la première année d'internat, 54,2% des répondants avait eu recours à l'auto-prescription.

#### **1.3.2. En France**

En marge de l'automédication, pratique encadrée par la loi, connue et qui a tendance à augmenter en France, l'auto-prescription des médecins est un phénomène moins étudié et sans cadre législatif. Selon l'article R4127-8 du code de la Santé Publique, « le médecin est libre de ses prescriptions qui seront celles qu'il estime les plus appropriées en la circonstance»(17). Il peut se prescrire à lui-même des médicaments soumis à prescription médicale sans limitation en dehors de celles inhérentes à sa spécialité.

La thèse de C. Stepowski, qui étudiait l'auto-prescription des médecins généralistes de Haute-Normandie en 2011, a montré que 99% d'entre eux avait déjà eu recours à l'auto-prescription (n=484) (5).

Un travail de thèse réalisé en 2013 par G. Labeille a étudié l'auto-prescription des médecins généralistes en Rhône Alpes (4). Elle révèle que 69% des médecins se sont auto-déclarés comme médecin référent, et seulement 14% ont déclaré un confrère proche (n=529).

Ce travail montre que 62% des médecins avaient recours à l'auto-prescription pour s'initier à eux même un traitement régulier. Lorsque le traitement était introduit par un spécialiste, il était majoritairement reconduit par le médecin lui-même.

Les classes thérapeutiques les plus fréquemment auto-initiées en traitement de fond étaient par ordre de fréquence : les hypnotiques, les corticoïdes, les anxiolytiques, les antiulcéreux, les hypolipémiants, les antidiabétiques, les antidépresseurs, les antihypertenseurs, les THS, la contraception hormonale et les antiagrégants.

En ce qui concerne les médicaments auto-prescrits ponctuellement dans l'année écoulée, il s'agissait majoritairement des antalgiques de palier 1, des AINS, et des antibiotiques. Viennent ensuite les anxiolytiques et les myorelaxants.

L'élément qui se dégage de ce travail est que l'auto-prescription est une pratique répandue en ce qui concerne la prise en charge de pathologies bénignes, soit ORL ou gastroentérologiques mais aussi pour l'initiation d'un traitement de fond. La majorité des médecins généralistes se sont déclarés comme médecin traitant, peu ayant déclarés un confrère.

#### **1.4. L'encadrement de l'auto-prescription dans les autres pays**

L'encadrement de cette pratique reste très faible à l'échelle mondiale.

Le code de déontologie des médecins du Québec est défavorable à l'auto-prescription (18). L'article 70 dit : « Le médecin doit, sauf dans les cas d'urgence ou dans les cas qui manifestement ne présentent aucune gravité, s'abstenir de se traiter lui-même »

En Europe, il n'existe pas de législation spécifique. L'European Association for Physician Health est une association dont le rôle est de surveiller et d'encourager la prise en charge de la santé des médecins (19). Elle met en lumière une prise de conscience à l'échelle européenne du mal être des personnels médicaux. Cependant elle n'émet pas de recommandation spécifique en ce qui concerne l'auto-prescription.

En Belgique, le Conseil de l'Ordre des Médecins Belges exprime dans un avis son accord à la rédaction d'un médecin d'une prescription à lui-même (20).

Au Royaume Uni, le General Medical Council déconseille l'auto-prescription et l'encadre en demandant aux médecins d'indiquer la raison de celle-ci dans son propre dossier médical (21).

#### **1.5. La santé des jeunes médecins**

Depuis plusieurs années, la souffrance du personnel soignant à l'hôpital est mise en lumière par la médiatisation d'évènements tragiques. Auparavant tabou, la détresse morale et physique du médecin « invulnérable » devient un sujet préoccupant.

En 2016, une enquête épidémiologique descriptive nationale réalisée par le CNOM portait sur la santé des étudiants en médecine de 2<sup>ème</sup> cycle, 3<sup>ème</sup> cycle et des jeunes médecins (3). Lors de cette étude, un questionnaire a été envoyé à l'ensemble des étudiants en médecine français de cette année. Elle montre que 95% des répondants ont été exposés à des situations stressantes au travail.

Par ailleurs, elle révèle qu'un quart (24,2%) des participants estiment avoir un état de santé moyen ou mauvais. Concernant les étudiants du 3<sup>ème</sup> cycle, 23,5% déclarent avoir une santé moyenne ou mauvaise.

Le paradoxe de cette situation est que 41% des répondants ne déclaraient aucun médecin traitant et seul un tiers avait consulté la médecine du travail ou la médecine universitaire au cours des deux années précédentes.

En comparant les évaluations de l'état de santé à la déclaration de médecin traitant, on remarque que 60,1% des personnes s'estimant en bonne santé ont un médecin référent contre 53,8% pour les répondants en mauvaise santé.

A la question «au cours des deux dernières années, votre état de santé vous a-t-il contraint d'interrompre votre activité ? », un cinquième des répondants a répondu positivement (17% en 2<sup>ème</sup> cycle, 20% en 3<sup>ème</sup> cycle et 22% en fin de cursus). Concernant les arrêts maladie, 79,7% étaient liés à un trouble somatique et 20,3% étaient liés à un trouble psychique. Ainsi 16% des répondants en 2<sup>ème</sup> cycle ont déclaré avoir eu des idées suicidaires, 14% en 3<sup>ème</sup> cycle et 12% en fin de cursus.

Ces chiffres sont inquiétants et amènent à s'interroger sur les raisons de leur état de santé.

### **1.5.1. L'accès aux soins des internes en médecine**

L'étude du CNOM de 2016 soulève la problématique de l'accès aux soins. Quatre voies d'accès aux soins primaires sont identifiées pour les internes (3) :

#### **1.5.1.1 Le médecin traitant**

Le médecin de famille est un premier accès possible aux soins. Lors des 12 derniers mois, seul un quart des internes avait consulté un médecin généraliste (réfèrent ou à proximité du lieu d'étude). Mais pour différentes raisons ce recours aux soins primaires n'était pas le plus évident (3):

- le manque de temps disponible pour 41%,
- l'absence de pathologie pour 39%
- prise en charge personnelle pour 15%,

#### **1.5.1.2 Les Services Universitaires de Médecine Préventive et de Promotion de la Santé**

Le décret n° 2008-1026 du 7 octobre 2008 définit l'organisation et les missions des Services Universitaires et inter-universitaires de Médecine Préventive et de Promotion de la Santé (22). Chaque université doit ainsi assurer la protection médicale de ses étudiants par la création de ce type de structure. Elle est chargée notamment « d'effectuer au moins un examen préventif intégrant une dimension médicale, psychologique et sociale au cours des trois premières années d'études dans l'enseignement supérieur ». Elle garantit l'accès à des consultations de premier niveau (contraception, dépression, addictologie) par différents intervenants para-médicaux. Une consultation médicale y est également disponible avec la possibilité d'obtention d'une prescription médicale.

#### **1.5.1.3 La Médecine du Travail**

Le statut de l'interne au regard de la législation fait de lui un agent du Service Publique non titulaire en formation. A ce titre, il a accès à la médecine du travail et peut solliciter une consultation (23). Au début de son internat, il doit fournir un certificat médical issu d'un praticien hospitalier (qui n'est pas nécessairement un médecin du travail) attestant de son « aptitude physique et psychique aux fonctions auxquelles il postule » (24).

D'après le code du travail, les missions de la médecine du travail sont préventives (25). Cependant, elles constituent une voie d'accès aux soins primaires par la prévention et le dépistage des altérations de l'état de santé de l'interne. Par la suite, des recommandations peuvent être formulées au médecin traitant.

Pourtant le rapport du CNOM de 2016 montrait que plus l'étudiant en médecine avance dans son cursus, moins il rencontre le médecin du travail ou le médecin universitaire. Tandis qu'au cours des 2 années précédentes les étudiants de 2<sup>ème</sup> cycle étaient 47% à l'avoir vu en consultation, ils n'étaient plus que 37% en 3<sup>ème</sup> cycle et seulement 22% en fin de cursus (3).

#### **1.5.1.4 L'auto-prescription des internes en France**

Dans le cas spécifique des internes, l'auto-prescription constitue une voie alternative d'accès aux soins.

Cette pratique a été étudiée chez les internes par le rapport du CNOM en 2016 (3). La question « avez-vous eu recours à l'automédication/auto-prescription au cours des 12 derniers mois ? » évaluait la fréquence de consommation en fonction du type de spécialité thérapeutique.

Au cours des 12 derniers mois :

- 3 internes sur 4 consommaient parfois ou souvent des antalgiques de palier 1
- 17% consommaient parfois ou souvent des antalgiques de palier 2
- Moins d'1% consommaient parfois ou souvent des antalgiques de palier 3
- 12% consommaient parfois ou souvent des anxiolytiques
- 4% consommaient parfois ou souvent des antidépresseurs
- 10% consommaient parfois ou souvent des somnifères
- 16% consommaient parfois ou souvent des antibiotiques

Globalement, ce sont des spécialités thérapeutiques tels que les antalgiques de palier 1 ou 2, des antibiotiques ou des anxiolytiques qui étaient fréquemment utilisés en automédication ou auto-prescription.

### **1.5.2. Le temps de travail**

Le décret n° 2015-225 du 26 février 2015 établit que le temps de travail des internes est limité à 48h hebdomadaire (26). Il comprend 8 demi-journées de stage par semaine et 2 demi-journées de formation dont une sous la responsabilité du coordonnateur de sa spécialité et une dite « autonome » pour compléter ses connaissances et sa formation.

Pourtant l'enquête du CNOM de 2016 montre que 40% des internes ou jeunes médecins travaillent entre 48 et 60h par semaine (3).

Un parallèle sur le temps de travail des internes et l'état de santé a été réalisé. Ceux s'estimant en mauvaise santé sont 86% à travailler plus de 48h/semaine. Les répercussions du rythme de travail sont essentiellement sur la diminution de l'activité physique, la vie sociale et familiale.

### **1.6. Les déterminants à la prescription d'un médicament**

La prescription d'une thérapeutique fait appel à différents déterminants. Une étude de la DRESS datant de 2005 révèle que 80% des consultations chez un médecin aboutissent à une prescription de médicaments (27). Le nombre de spécialités prescrites varie en fonction de la pathologie (élevé pour les problèmes cardiovasculaires, affections ORL et pathologies chroniques). Cette étude montre aussi que le médecin prescrira d'avantage aux patients réguliers lors de consultations longues, ainsi qu'aux femmes et aux personnes âgées. Il apparait que le degré de certitude du diagnostic augmente le volume des prescriptions.

D'autres déterminants influent sur la prescription (16):

- La formation universitaire,
- le degré de connaissance du bon usage (recommandations nationales...) et des effets indésirables d'un médicament,
- la formation continue,
- le nombre de visiteurs médicaux reçus.

De la même manière, un travail de thèse réalisé par S. Quien en 2014 sur les déterminants de la prescription médicamenteuse en Médecine Générale à l'échelle nationale montre que les femmes, les patients de plus de 60 ans et les personnes ayant un suivi régulier consomment plus de médicaments soumis à une prescription (28). Les médecins en secteur 1 recevant les visiteurs médicaux et suivant une formation continue prescrivent aussi plus de traitements.

## 1.7. Les déterminants à l'auto-prescription

En plus des déterminants inhérents à la prescription d'un médicament, l'auto-prescription est une pratique répondant à des facteurs supplémentaires selon la littérature.

La thèse de A. Prud'Homme et A. Richard réalisée en 2013 a évalué à l'aide d'une étude qualitative par entretiens semi-dirigés, les raisons de l'automédication et l'auto-prescription des internes en France (29).

Plusieurs axes se sont dégagés des interrogatoires menés :

- L'environnement familial ou la mobilité géographique encourage l'auto-prescription (transmission des habitudes d'automédication, changement de ville à chaque stage)
- L'ancienneté et la confiance en sa capacité de diagnostic
- Les facteurs liés au statut d'interne augmentent l'auto-prescription :
  - o facilité d'accès aux ordonnances du service
  - o le manque de temps
  - o recours à un confrère inutile ou peur d'être jugé négativement
  - o difficulté de passer du statut de médecin à patient,
  - o peur d'une pathologie grave
  - o recherche de confidentialité

## 1.8. Risques identifiés de l'auto-prescription

Alors que les prescriptions conventionnelles sont encadrées par des recommandations et émises à destination d'un patient, l'auto-prescription a une dimension plus subjective en lien avec le ressenti et l'impression de gravité d'une pathologie par le médecin.

### 1.8.1. La iatrogénie

La iatrogénie représente l'ensemble des effets indésirables liés à la prise d'un médicament. On peut en définir deux catégories : ceux étant évitables et ceux étant inévitables.

L'enquête EMIR réalisée en 2007 et présentée dans un rapport de l'AFSSAPS en 2008 est une étude prospective menée par le réseau des centres régionaux de pharmacovigilance sur un échantillon représentatif des services de spécialités médicales (court séjour) tirés au sort dans l'ensemble des CHU et CH (30). L'objectif de ce travail était de récolter des données concernant les hospitalisations en lien avec la survenue d'un effet indésirable médicamenteux. Il apparaît que 3,6% des hospitalisations étaient directement liées à un effet indésirable, dont un tiers en raison d'une interaction médicamenteuse et deux tiers en raison d'un effet indésirable à proprement parler. Les AVK représentent la classe thérapeutique ayant la plus forte incidence en terme de iatrogénie.

Le risque iatrogène est donc au cœur des différentes politiques de Santé Publique depuis de nombreuses années lors de chaque prescription et par extension de chaque auto-prescription.

La loi n°2011-2012 du 29 décembre 2011 vise à renforcer la sécurité sanitaire du médicament et des produits de santé par la création en 2012 de l'ANSM (31). Elle occupe un rôle de pharmacovigilance et permet notamment la déclaration des effets indésirables des médicaments par un professionnel de santé, un laboratoire pharmaceutique ou le patient lui-même. Cette mission lui permet d'exercer son pouvoir d'autorisation de mise sur le marché ou le cas échéant, la suspension ou le retrait d'AMM.

### **1.8.2. Le retard de prise en charge**

Peu évalué à l'échelle nationale, et difficile à quantifier, la thèse de G. Labeille sur l'auto-prescription des médecins généralistes de Rhône Alpes en 2013 aborde ce sujet (3). Parmi les praticiens ayant répondu au questionnaire, peu ont répondu à cette question. Il apparaissait que 45 (8,5%) médecins avaient déclaré un retard de prise en charge associé à l'auto-prescription (n=362).

### **1.8.3. Le manque d'objectivité**

L'objectivité est un pilier de la démarche clinique puisqu'elle permet d'aboutir au traitement le plus adapté à la pathologie en fonction de sa sévérité. Se prescrire à soi-même des médicaments soulève la question de la subjectivité des soins et de son propre ressenti. Dans le cas d'une douleur, malgré des échelles d'évaluation, il peut être tentant de prendre une thérapeutique excessive et inadaptée.

Toujours dans le travail de thèse de G. Labeille sur l'auto-prescription des médecins généralistes de Rhône Alpes, 60% des médecins déclaraient avoir le sentiment que l'auto-prescription peut se faire objectivement (4).

Pourtant le rapport du CNOM de 2008 sur « le médecin malade » évoque ce manque d'objectivité. Il décrit que l'état d'esprit du médecin qui se soigne lui-même « oscille entre deux comportements extrêmes, celui de négligence de son état et celui de panique » (32).

La problématique sous-jacente de ce rapport concerne les risques de l'environnement psychosocial et notamment le dépistage précoce de l'épuisement professionnel.

## **1.9. Les structures d'aide aux médecins en Limousin**

Le recours à un confrère par peur d'être jugé est une thématique évoquée dans le rapport du Conseil National de l'Ordre des Médecins sur la santé des jeunes médecins (3). Parmi les jeunes médecins interrogés, 92% sont favorables à ce que cela soit une mission du Conseil de l'Ordre.

Ainsi, l'article R.4127-56 du code de la santé publique précise que « les médecins se doivent assistance dans l'adversité » (33).

Le CNOM a émis un bulletin en 2016 rappelant l'organisation de l'entraide ordinaire (34). Il existe une commission d'entraide ordinaire fondée en 1952. A vocation initialement « financière et compassionnelle, ses missions ont évolué avec les modes de vie, les modalités d'exercices et les risques psycho-sociaux. L'aide apportée est dorénavant matérielle, professionnelle et plus récemment morale et psychologique ». Les moyens d'actions sont assurés par chaque commission départementale dédiée à l'entraide.

Jusqu'à présent réservée aux médecins inscrits au tableau, excluant de ce fait les internes non thésés, l'inscription au RPPS des étudiants de 3<sup>ème</sup> cycle constitue un premier pas vers l'ouverture à terme, de l'entraide ordinaire.

Cette notion d'aide confraternelle est un sujet régulièrement évoqué à l'échelle locale, notamment dans le bulletin de Juin 2015 du Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins de la Haute Vienne (35). Le principal projet est la mise en place d'un service d'aide disposant d'un numéro d'appel unique et de multiples contacts. Pour pouvoir apporter efficacement une prise en charge d'entraide adaptée, confidentielle et spécifique à chaque praticien, le Limousin a rejoint l'association MOTS (Médecin Organisation Travail Santé). Elle permet de faire appel à un médecin tiers indépendant dans un cadre confidentiel. Depuis sa création en Haute Garonne en 2010, elle aide 140 médecins en France chaque année.

### **1.10. Les spécificités des internes**

Ce travail s'intéresse à la manière dont les internes se prescrivent à eux-mêmes des médicaments ou des examens complémentaires.

Après les Épreuves Classantes Nationales, les internes en médecine générale reçoivent une formation pratique lors de stages sur six semestres dont au moins un en médecine ambulatoire, et une formation théorique lors d'enseignements universitaires.

L'organisation hebdomadaire est définie de la façon suivante par le décret n°2015-225 paru au Journal Officiel du 26/02/2015 (26) :

- 8 demi-journées en stage
- 2 demi-journées hors stage :
  - o 1 demi-journée de temps de formation, sous la responsabilité du coordonnateur de sa spécialité
  - o 1 demi-journée de temps personnel de consolidation des connaissances et des compétences

L'arrêté du 21 avril 2017 relatif « aux connaissances, aux compétences et aux maquettes de formation des diplômes d'études spécialisées » a modifié la structure des maquettes de Médecine Générale (36). La première année correspond à la phase socle composée d'un stage ambulatoire de niveau 1 et un stage aux urgences. Les 2<sup>ème</sup> et 3<sup>ème</sup> années correspondent à la phase d'approfondissement de 4 semestres dont 1 SASPAS, un stage de gynécologie, un stage de pédiatrie et un stage de médecine adulte. Cette nouvelle maquette doit permettre d'obtenir 50% de stages ambulatoires.

A partir de leur prise de fonctions dans un stage hospitalier ou ambulatoire, les prescriptions des internes se font sous la responsabilité du chef de service. Elles sont destinées aux patients dont ils ont la charge (37).

Les prérogatives des internes en Médecine Générale en matière de prescription médicamenteuse, d'examens complémentaires et de délivrance de certificats médicaux sont identiques à celle des médecins de cette spécialité, en dehors des stupéfiants (sauf dérogation du chef de service) et de certains certificats (décès, expertise ou hospitalisation sous contrainte) (38).

L'interne est donc considéré comme un médecin en formation ayant la capacité de prescrire des médicaments. Celle-ci repose sur des bases principalement théoriques, acquises au cours de la formation universitaire, lors des enseignements et des stages suivis. La prescription d'un médicament fait appel à la connaissance du prescripteur de la pathologie, ou plus spécifiquement de son diagnostic, de son traitement actualisé et de la iatrogénie. Le but étant de préserver à minima ou d'améliorer l'état de santé de la personne recevant les soins.

Les internes sont une population particulière de prescripteurs avec une formation théorique très récente et peu d'expérience en matière de prescription et notamment en terme de iatrogénie. Le troisième cycle des études de médecine doit permettre à l'interne d'appliquer ses connaissances théoriques lors de la prise en charge supervisée de patients. Au fil de son cursus, il doit aussi développer son autonomie. Cela passe par l'exercice de son aptitude diagnostique et l'acquisition d'une expérience de prescripteur, en prenant en compte de façon globale tous les déterminants à la prescription.

L'auto-prescription des internes a été peu étudiée dans la littérature. Elle est au centre de plusieurs problématiques en terme de prise en charge médicale personnelle, d'accès aux soins et de bon usage des thérapeutiques.

### **1.11. L'auto-prescription des internes en Médecine Générale du Limousin**

L'objectif principal de cette étude est de déterminer l'importance de l'auto-prescription des internes en médecine générale du Limousin en 2016.

A l'échelle nationale, on constate que l'auto-prescription est une pratique fréquente chez les médecins généralistes (4,5). Ce travail cherche à savoir si ces habitudes sont déjà présentes chez les internes du Limousin, ainsi que les situations et les raisons qui amènent à se prescrire à soi-même des médicaments ou des examens complémentaires.

Les objectifs secondaires de ce travail sont :

- Déterminer les raisons de l'auto-prescription

Depuis plusieurs années l'état de santé des médecins et des internes devient inquiétant. Une détérioration de l'accès aux soins peut apparaître comme un frein au recours à un confrère, notamment par la baisse de la démographie médicale des généralistes et spécialistes dans le Limousin. Il existe pourtant des structures visant à préserver cet accès à une prise en charge médicale via les services universitaires, ou la médecine du travail. Cette étude cherche à savoir dans quelles mesures les internes de médecine générale ont recours à un avis médical externe.

En France l'auto-prescription des internes semble une voie de recours courante. Cette étude s'intéresse aux déterminants de l'auto-prescription notamment en terme de ressenti de sa pathologie amenant cette pratique chez les internes du Limousin.

- Déterminer les facteurs influençant l'auto-prescription

Une des spécificités des internes est leur connaissance théorique très récente, notamment en matière de sémiologie, mais peu d'expérience en matière de prescription. Ils sont par ailleurs sous la supervision d'un médecin référent soit lors de stages hospitaliers ou ambulatoires. Ce travail cherche à mettre en évidence les facteurs influençant la façon de se prescrire à soi-même des traitements.

## **2. Matériel et méthode**

---

### **2.1. Matériel**

#### **2.1.1. Type d'étude**

Il s'agit d'une étude épidémiologique descriptive observationnelle transversale mono-centrique.

#### **2.1.2. Population**

La population étudiée est celle des internes en Médecine Générale en première, deuxième et troisième année de 3ème cycle à Limoges en 2016.

Les critères d'inclusions sont : tous les internes de Médecine Générale inscrits en 2016 à la faculté de médecine de Limoges.

Étaient exclus les internes des autres spécialités.

#### **2.1.3. Le recrutement**

Le recrutement a été réalisé à partir des adresses mails des internes inscrit en DES 1, 2 et 3 à la faculté de médecine de Limoges en 2016. Il y a eu trois relances diffusées par la scolarité de la faculté : le 20 juillet 2016, le 6 septembre 2016 et le 19 septembre 2016. Les réponses étaient anonymes.

### **2.2. Méthode**

#### **2.2.1. Le questionnaire**

Un questionnaire a été élaboré à partir des données de la bibliographie soit à partir des travaux de thèses sur la santé ou l'auto-prescription des internes ou médecins généralistes (4),(3),(29),(32),(39).

Il a été rédigé et soumis par GoogleForm pour des raisons de facilité de diffusion et de recueil.

Une description du questionnaire y était associée présentant la question de recherche.

### **2.2.2. Contenu**

Le questionnaire comprenait 26 questions réparties en trois parties selon le plan suivant :

- La première partie concernait les caractéristiques démographiques et le profil des internes en termes d'âge, de sexe, d'année de DES, et de déclaration de médecin traitant.
- La deuxième partie évaluait le recours à l'auto-prescription, les pathologies et les situations amenant à l'auto-prescription ainsi que les classes thérapeutiques utilisées.
- La troisième partie se rapportait aux habitudes et comportements des internes notamment en lien avec l'objectivité de la prescription et la sévérité de la pathologie.

### **2.2.3. Saisie et analyse statistique**

Le questionnaire a été soumis en ligne par Google Form. Il a été testé au préalable sur 3 internes volontaires. Le temps de réponse estimé était de 5 minutes.

Les réponses ont été exportés sur un tableur Excel. L'analyse statistique a été réalisée grâce au logiciel en ligne BiostaTGV. Le test de Fischer et du Chi2 ont été utilisé pour des comparaisons de proportions, selon les effectifs. Le seuil de significativité retenu était  $p \leq 0,05$ .

### **2.2.4. Bibliographie**

La recherche bibliographique s'est déroulée entre Janvier 2016 et Aout 2016 et prolongée durant notre travail. Les mots clés utilisés étaient « santé des internes » « auto-diagnostic » « auto-prescription » « auto-médication » « santé des médecins généralistes » « self-care » « self prescription ». Ils ont été soumis aux moteurs de recherches CisMef, Pub Med et Google Scholar.

### 3. Résultats

---

#### 3.1. Caractéristique démographiques et profils des internes

##### 3.1.1. Diagramme de flux

En 2016, il y avait 182 internes inscrits en DES 1, DES 2 et DES3. Trois internes ont abandonné en cours d'année et ont été exclus de l'étude. Le questionnaire a été envoyé à 179 internes. Il y a eu 86 répondants soit 48% des internes sollicités. Les réponses étaient obligatoires pour renvoyer le questionnaire.

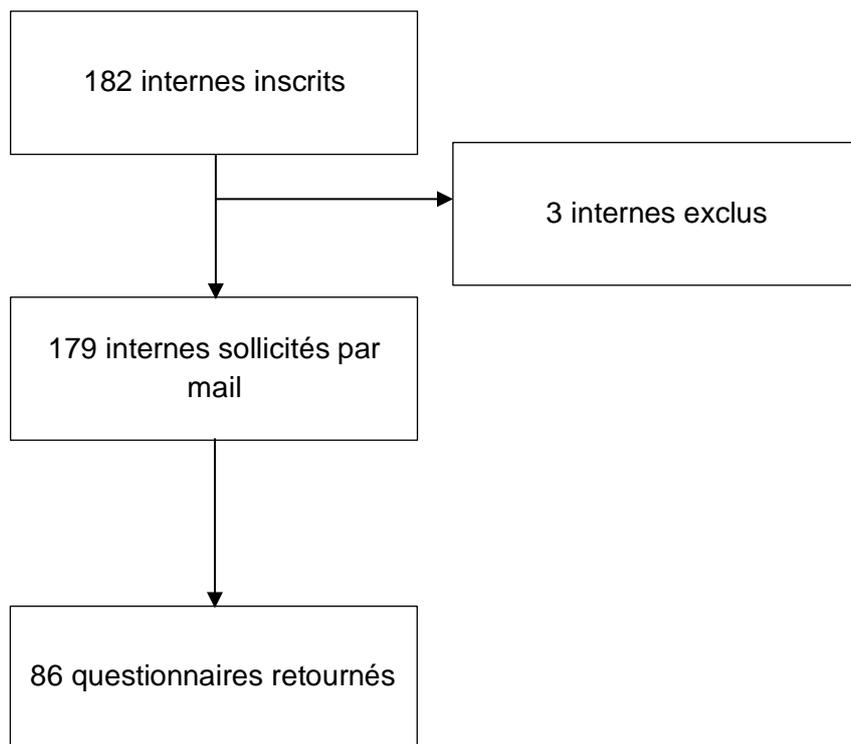


Figure 1 : Diagramme de flux

### 3.1.2. Le sexe

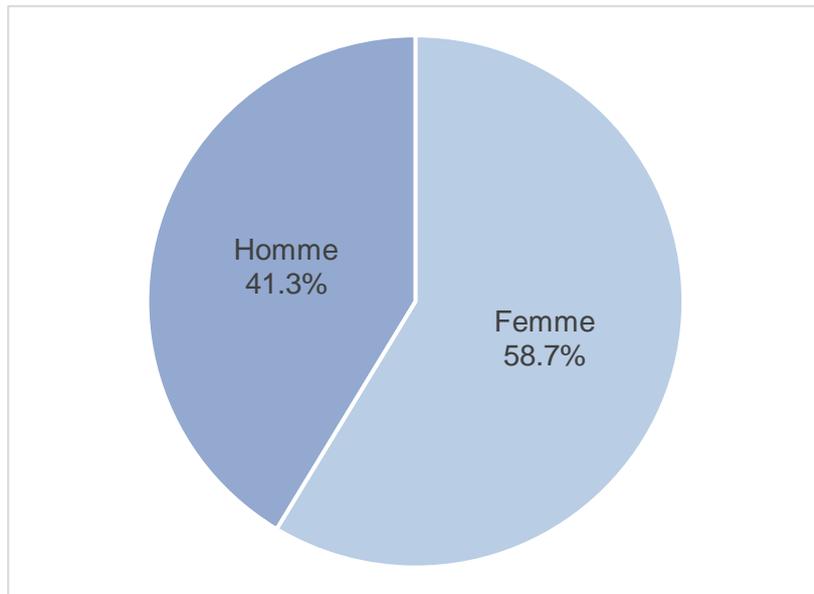


Figure 2 : Répartition des internes inscrits en 2016 selon le sexe

En 2016, il y avait 105 femmes et 74 hommes inscrits en DES 1, DES ou DES 3 (n=179).

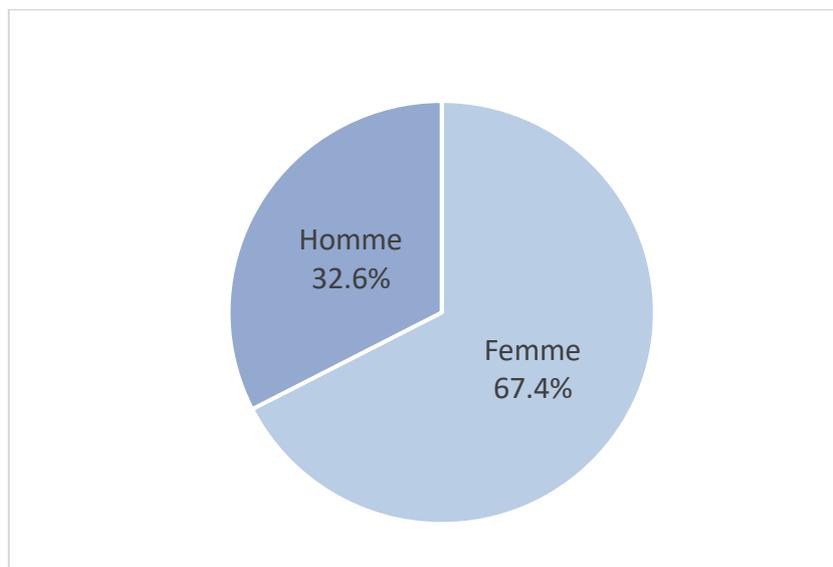


Figure 3 : Répartition des répondants selon le sexe

Parmi les internes ayant répondu, il y avait 58 femmes et 28 hommes (n=86).

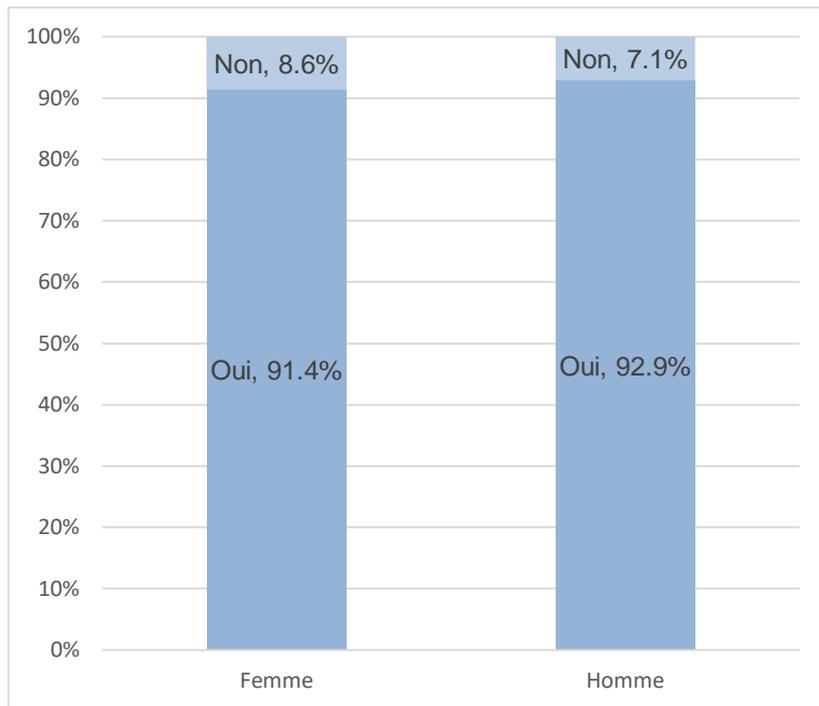


Figure 4 : Recours à l'auto-prescription en fonction du sexe

Il y avait 53 (91,4%) femmes qui avaient eu recours à l'auto-prescription depuis le début de l'internat et 26 (92,9%) hommes ( $p=1$ ).

### 3.1.3. L'âge

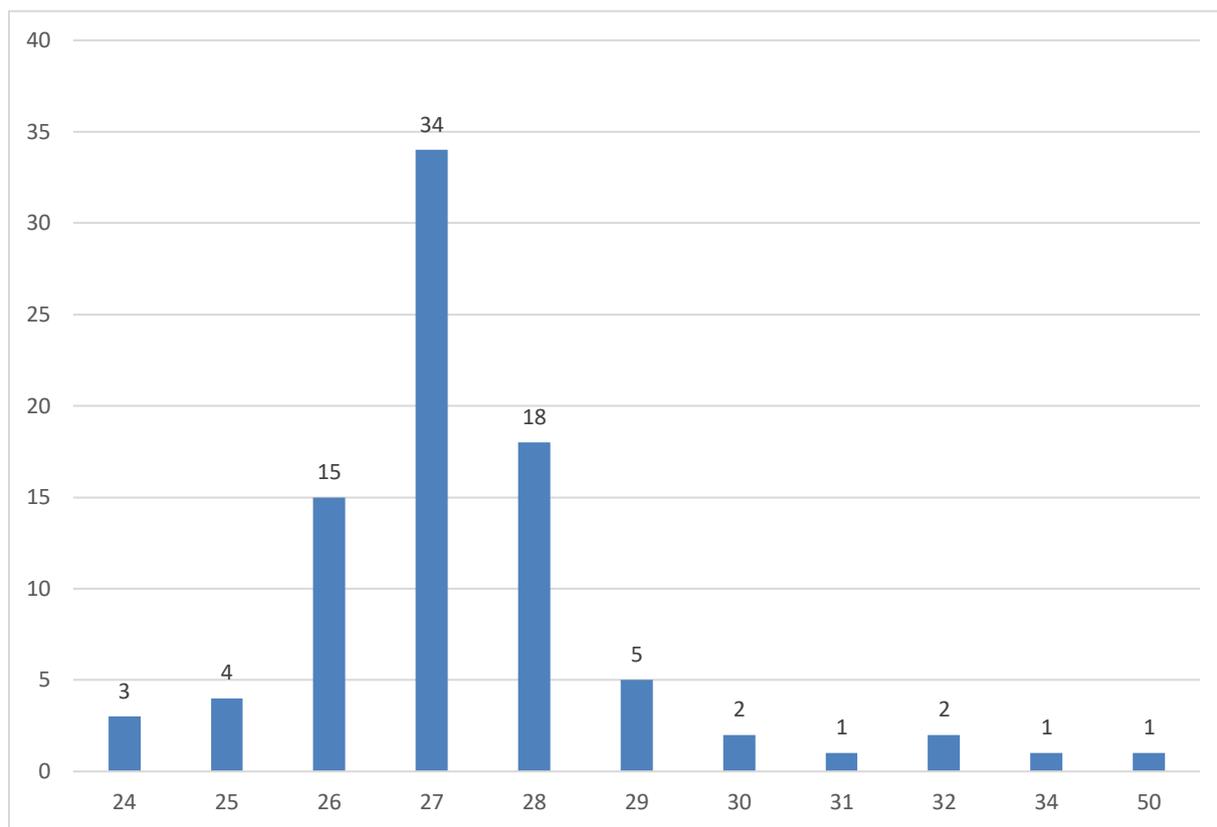


Figure 5 : Répartition en fonction de l'âge des internes

L'âge moyen des internes ayant répondu était de 27,5 ans ( $\pm 2,9$ ).

### 3.1.4. L'année de DES

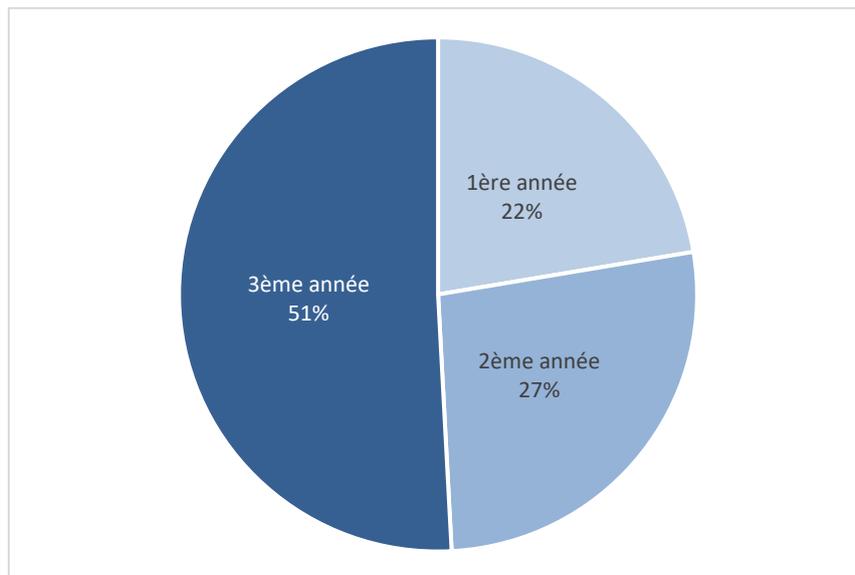


Figure 6 : Répartition des internes inscrits selon l'année de DES

En 2016, il y avait 40 internes inscrits en DES 1, 48 en DES 2 et 91 en DES 3.

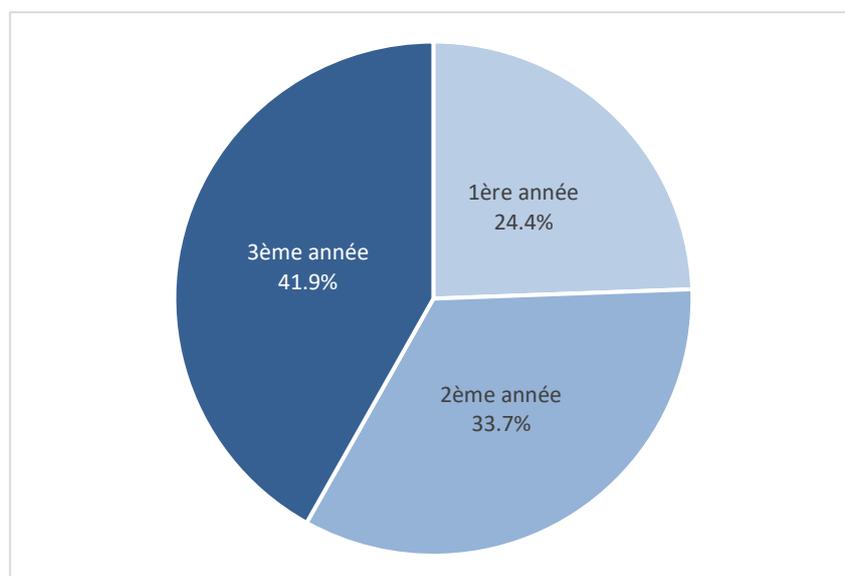


Figure 7 : Répartition des internes ayant répondu au questionnaire selon l'année de DES

Parmi les internes ayant répondu au questionnaire, 21 (24,4%) étaient en DES 1, 29 (33,7%) en DES 2 et 36 (41,9%) en DES 3.

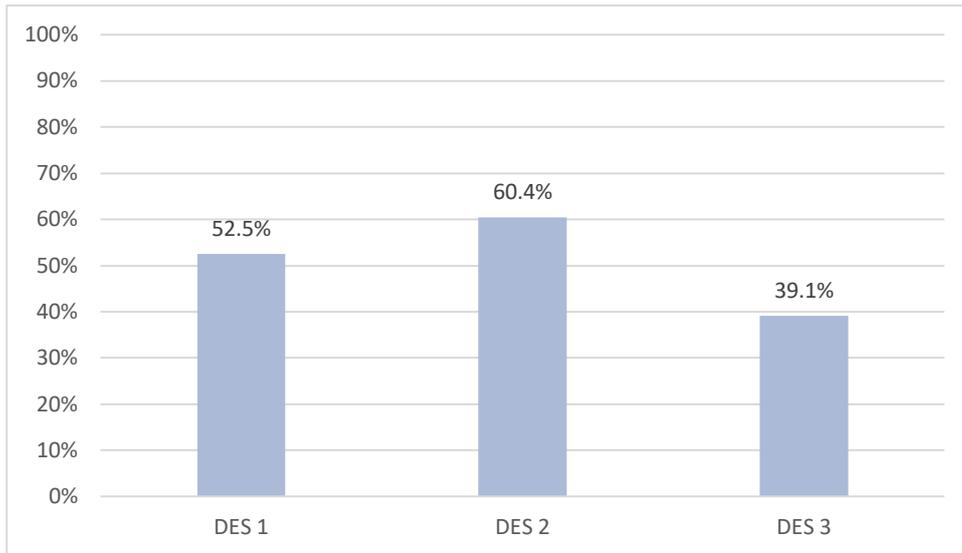


Figure 8 : Taux de réponse au questionnaire par année de DES

Dans la promotion d'internes de première année de DES, 52,5% ont répondu au questionnaire, 60,4% en DES 2 et 39,1% en DES 3.

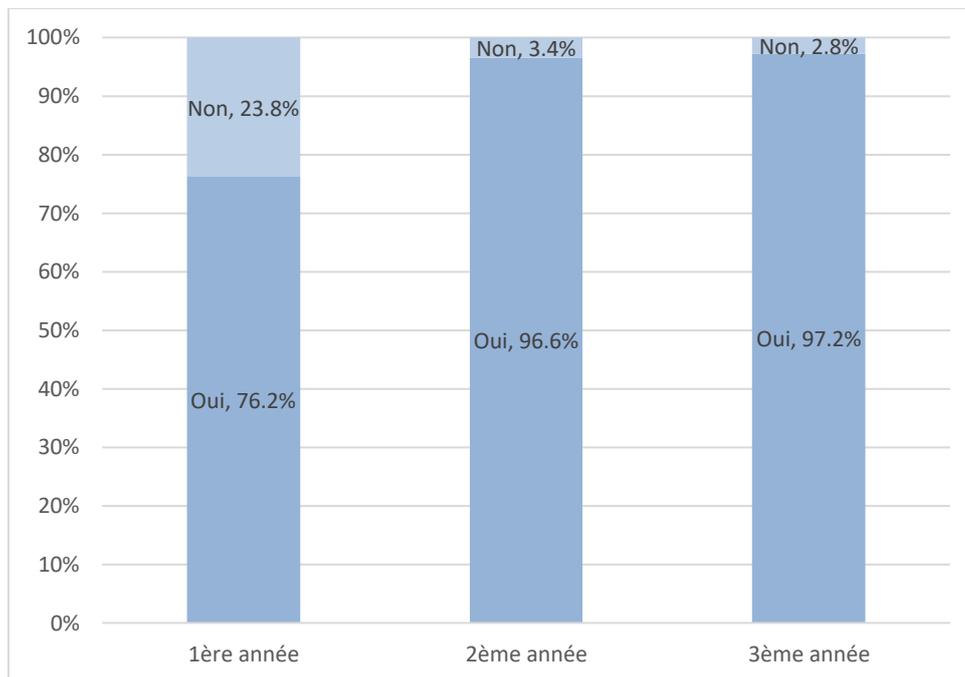


Figure 9 : Recours à l'auto-prescription selon l'année de DES

En DES 1, 16 (76,2%) internes avaient déjà eu recours à l'auto-prescription depuis le début de leur internat, 28 (96,6%) en DES 2 et 35 (97,2%) en DES 3 ( $p=0,01544$ ).

### 3.1.5. Validation du stage chez le praticien

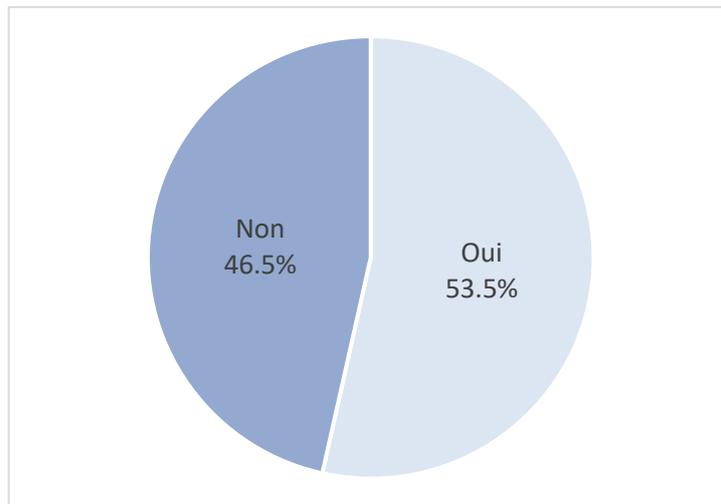


Figure 10 : Validation du stage chez le praticien

Parmi les internes interrogés, 46 (53,5%) avaient validé le stage chez le praticien et 40 (46,5%) ne l'avaient pas encore réalisé.

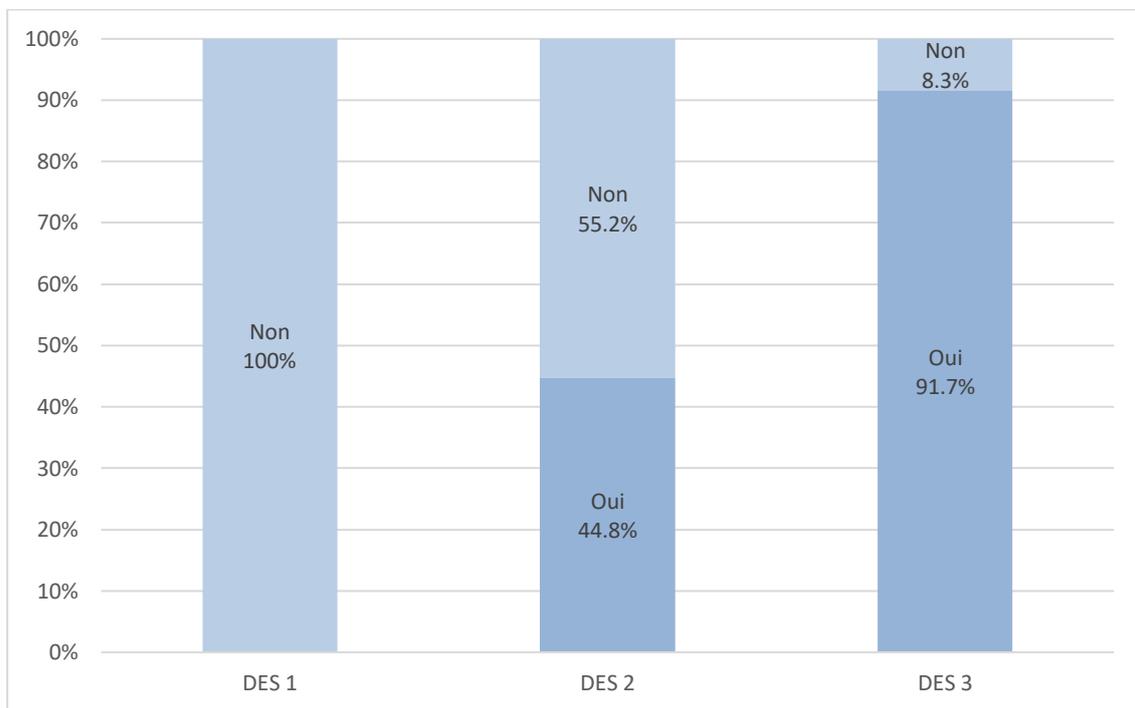


Figure 11 : Validation du stage chez le praticien en fonction de l'année de DES

Aucun DES 1 n'avait validé son stage ambulatoire, les DES 2 étaient 13 (44,8%) à l'avoir validé et les DES 3 étaient 33 (91,7%).

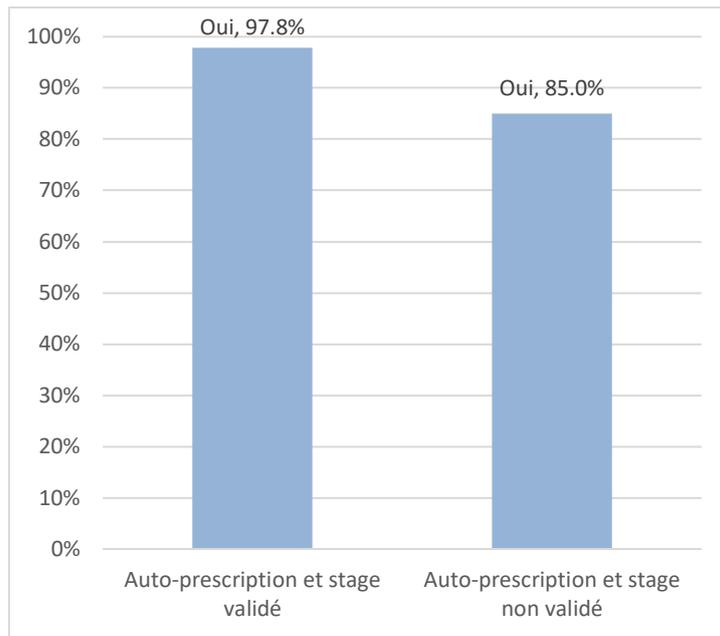


Figure 12 : Recours à l'auto-prescription en fonction de la validation du stage chez le praticien

Les internes ayant validé le stage ambulatoire étaient 45 (97,8%) à avoir déjà eu recours à l'auto-prescription et 34 (85%) pour ceux qui ne l'avait pas encore validé ( $p=0.04629$ ).

### 3.1.6. Déclaration d'un médecin traitant

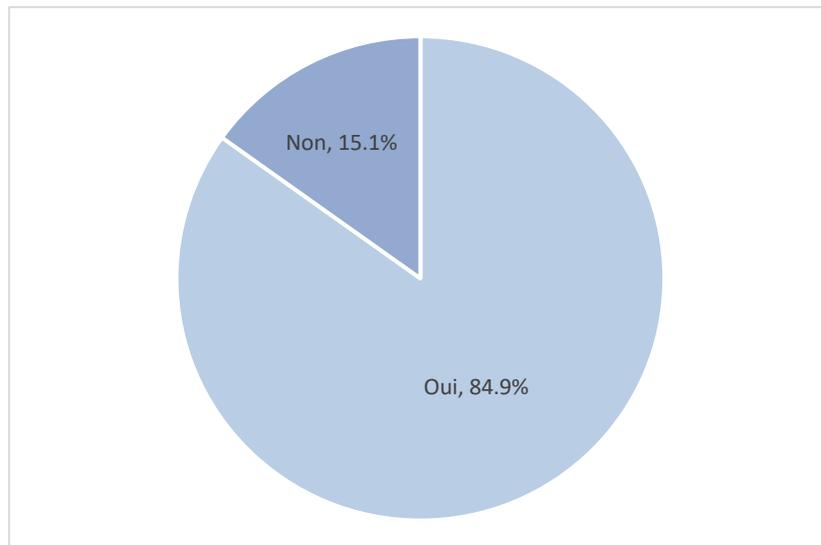


Figure 13 : Déclaration de médecin traitant

Parmi les internes, 73 (84,9%) avaient un médecin traitant et 13 (15,1%) n'en avait pas.

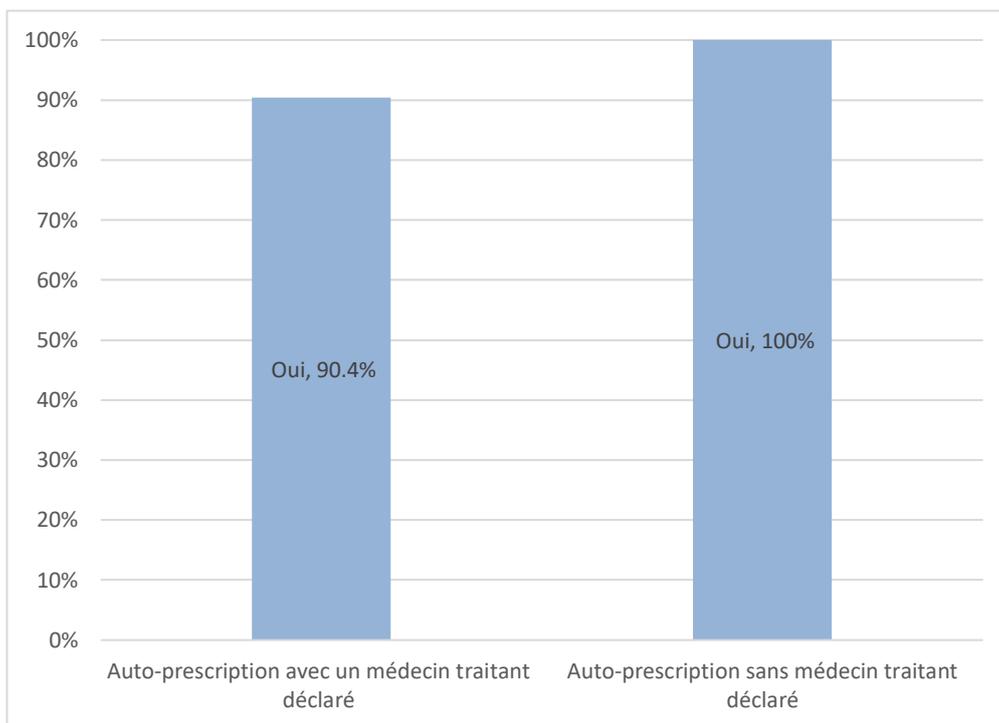


Figure 14 : Recours à l'auto-prescription selon de la déclaration de médecin traitant

Les internes ayant un médecin traitant étaient 66 (90,4%) à recourir à l'auto-prescription. Ceux n'en n'ayant pas avaient tous recours à l'auto-prescription ( $p= 0.58814$ ).

### 3.1.7. Consultation chez un médecin (généraliste ou spécialiste)

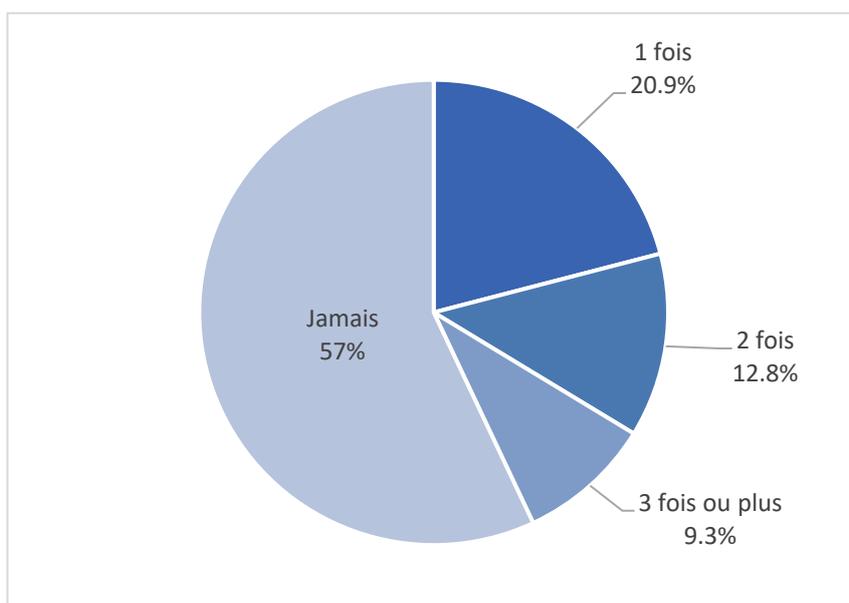


Figure 15 : Consultation chez un médecin (généraliste ou spécialiste) dans les 12 derniers mois

Parmi les internes, 49 (57%) n'avaient pas vu de médecin en consultation dans les 12 derniers mois, 18 (20,9%) avaient consulté une fois, 11 (12,8%) avaient consulté 2 fois et 8 (9,3%) avaient consulté 3 fois ou plus.

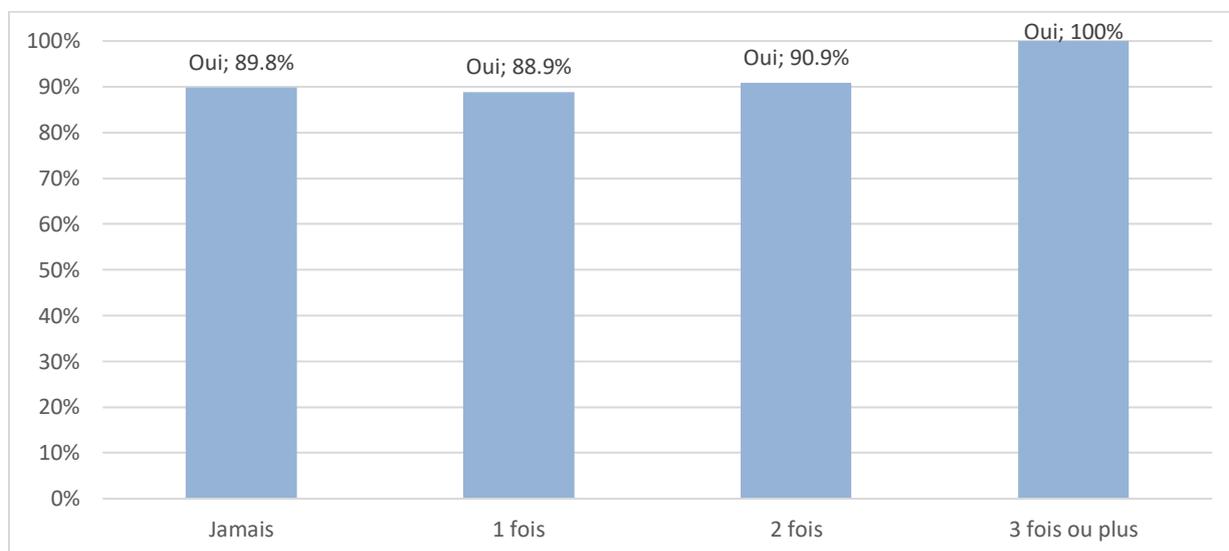


Figure 16 : Recours à l'auto-prescription selon le nombre de consultations chez un médecin dans les 12 derniers mois

Les internes qui n'avaient pas vu de médecin dans l'année étaient 44 (89,9%) à avoir déjà eu recours à l'auto-prescription. Ceux ayant consulté une fois dans l'année étaient 16 (88,9%) à s'être déjà prescrit un traitement. Ceux ayant consulté 2 fois étaient 10 (90,9%) et ceux ayant consulté 3 fois ou plus étaient 8 (100%) à avoir déjà eu recours à l'auto-prescription ( $p=0,99999$ ).

### 3.1.8. Automédication et auto-prescription

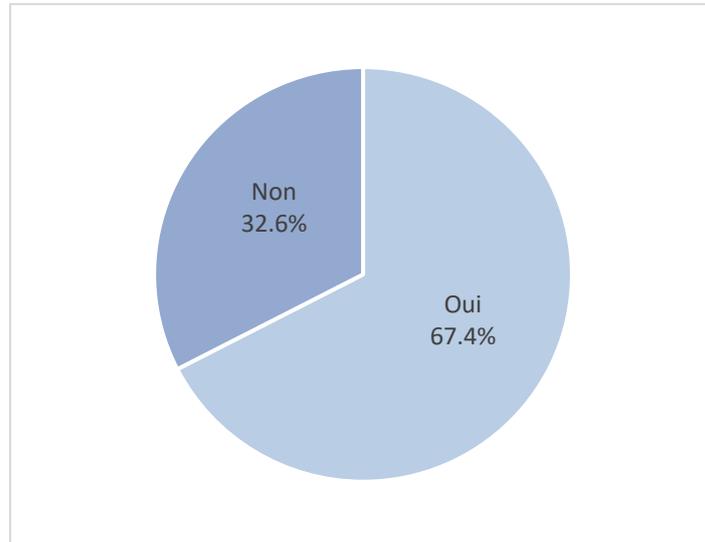


Figure 17 : Pratique de l'automédication avant de commencer l'internat

Avant le troisième cycle, 58 (67,4%) internes pratiquaient l'automédication (n=86).

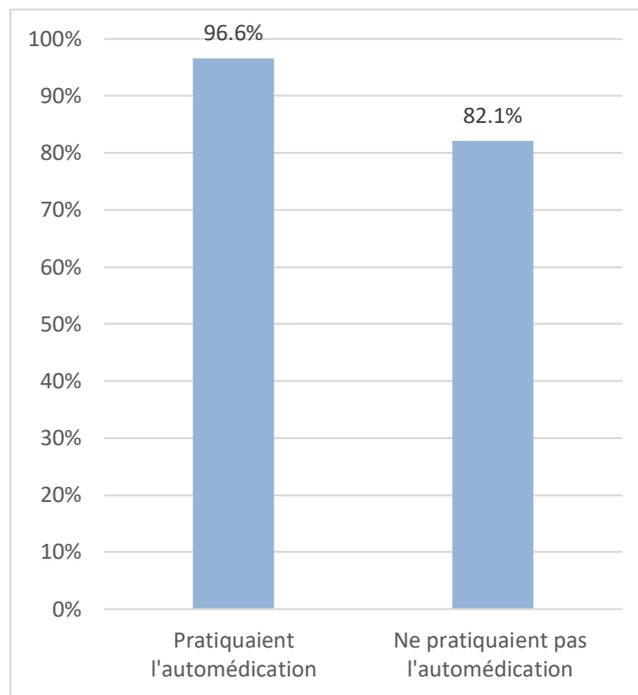


Figure 18 : Recours à l'auto-prescription en fonction de la pratique de l'automédication avant l'internat

Les internes qui pratiquaient l'automédication étaient 56 (96,6%) à avoir recours à l'auto-prescription. Ils étaient 23 (82,1%) à y avoir recours lorsqu'ils n'avaient pas l'habitude de s'auto-médiquer avant l'internat ( $p=0,03452$ ).

### 3.1.9. Suivi médical régulier avant l'internat

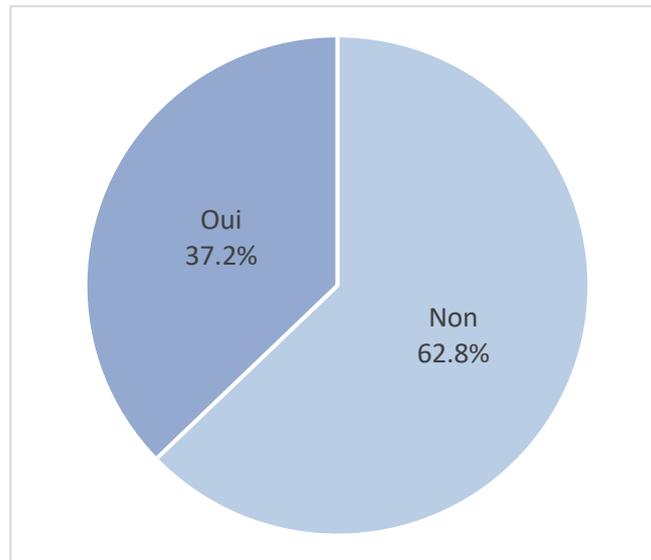


Figure 19 : Suivi médical des internes avant l'internat

Parmi les internes interrogés, 32 (37,2%) avaient un suivi médical régulier avant l'internat (n=86).

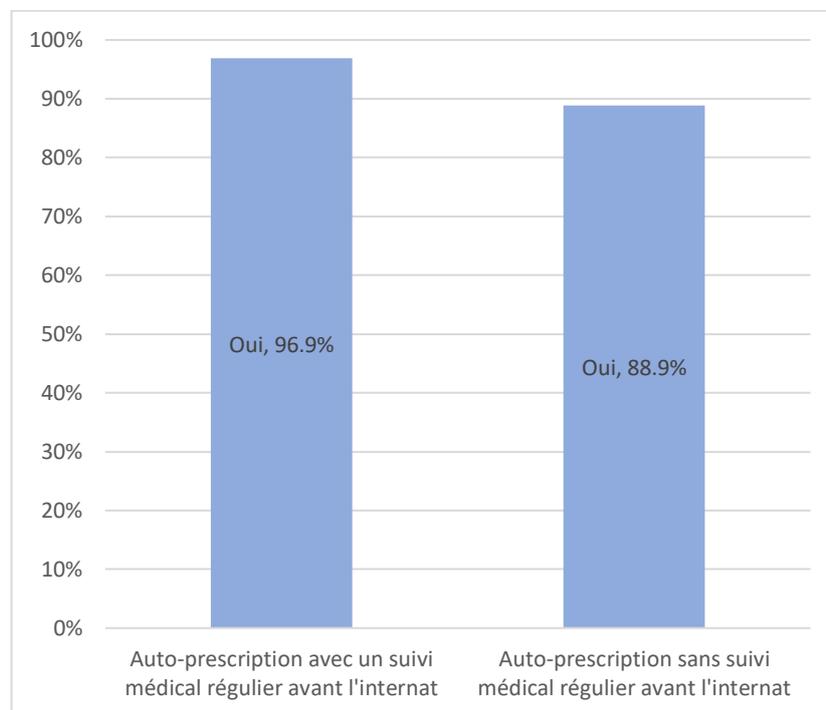


Figure 20 : Recours à l'auto-prescription selon le suivi médical des internes avant l'internat

Les internes ayant un suivi médical régulier avant l'internat étaient 31 (96,9%) à avoir recours à l'auto-prescription, et 48 (88,9%) pour ceux n'en n'ayant pas ( $p= 0.25014$ ).

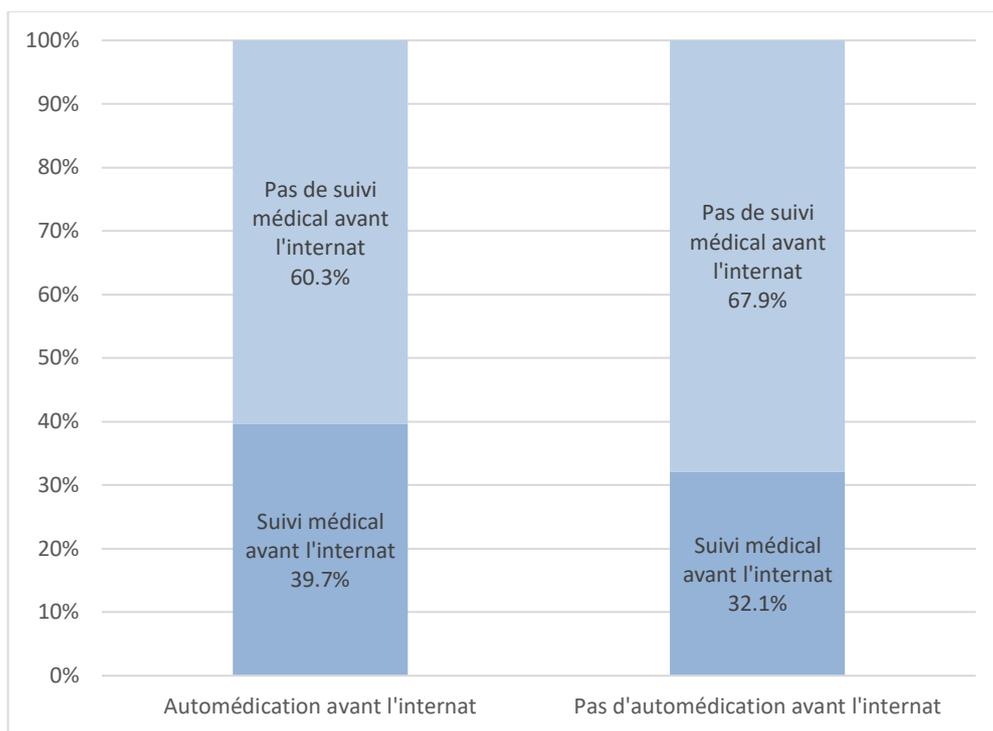


Figure 21 : Automédication et suivi médical avant l'internat

Avant l'internat, les internes ayant un suivi médical étaient 23 (39,7% ; n=58) à avoir recours à l'automédication, et 9 (32,1% ; n=28) lorsqu'il n'en avait pas (p=0.49943)

### 3.1.10. Ordonnances vierges à domicile

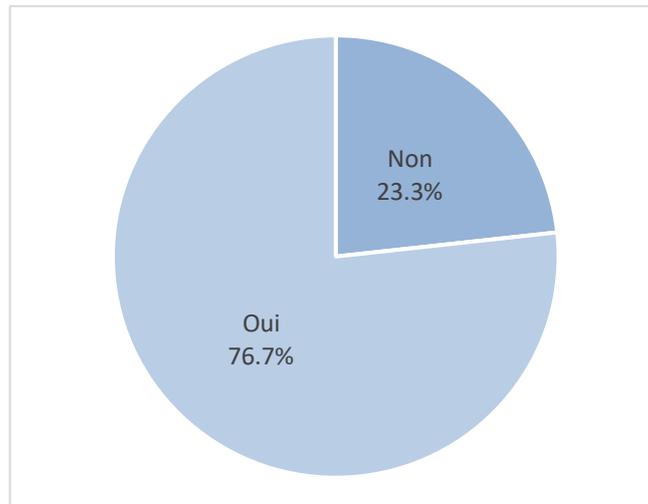


Figure 22 : Ordonnances vierges à domicile

Parmi les internes de notre échantillon, 66 (76,7%) déclaraient avoir des ordonnances vierges à domicile et 20(23,3%) n'en avaient pas

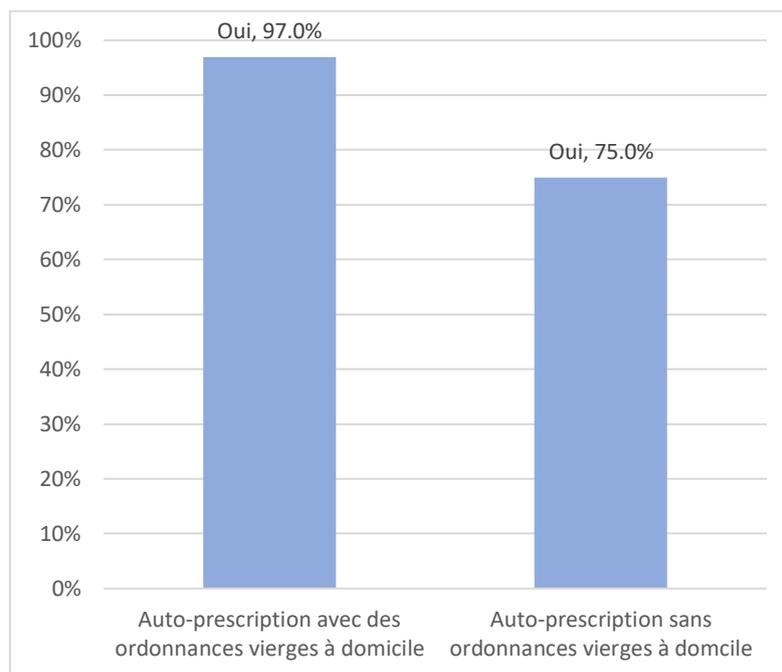


Figure 23 : Recours à l'auto-prescription en fonction de la possession d'ordonnances au domicile

64 internes (97%) ayant des ordonnances avaient recours à l'auto-prescription, alors qu'ils n'étaient que 15 (75%) lorsqu'ils n'en n'avaient pas. ( $p=0.00668$ ).

### 3.2. Caractéristiques du recours à l'auto-prescription

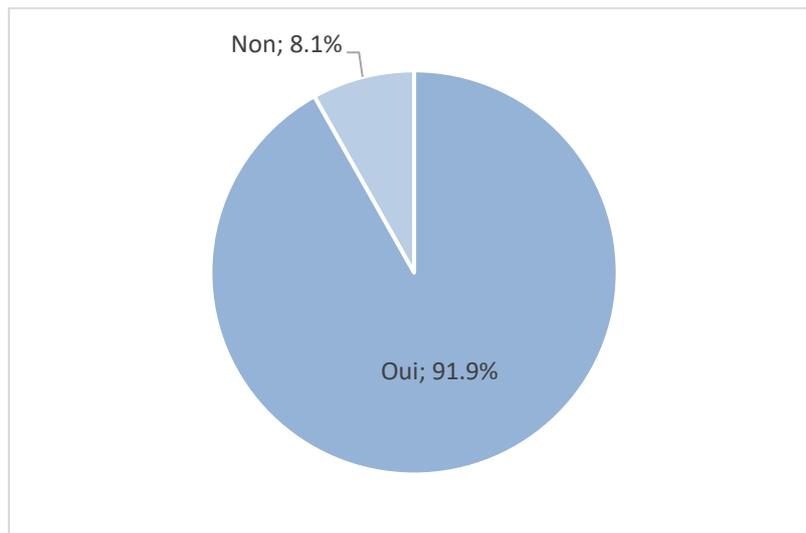


Figure 24 : Recours à l'auto-prescription depuis le début de l'internat

Parmi les internes ayant répondu, 79 (91,9%) avaient déjà eu recours à l'auto-prescription depuis le début de leur internat (n=86).

#### 3.2.1. Dernière auto-prescription

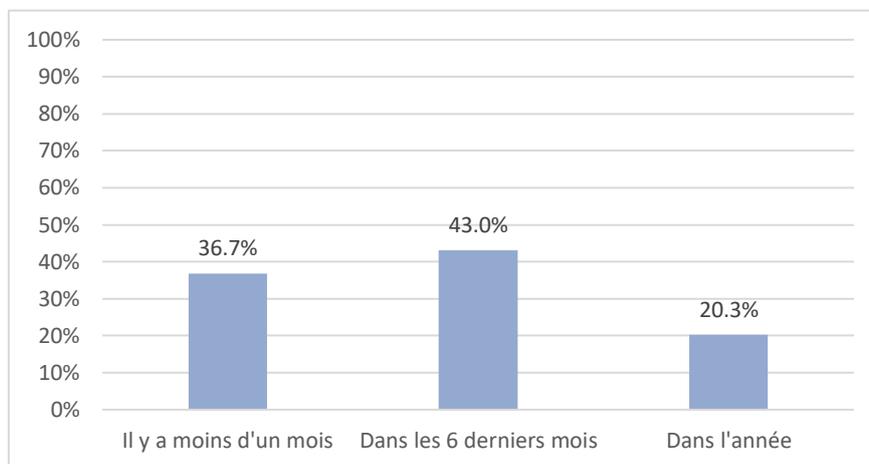


Figure 25 : Dernière auto-prescription

Parmi les internes pratiquant l'auto-prescription, 29 (36,7%) y avaient eu recours dans le mois précédent, 34 (43%) dans les 6 derniers mois et 16 (20,3%) dans l'année (n=79).

### 3.2.2. Fréquence de l'auto-prescription

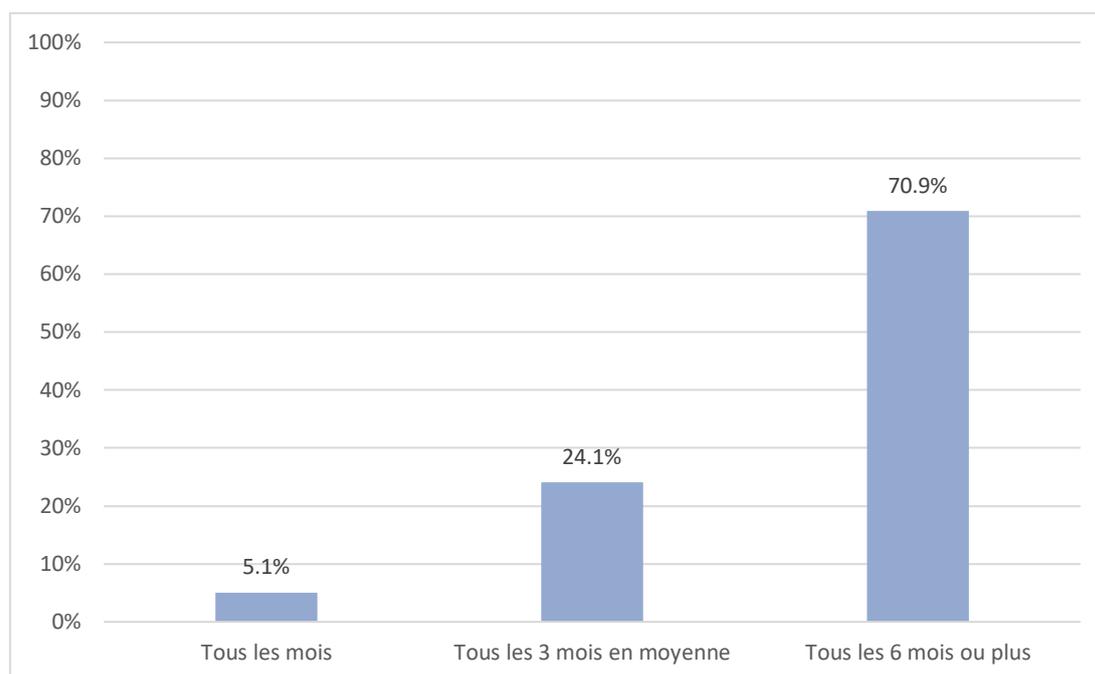


Figure 26 : Fréquence du recours à l'auto-prescription

Les internes pratiquant l'auto-prescription étaient 4 (5,1%) à y recourir tous les mois, 19 (24,1%) tous les 3 mois et 56 (71,9%) tous les 6 mois ou plus (n=79).

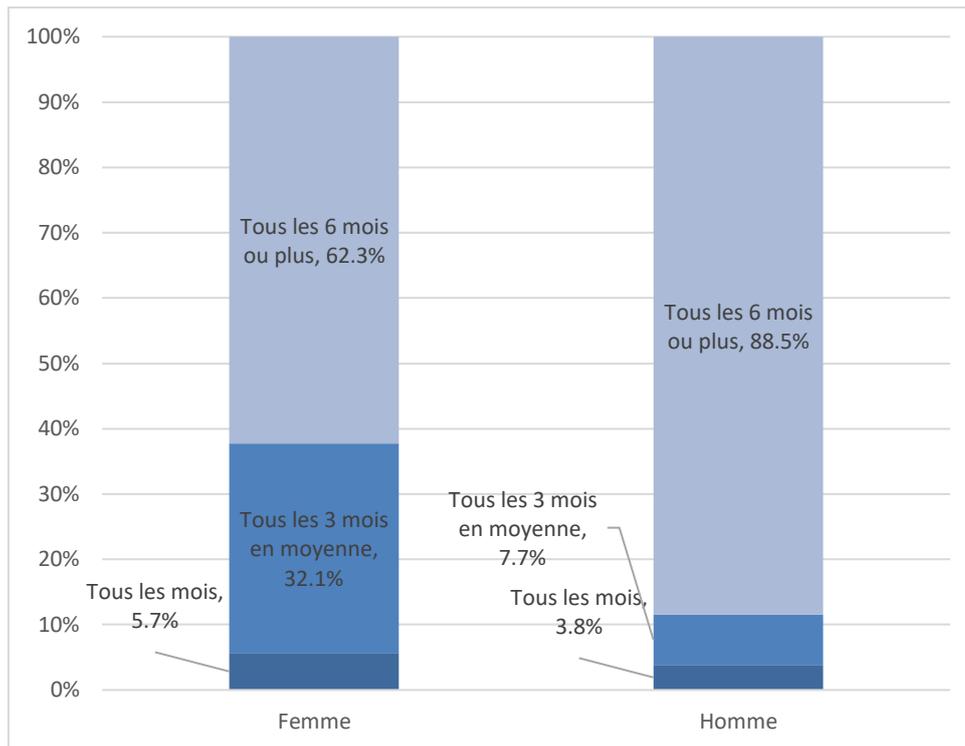


Figure 27 : Fréquence de l'auto-prescription en fonction du sexe

Les femmes pratiquant l'auto-prescription étaient 3 (5,7%) à y recourir tous les mois, 17 (32,1%) tous les 3 mois en moyenne et 33 (62,3%) tous les 6 mois ou plus (n=53). Parmi les hommes, 1 (3,8%) y avait recours tous les mois, 2 (7,7%) tous les 3 mois en moyenne et 23 (88,5%) tous les 6 mois ou plus (p=0,03450).

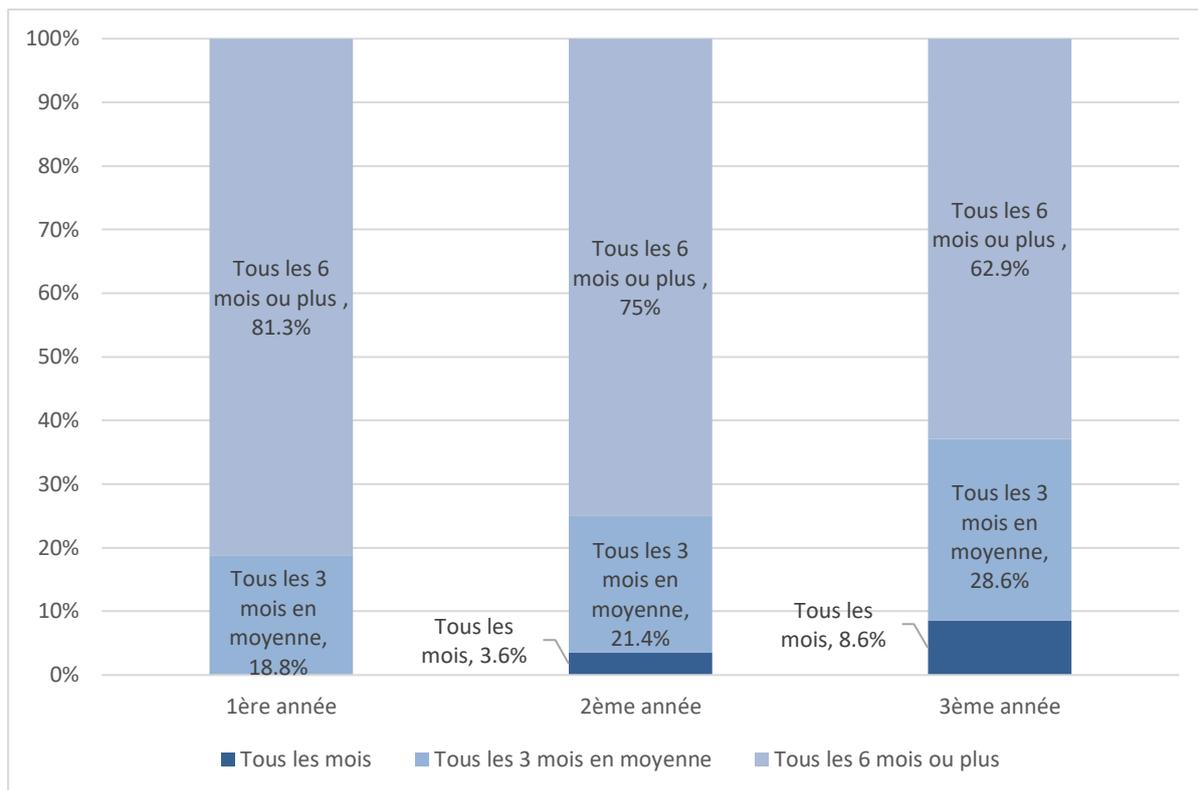


Figure 28 : Fréquence de l'auto-prescription en fonction de l'année de DES

Parmi les internes de DES 1, aucun n'avait recours à l'auto-prescription tous les mois, 3 (18,8%) avaient recours à l'auto-prescription tous les 3 mois en moyenne et 13 (81,3%) tous les 6 mois ou plus (n=16).

Parmi les internes de DES 2, 1 (3,6%) y avaient recours tous les mois, 6 (21,4%) tous les 3 mois en moyenne et 21 (75%) tous les 6 mois ou plus (n=28).

Parmi les DES 3, 3 (8,6%) avaient recours tous les mois, 10 (28,6%) tous les 3 mois en moyenne et 22 (62,9%) tous les 6 mois ou plus (n=35) (p=0,71768).

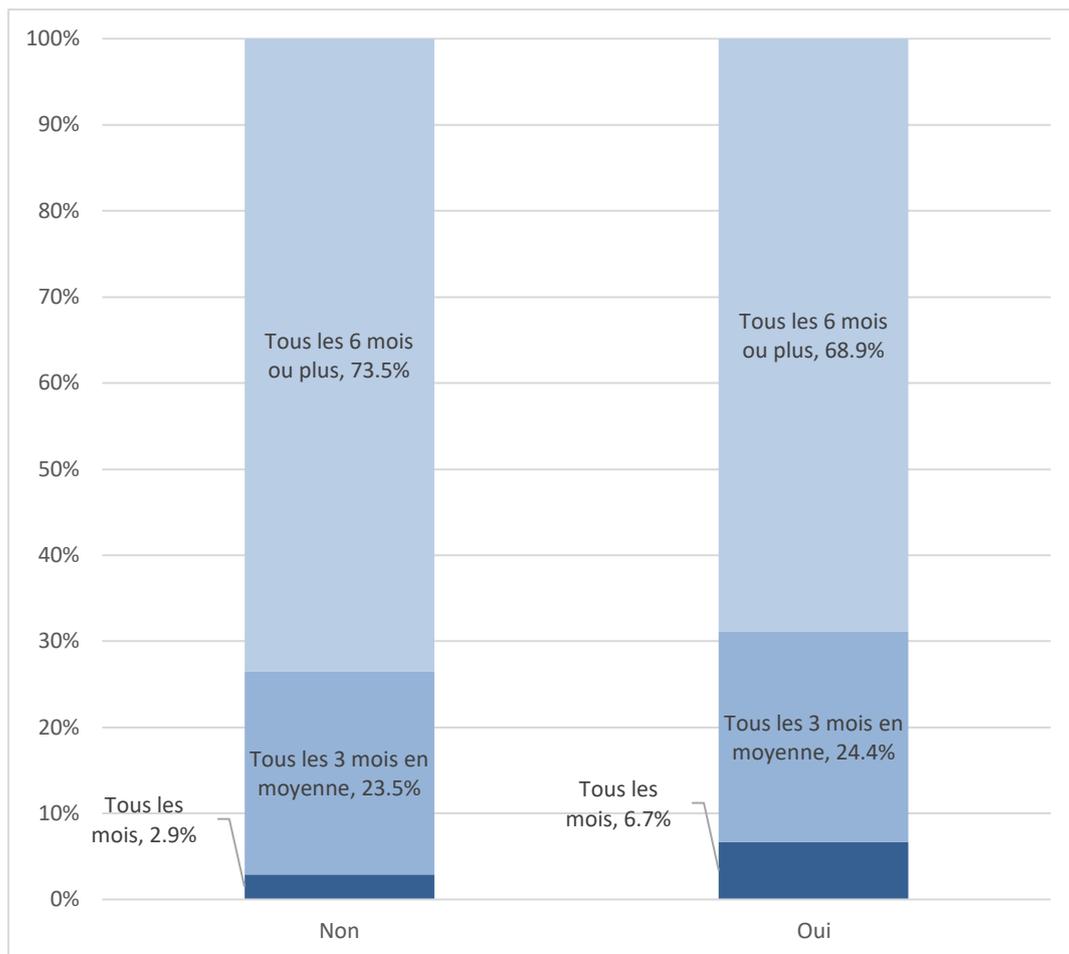


Figure 29 : Fréquence de l'auto-prescription en fonction de la validation du stage ambulatoire

Les internes ayant validé le stage ambulatoire étaient 3 (6,7%) à se prescrire un traitement tous les mois, 11 (24,4%) tous les 3 mois en moyenne et 31 (68,9%) tous les 6 mois ou plus (n=45).

Ceux n'ayant pas validé le stage ambulatoire étaient 1 seul (2,9%) à se prescrire un traitement tous les mois, 8 (23,5%) tous les 3 mois en moyenne et 25 (73,5%) tous les 6 mois ou plus (n=34) (p=0,85273).

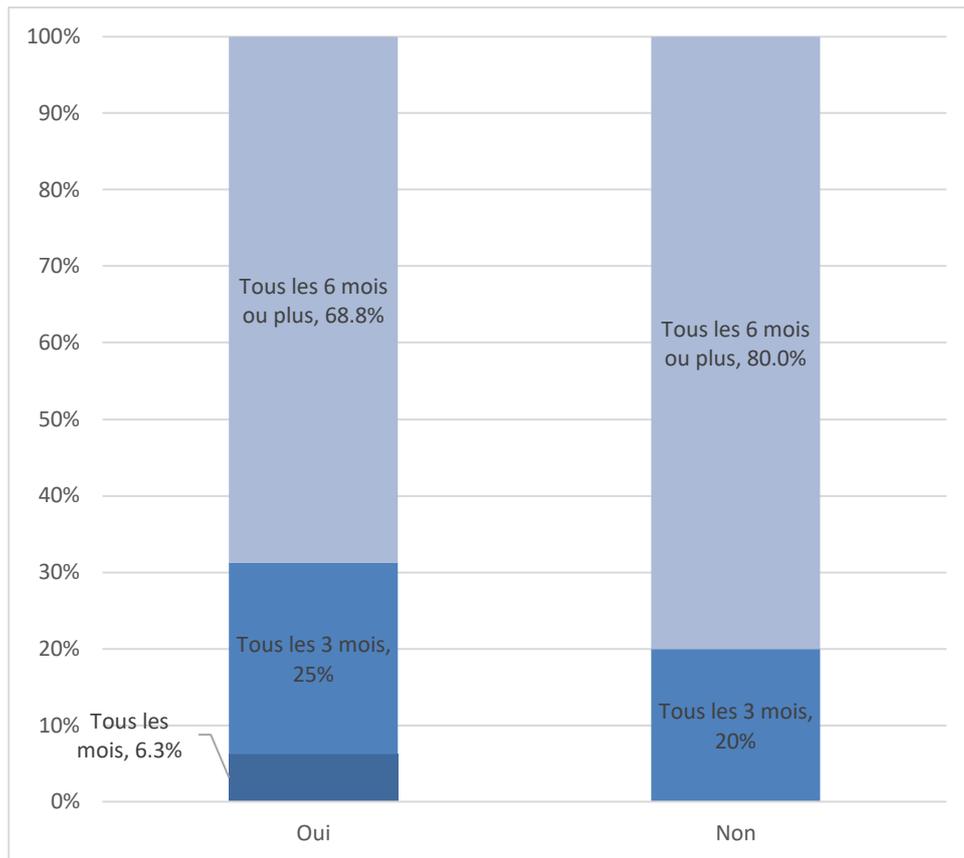


Figure 30 : Fréquence de l'auto-prescription en fonction de la possession d'ordonnances vierges à domicile

Les internes possédant des ordonnances vierges à domiciles étaient 4 (6,3%) à s'auto-prescrire un traitement tous les mois, 16 (25%) tous les 3 mois en moyenne et 44 (68,8%) tous les 6 mois ou plus (n=64)

Ceux n'en ayant pas étaient 3 (20%) à s'auto-prescrire un traitement tous les 3 mois et 12 (80%) tous les 6 mois ou plus (n=15) (p=0,68352).

### 3.2.3. Classes thérapeutiques auto-prescrites dans les 12 derniers mois

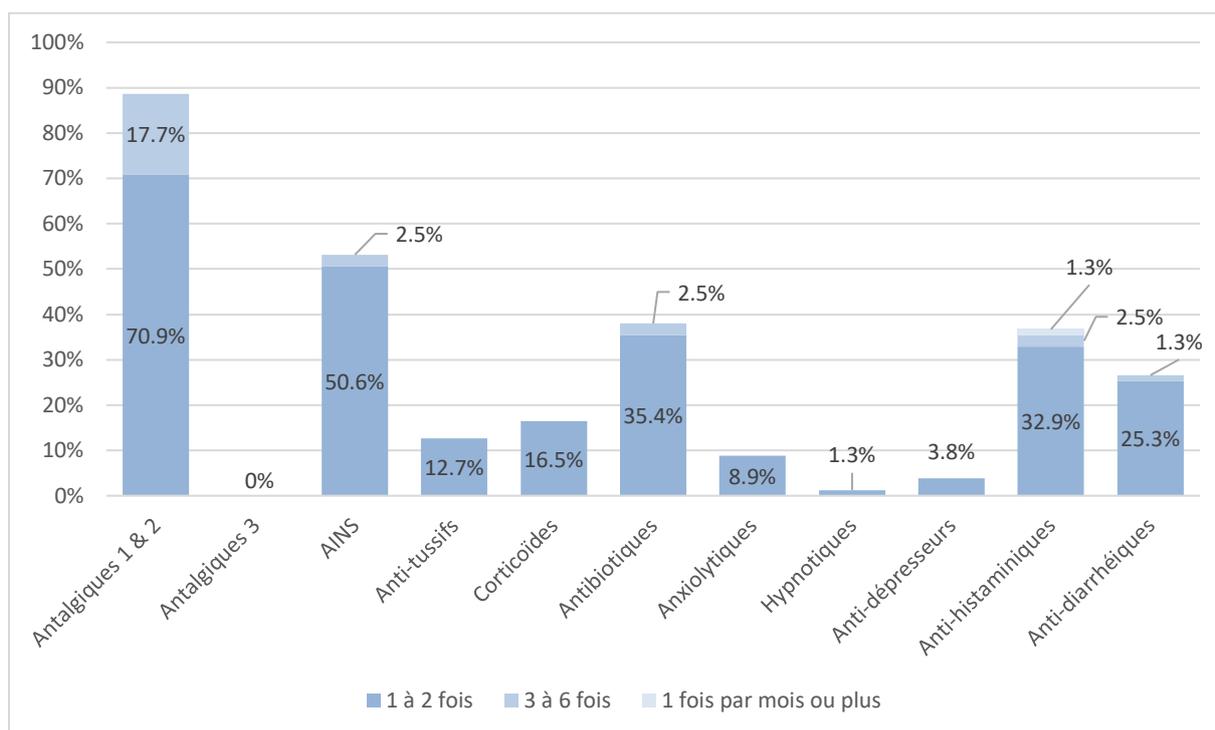


Figure 31 : Classes thérapeutiques auto-prescrites dans les 12 derniers mois

Les principales classes thérapeutiques auto-prescrites dans les 12 derniers mois étaient les antalgiques de paliers 1 ou 2 (70 internes soit 88,6%), et les AINS (42 internes soit 53,1%).

Dans les 12 derniers mois, 7 internes (8,9%) s'étaient prescrits des anxiolytiques, 3 internes (3,8%) des antidépresseurs, et 1 interne (1,3%) des hypnotiques (n=79).

Les internes ayant déjà eu recours à l'auto-prescription étaient 30 (37,9%) à s'être prescrits des antibiotiques au moins une fois ou plus dans les 12 derniers mois (n=79).

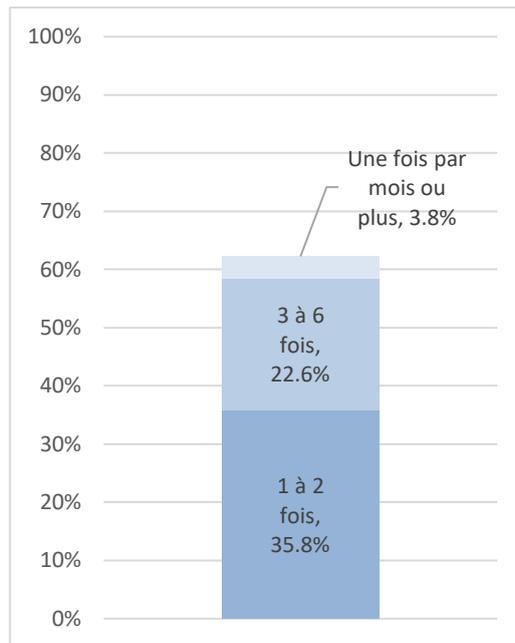


Figure 32 : Auto-prescription de la contraception dans les 12 derniers mois

Pour rappel, parmi les 58 internes femmes ayant répondu, 53 (91,4%) pratiquaient l'auto-prescription.

Concernant la contraception, elles étaient 33 (62,2%) à recourir à l'auto-prescription, dont 19 (35,8%) 1 à 2 fois par an une contraception, 12 (22,6%) 3 à 6 fois par an et 2 (3,8%) 1 fois par mois.

### 3.2.4. Examens complémentaires auto-prescrits dans les 12 derniers mois

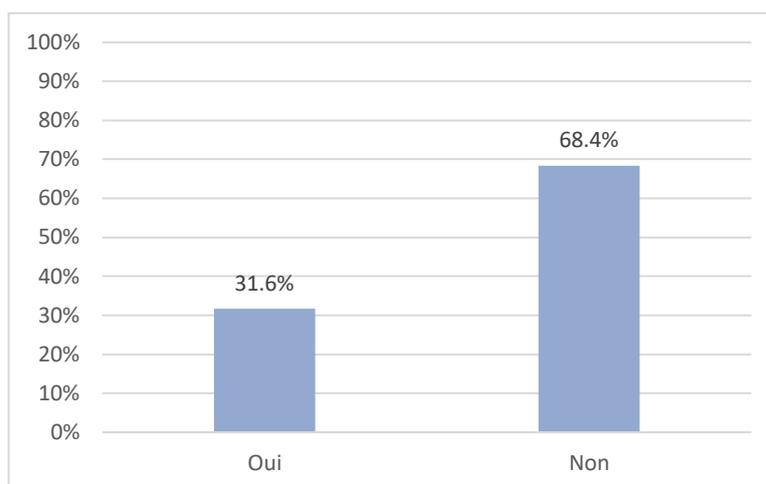


Figure 33 : Auto-prescription d'examens complémentaires dans les 12 derniers mois

Parmi les internes ayant eu recours à l'auto-prescription depuis le début de leur internat, 25 (31,6%) s'étaient prescrits un examen complémentaire soit de biologie soit de radiologie dans les 12 derniers mois.

### 3.2.4.1 Les examens de biologie

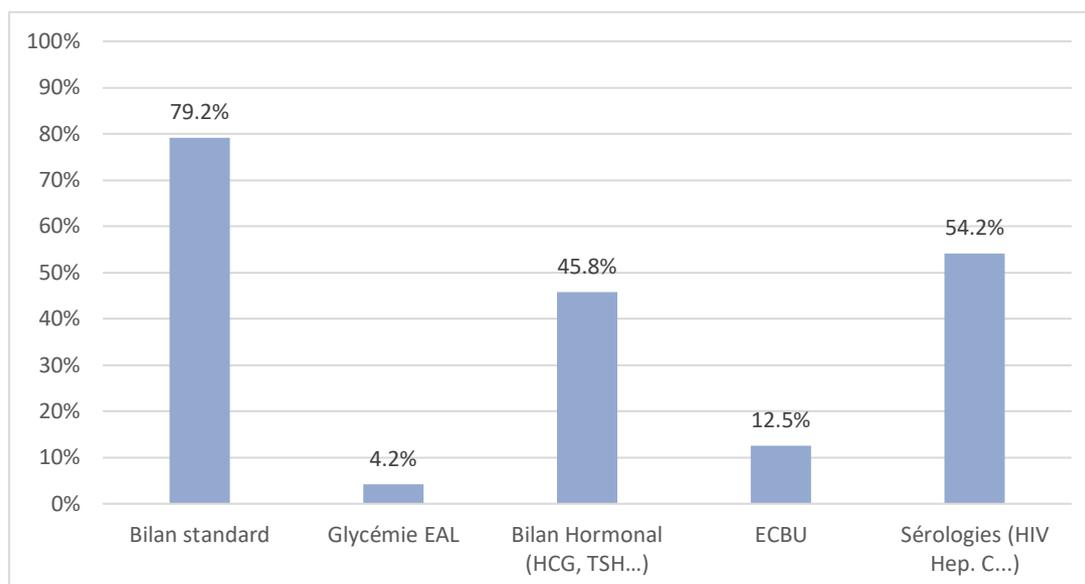


Figure 34 : Auto-prescription de bilan biologique dans les 12 derniers mois

Parmi les internes qui s'étaient prescrits des examens complémentaires, 24 (96%) avaient réalisé un bilan biologique.

Ils étaient 19 (79,2%) à s'être prescrits un bilan standard (NFS, plaquette, ionogramme, urée, créatinine et CRP), 13 (54,2%) des sérologies (HIV, Hep. C...), 11 (45,8%) un bilan hormonal (HCG, TSH...) et 3 (12,5%) un ECBU dans les 12 derniers mois (n=24).

### 3.2.4.2 Les examens de radiologie

Il y avait 7 internes (28%) qui s'étaient prescrits des examens de radiologie dans les 12 derniers mois.

Examen auto-prescrit	n=7
Radiographie Standard	1 (14,3%)
Échographie	3 (42,9%)
Scanner	2 (28,6%)
IRM	2 (28,6)

Tableau 1 : Nombre d'examens de radiologie

### 3.3. Les habitudes et déterminants de l'auto-prescription

#### 3.3.1. Principaux motifs de recours à l'auto-prescription

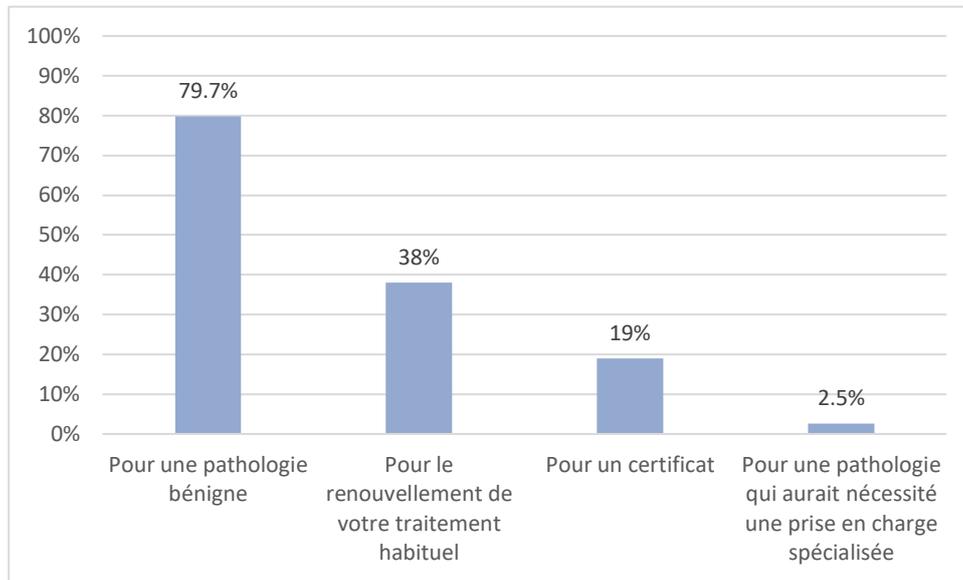


Figure 35 : Motifs du recours à l'auto-prescription dans les 12 derniers mois

Les internes ayant recours à l'auto-prescription étaient 63 (79,7%) à le faire pour une pathologie bénigne, 30 (38%) pour le renouvellement d'un traitement habituel, 15 (19%) pour un certificat et 2 (3%) pour une pathologie qui aurait nécessité une prise en charge spécialisée (n=79).

### 3.3.2. Les raisons du recours à l'auto-prescription

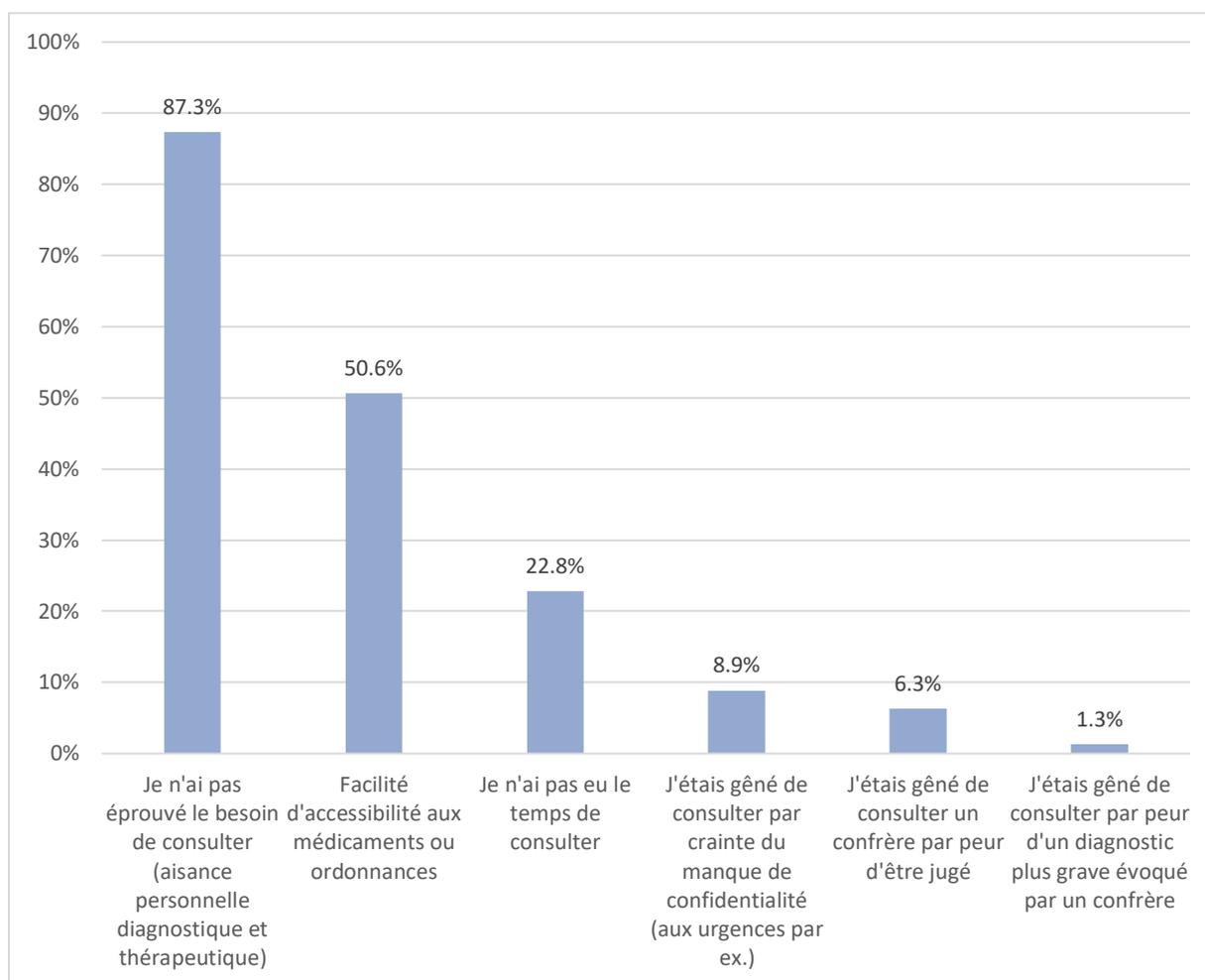


Figure 36 : Principales raisons du recours à l'auto-prescription

Pour 69 (87,3%) internes, l'aisance personnelle diagnostique et thérapeutique était la raison du recours à l'auto-prescription (n=79).

La seconde raison était la facilité d'accessibilité aux médicaments ou aux ordonnances pour 40 (50,6%) internes (n=79).

18 (22,8%) internes n'avaient pas le temps de consulter (n=79).

Ils étaient 7 (8,9%) à être gênés de consulter par manque de confidentialité, et 5 (6,3%) à avoir peur d'être jugé par un confrère. 1 (1,3%) interne a déclaré avoir peur d'un diagnostic plus grave (n=79).

Un interne a signalé comme autre raison que son médecin traitant « ne voulait plus la recevoir depuis qu'elle savait qu'elle avait le droit de prescrire ».

Un interne a fait remarquer que le Limousin est une petite région et que le manque de confidentialité était une raison majeure de recours à l'auto-prescription pour lui (beaucoup d'externes, d'internes ou de remplaçants dans les services et les cabinets de Médecine Générale).

### 3.3.3. Les habitudes d'auto-prescription

#### 3.3.3.1 Attitude thérapeutique en cas de pathologie bénigne

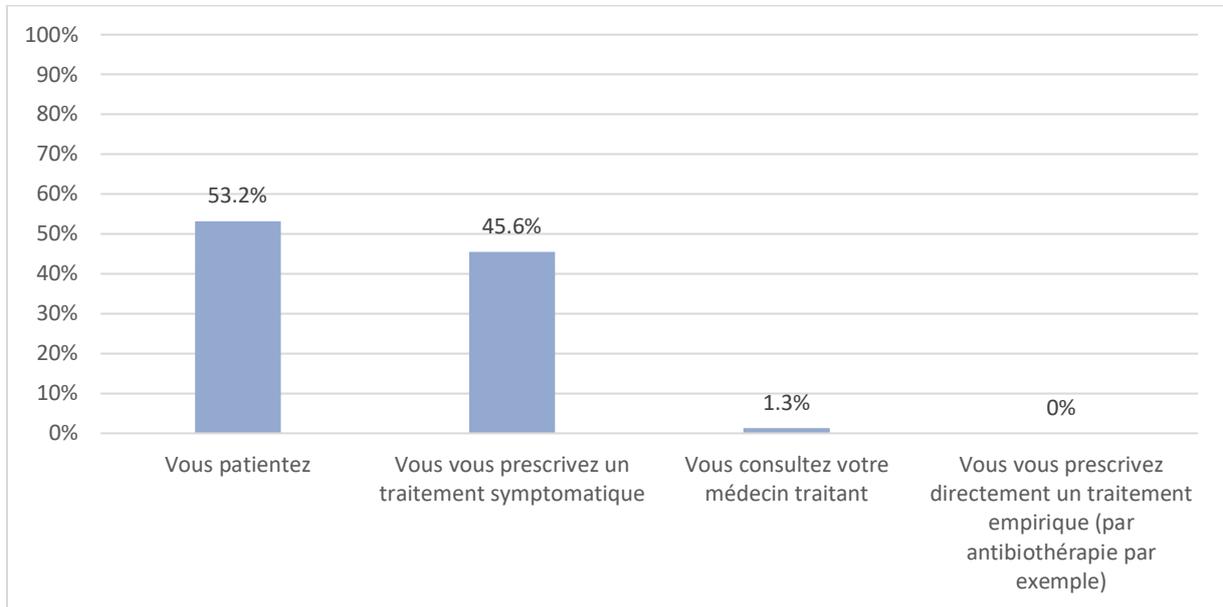


Figure 37 : Comportement en cas de pathologie bénigne

A la question « Lorsque vous pensez avoir une pathologie bénigne (Rhinopharyngite, angine ou gastro-entérite par exemple) » environ la moitié des internes patientait (42 internes soit 53%), et l'autre moitié se prescrivait un traitement symptomatique (36 internes soit 46%). Seul un interne consultait son médecin traitant et aucun ne se prescrivait de traitement empirique d'emblée (n=79).

### 3.3.3.2 Les situations de recours à l'auto-prescription

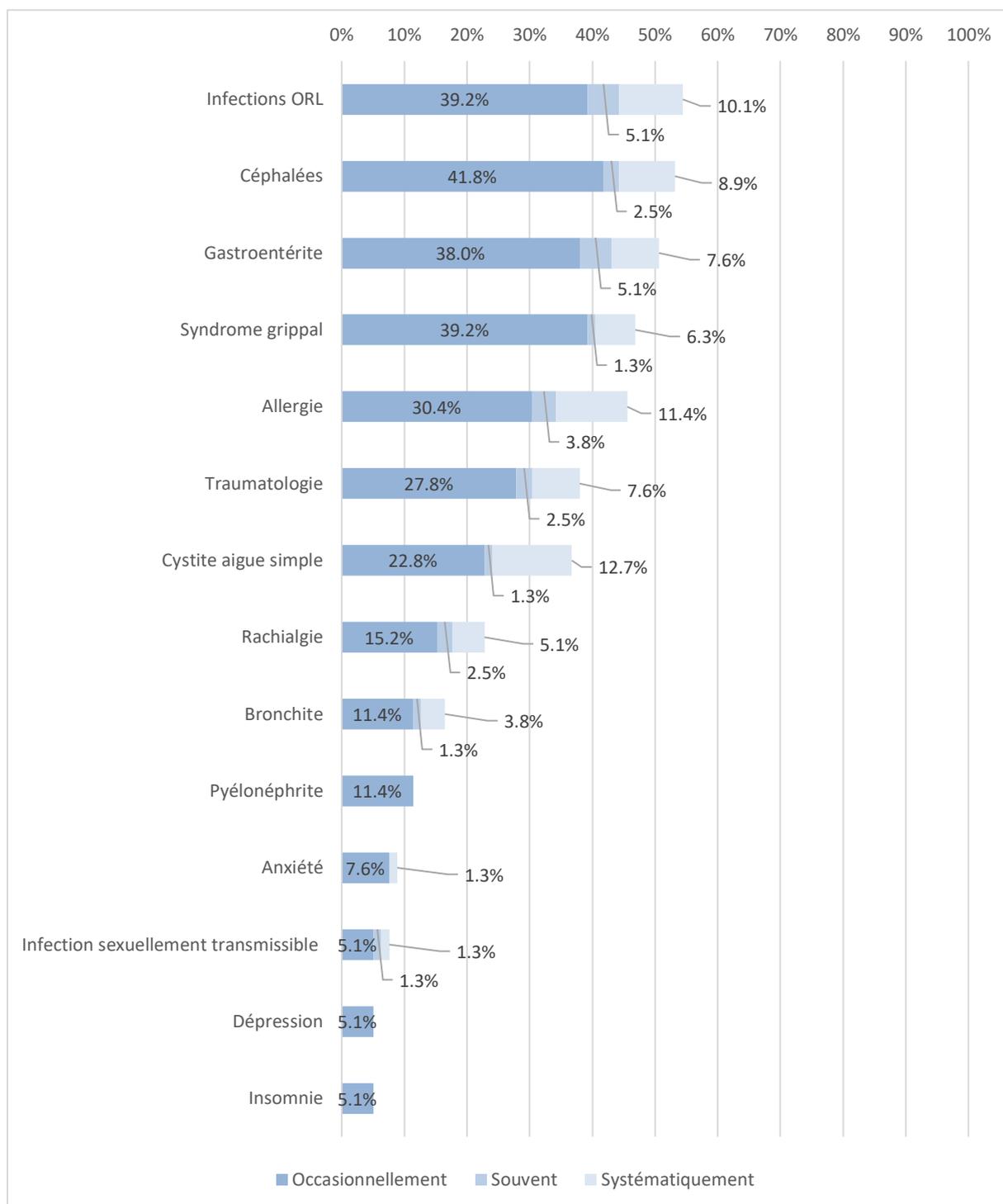


Figure 38 : Situations de recours à l'auto-prescription

A la question « Dans quelle(s) situation(s) avez-vous recours à l'auto-prescription ? », les internes avaient répondu principalement en cas d'infections ORL (43 internes soit 54,4%), de céphalées (42 internes soit 53,2%), de gastroentérites (40 internes soit 50,6%) et de syndromes grippaux (37 internes soit 46,8%) (n=79).

Il y avait 7 internes (8,9%) qui déclaraient avoir recours occasionnellement ou systématiquement à l'auto-prescription lors d'une situation d'anxiété, et 4 (5,1%) en cas de dépression ou d'insomnie (n=79).

Deux internes (2,5%) utilisaient l'auto-prescription pour constituer leur trousse à pharmacie personnelle, un interne (1,3%) pour le renouvellement de son Levothyrox, 3 (3,8%) pour des infections cutanées et un interne (1,3%) pour la vaccination grippale.

### 3.3.3.3 Délai entre les premiers symptômes et l'auto-prescription

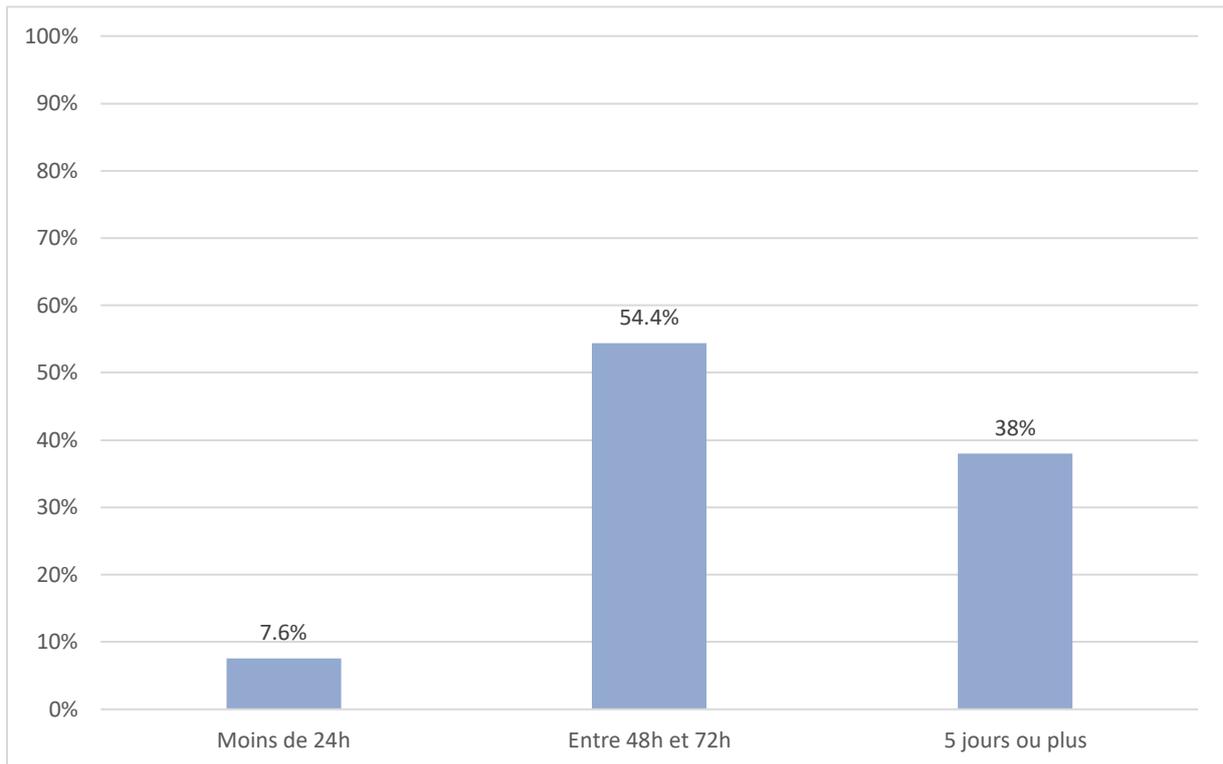


Figure 39 : Délai entre les premiers symptômes et l'auto-prescription

A la question « En général, quel est le délai entre l'apparition des premiers symptômes et votre auto-prescription ? », 6 (7,6%) internes patientent moins de 24h. Ils sont 43 (54,4%) à attendre entre 48 et 72h et 30 (38%) à patienter 5 jours ou plus (n=79).

### 3.3.3.4 Influence ressentie du stage ambulatoire

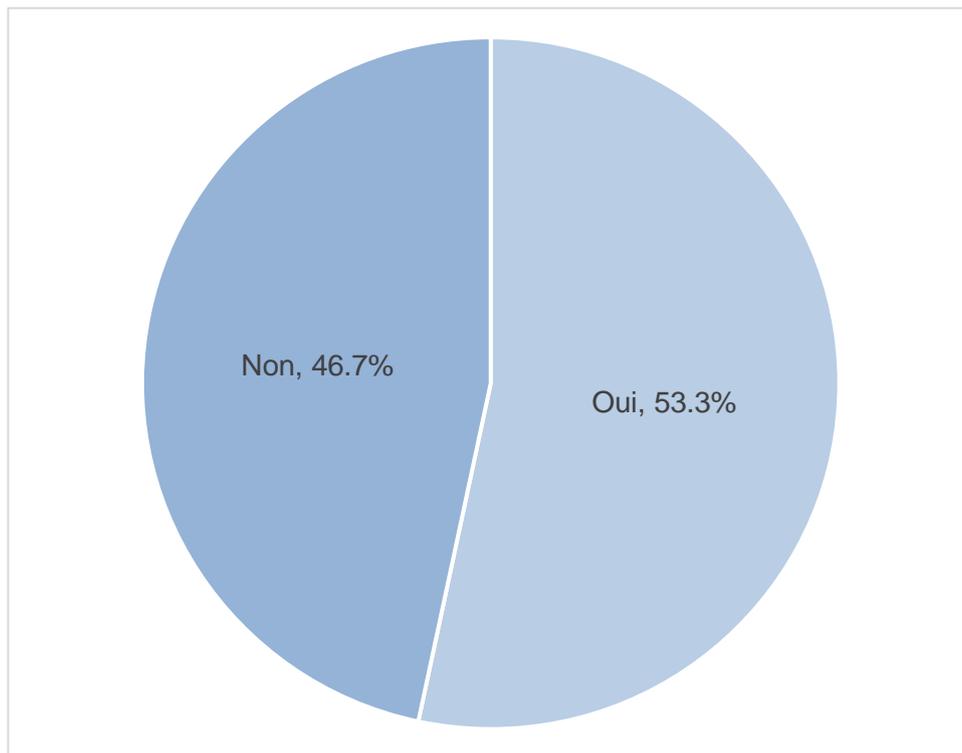


Figure 40 : Influence ressentie du stage ambulatoire sur l'auto-prescription des internes

Pour rappel, 46 internes avaient déclaré avoir validé le stage ambulatoire et 45 d'entre eux avaient déjà eu recours à l'auto-prescription.

A la question « Selon vous, le stage chez le praticien a-t-il modifié votre façon de vous prescrire des médicaments ? » 24 internes (53,3%) déclaraient qu'il avait modifié leur façon de se prescrire des traitements et 21 (46,7%) exprimaient le contraire (n=45).

### 3.3.3.5 Facteurs influençant l'auto-prescription

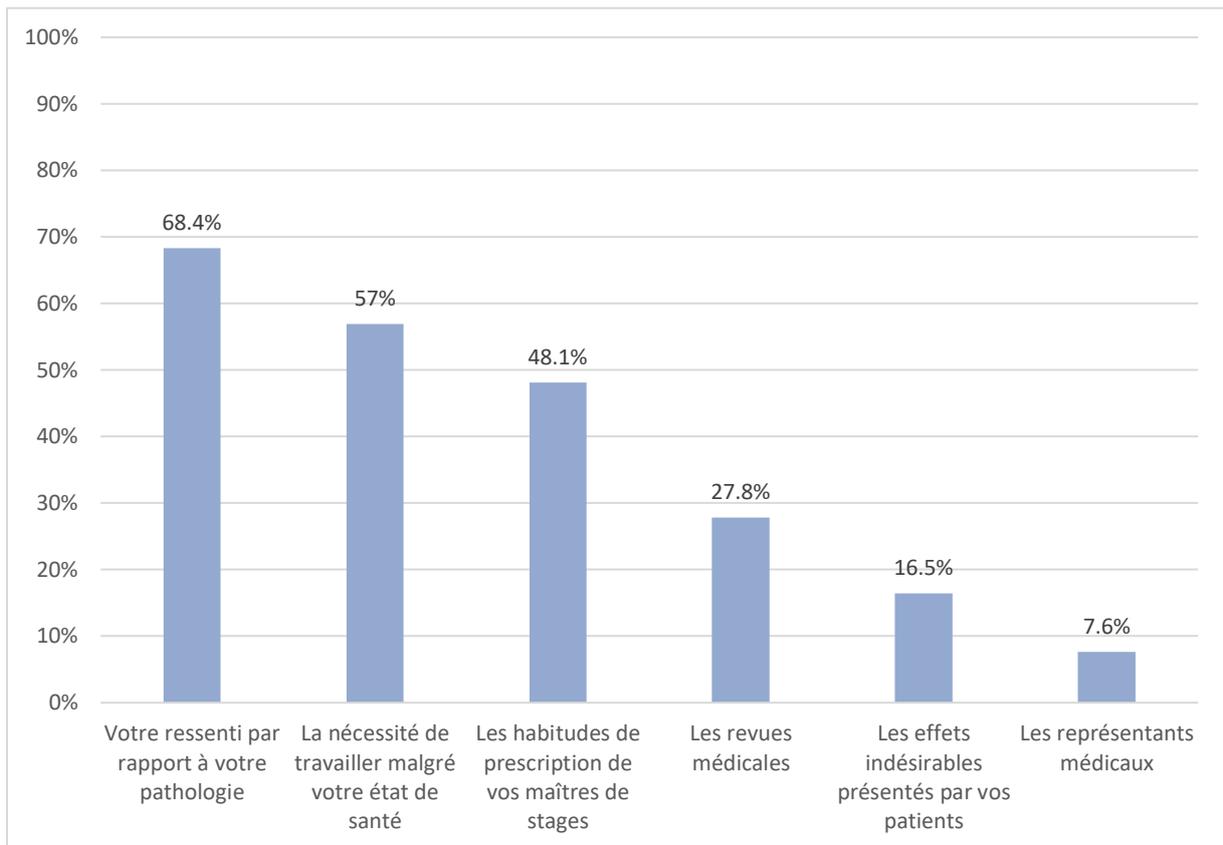


Figure 41 : Facteurs influençant l'auto-prescription

Parmi les internes, 54 (68,4%) déclaraient que leurs auto-prescriptions pouvaient être influencées par leur ressenti de la pathologie. Ils étaient 45 (57%) à exprimer que la nécessité de travailler malgré leur état de santé pouvait avoir une influence. Ils étaient 38 (48,1%) à déclarer que les habitudes de prescription de leurs maîtres de stage avaient une influence sur leurs auto-prescriptions.

Les revues médicales influençaient 22 (27,8%) internes, les effets indésirables présentés par les patients pour 13 (16,5%) et les représentants médicaux seulement pour 6 (7,6)% d'entre eux (n=79).

### 3.3.3.6 Suivi des recommandations de bonne pratique

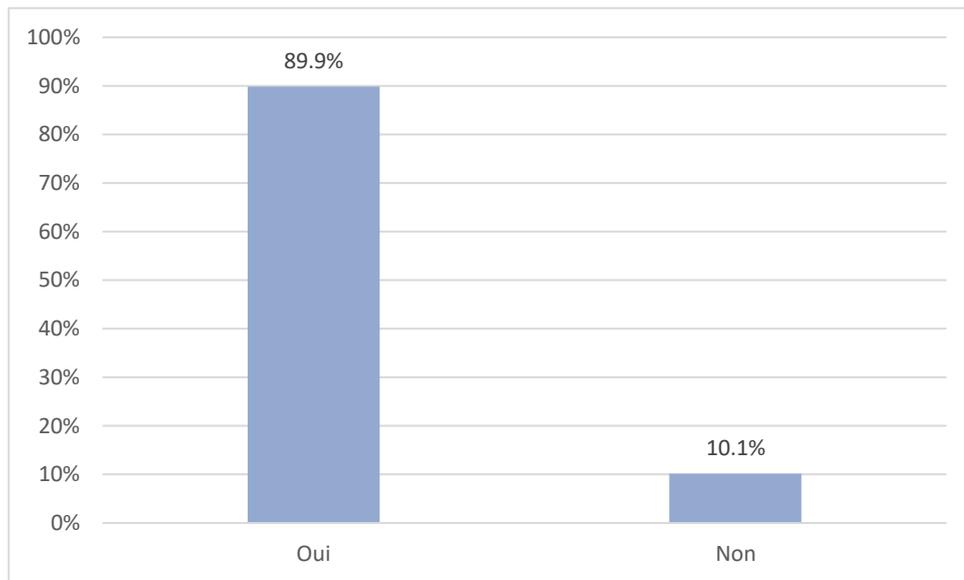


Figure 42 : Suivi des recommandations de bonne pratique

Concernant leurs auto-prescriptions, 71 internes (89,9%) déclaraient suivre les recommandations de bonne pratique (n=79).

## 4. Discussion

---

Ce travail avait pour objectif principal d'évaluer la pratique de l'auto-prescription des internes de Médecine générale à Limoges en 2016. C'était une pratique courante puisqu'ils étaient 91,9% à y avoir déjà eu recours depuis le début de l'internat.

Les DES 1 étaient 76,2% à avoir déjà eu recours à l'auto-prescription, et plus de 96,6% et 97,2% pour les DES 2 et 3. La quasi-totalité des internes ayant validé le stage chez le praticien avait déjà eu recours à l'auto-prescription.

Il y avait 84,9% d'internes ayant déclarés un médecin traitant. Plus de la moitié n'avaient pas consulté de médecin dans les 12 derniers mois.

L'automédication était une pratique présente avant l'internat pour 67,4% des internes et 96,6% d'entre eux avaient recours à l'auto-prescription par la suite.

Les trois quarts avaient des ordonnances vierges à domicile. Ils étaient 97% à se prescrire des médicaments lorsqu'ils en avaient.

Les principales classes thérapeutiques auto-prescrites dans les 12 derniers mois étaient les antalgiques de paliers 1 ou 2 (88,6% des internes), et les AINS (53,1% des internes). Les antibiotiques représentaient 37,9% des auto-prescriptions et les corticoïdes, 16,5%. Concernant les psychotropes, 8,9% des internes s'étaient auto-prescrits des anxiolytiques, 3,8% des antidépresseurs et 1,3% un hypnotique.

Un tiers des internes s'était prescrit un examen complémentaire dans les 12 derniers mois dont 96% de bilans biologiques et essentiellement des bilans standards (79,2%).

Majoritairement, les internes avaient recours à l'auto-prescription pour des pathologies bénignes (79,7%) ou pour le renouvellement d'un traitement (38%). Ils étaient 87,3% à ne pas éprouver le besoin de consulter par aisance diagnostic ou thérapeutique.

En cas de pathologie bénigne, la moitié des internes patientait et l'autre moitié se prescrivait un traitement symptomatique. En général, ils avaient l'habitude de patienter au moins 48h après le début des symptômes avant de se prescrire un traitement pour 54,4% d'entre eux.

Les principaux facteurs influençant leur façon de s'auto-prescrire étaient le ressenti de la pathologie (68,4%), la nécessité de travailler malgré l'état de santé (57%), les habitudes de prescription des maîtres de stage (48,1%) et les revues médicales (27,8%).

## **4.1. Forces et limites de l'étude**

### **4.1.1. Les points forts de l'étude**

Cette étude a permis de s'intéresser localement à une pratique courante à l'échelle nationale autant chez les internes que chez les médecins généralistes (4) (3). Malgré l'usage fréquent de l'auto-prescription, peu d'études s'y sont intéressées alors que la santé des étudiants en médecine et des médecins est largement médiatisée.

Il y a eu 86 réponses au questionnaire sur les 179 internes de Médecine Générale inscrits et sollicités. Le taux de réponse était de 48%, dans la moyenne des autres études réalisées sur le sujet (4,16).

Il nous a paru intéressant d'étudier les internes de Médecine Générale à Limoges puisqu'ils sont spécifiquement formés à être le premier recours en cas de pathologies. Nous nous sommes demandés comment ils pratiquaient l'auto-prescription quand ils étaient malades. Nous avons comparé à d'autres populations pour savoir s'il y avait des différences dans leur façon de se prescrire un traitement à eux-mêmes.

La première partie du questionnaire s'intéressait principalement aux caractéristiques démographiques des internes ainsi qu'à certains paramètres susceptibles d'avoir une influence sur l'auto-prescription tels que la possession d'ordonnances vierges ou l'habitude de l'automédication par le passé. Ces facteurs avaient été retrouvés dans d'autres études sur le sujet.

La seconde partie concernait les caractéristiques de l'auto-prescription spécifiquement chez les internes de Médecine Générale à Limoges notamment en terme de fréquence et de classes thérapeutiques.

La troisième partie du questionnaire s'intéressait aux habitudes d'auto-prescription. Nous avons trouvé intéressant d'évaluer l'influence du stage ambulatoire et notamment les habitudes de prescription des maîtres de stages sur l'auto-prescription des internes. En plus de l'étude des caractéristiques démographiques influençant l'auto-prescription, cette partie du questionnaire nous a permis d'évaluer les déterminants incitant les internes à se prescrire un traitement à eux-mêmes.

Notre échantillon était globalement comparable en terme de sexe à l'ensemble des étudiants inscrits en DES de Médecine Générale en 2016 à Limoges et à l'ensemble des étudiants en médecine à l'échelle nationale.

### **4.1.2. Faiblesses et biais de l'étude**

- Population étudiée

La population étudiée est relativement restreinte puisqu'elle ne concernait que les internes de Médecine Générale inscrits en 2016 à Limoges soit 182 étudiants sur les 3 promotions de DES. Trois internes ont abandonné en cours de DES et ont été exclus de la sollicitation par mail.

Le questionnaire a été envoyé une première fois fin juillet 2016. Les DES 1 n'avaient effectué que 9 mois de stage ce qui a pu diminuer la prévalence du recours à l'auto-prescription et sa fréquence.

Les critères d'inclusions étaient larges et les critères d'exclusions se limitaient aux internes ayant abandonné en cours de DES avant la première sollicitation par e-mail. Cette méthode a permis de ne pas trop restreindre l'effectif.

En 2016, la moitié des internes étaient inscrits en DES 3 ce qui explique en partie leur sur-représentation dans les réponses. Cependant, leur taux de réponse était inférieur aux autres promotions et a permis de limiter leur sur-représentation dans les résultats.

Cette étude s'est intéressée à l'influence du stage ambulatoire sur l'auto-prescription. Jusqu'en 2016, ce stage n'était pas obligatoirement réalisé lors de la première année. En 2017, la réforme de la maquette de DES a rendu obligatoire la réalisation du stage ambulatoire dès de la première année d'internat. L'ensemble de la population étudiée était associé à l'ancienne maquette de DES et a pu réaliser son stage en première, deuxième ou troisième année.

- Les biais de l'étude :

- Biais de sélection : Il est probable que seuls les internes intéressés par le sujet aient répondu. Les sollicitations ont été réalisées en Juillet, Aout et Septembre 2016 et l'enregistrement des réponses clôturé le 15 Octobre (soit un mois après la dernière relance). Il est possible que les internes en vacances n'aient pas pris le temps de répondre lors des premières sollicitations.

Au moment de la réalisation de l'étude, les internes étaient libres de réaliser leur stage ambulatoire en DES 1, 2 ou 3. Cela a pu avoir une influence sur l'auto-prescription en fonction de l'année de DES. Depuis 2017, le stage ambulatoire est obligatoirement réalisé en première année ce qui corrigerait ce biais, si une nouvelle étude était réalisée.

- Biais déclaratif et de désirabilité : Le recueil était anonyme pour limiter ces biais notamment sur les questions de classes thérapeutiques, mais il est possible que les répondants aient adapté leurs réponses pour correspondre aux recommandations de bonne pratique ou par soucis d'exemplarité.
- Biais cognitif : l'oubli de la date exacte et de la nature de l'auto-prescription peut avoir diminué l'expression de certaines réponses comme la fréquence de l'auto-prescription ou la classe thérapeutique.
- Biais d'interprétation : les questions étaient formulées de manière claire et courte, mais la notion d'automédication et d'auto-prescription étant proche, certaines réponses ont pu être sur-représentées (notamment les antalgiques de palier 1 ou certaines situations amenant à l'auto-prescription).
- Biais de méthodologie : l'ensemble des réponses étaient obligatoires pour valider le questionnaire. Les 7 internes ne pratiquant pas l'auto-prescription étaient obligés de répondre à toutes les questions. Leurs réponses n'ont pas été analysées lorsqu'il s'agissait des caractéristiques, des déterminants ou des habitudes d'auto-prescription.

## 4.2. Discussion des résultats

### 4.2.1. Caractéristiques de la population

L'échantillon étudié était globalement semblable en terme de sexe à l'ensemble des effectifs inscrits en Médecine Générale à Limoges en 2016. Cette année-là, il y avait 58,7% de femmes et 41,3% d'hommes inscrits. Notre échantillon était composé de 67,4% de femmes et 32,6% d'hommes. Ceci est globalement comparable aux effectifs nationaux d'étudiants en médecine où il y avait 62,9% de femmes en 2016/2017 (40).

En ce qui concerne l'année de DES, l'échantillon était globalement représentatif de l'effectif total inscrit en 2016.

Nous avons été surpris d'avoir 15,1% des répondants n'ayant pas de médecin traitant. Dans la population générale, 8% des assurés n'ont pas déclaré de médecin traitant en 2015 (41). Ce chiffre est beaucoup plus important dans la population des étudiants en médecine (2<sup>ème</sup> cycle, 3<sup>ème</sup> cycle et fin de cursus) puisqu'il s'élève à 41% en 2016 d'après le rapport du CNOM sur « la santé des étudiants et jeunes médecins » (3).

On constate donc que la proportion d'internes de notre étude n'ayant pas déclaré de médecin traitant était supérieure par rapport à la population générale. Mais elle était largement inférieure par rapport à l'ensemble des étudiants en médecine en France.

Elle n'est pas obligatoire, mais elle traduit l'adhésion à une prise en charge médicale extérieure et au parcours de soins coordonnés. Plusieurs hypothèses telles que la désertification médicale, ou l'absence de nécessité ressentie d'avoir un médecin traitant par aisance personnelle à l'« auto-soin » peuvent être évoquées pour expliquer cette différence.

#### 4.2.2. Le recours à l'auto-prescription

Nous avons trouvé que 91,9% des internes inscrits en DES de Médecine générale à Limoges en 2016 avaient déjà eu recours à l'auto-prescription (n=86).

Cette pratique nous a semblé assez importante. Les données de la littérature suggéraient une prévalence globalement similaire tant chez les internes que chez les médecins généralistes.

Auteur	Notre étude	Delahaye V. (42)	Stepowski C. (5)
Population étudiée	Internes de MG Limousin n=86	Internes toutes spécialités confondues Picardie n=318	Médecins Généralistes Haute Normandie n=484
Année	2016	2015	2011
Recours à l'auto-prescription	91,9%	96,2%	99%

Tableau 2 : Comparaison de l'auto-prescription de différentes populations

#### 4.2.3. Influence des caractéristiques de la population sur l'auto-prescription

##### 4.2.3.1 Caractéristiques ayant une influence significative

- Année de DES

Les 2<sup>ème</sup> et 3<sup>ème</sup> années avaient significativement déjà eu recours à l'auto-prescription depuis le début de leur internat, respectivement 96,6% et 97,2% alors qu'il n'étaient que 76,2% en 1<sup>ère</sup> année de DES ( $p=0.01544$ ).

Il serait envisageable de penser que l'évolution dans la maquette de DES permettrait aux internes d'acquérir une aisance concernant l'auto-prescription.

- Validation du stage ambulatoire

Les internes ayant validé le stage ambulatoire avaient tendance à avoir déjà eu recours à l'auto-prescription pour 97,8% d'entre eux contre 82,5% pour ceux qui ne l'avait pas encore validé ( $p=0.04629$ ). On pourrait émettre l'hypothèse que les internes acquièrent également une aisance dans l'auto-prescription après la réalisation du stage ambulatoire.

Mais en raison d'un effectif trop faible (en DES 1 aucun interne n'avait réalisé le stage ambulatoire), il n'a pas été possible de déterminer si la pratique de l'auto-prescription était acquise spécifiquement lors de la réalisation du stage ambulatoire selon l'année de DES.

S'il pourrait avoir une influence en facilitant l'auto-prescription, il est difficile de conclure quant à son impact réel, puisque seul la moitié des internes (53,3%) déclaraient que la validation du stage ambulatoire avait modifié leur façon de s'auto-prescrire un traitement.

Il serait intéressant de refaire cette étude avec la nouvelle maquette de DES où le stage ambulatoire est obligatoirement réalisé en première année pour en connaître son influence réelle.

- Pratique de l'automédication avant de commencer l'internat

La pratique de l'automédication avant l'internat augmentait significativement le recours à l'auto-prescription ( $p=0,03452$ ).

Les internes qui avaient l'habitude de s'auto-médiquer étaient 96,6% à avoir recours à l'auto-prescription. Ils n'étaient que 82,1% à y avoir recours lorsqu'ils ne pratiquaient pas l'automédication ( $p=0,03452$ ).

L'hypothèse que nous avons formulée était que l'automédication avait induit une forme d'autonomie dans la prise en charge de la santé des internes. Il serait possible que cette habitude puisse potentiellement se traduire par une aisance personnelle dans le diagnostic de sa pathologie et dans l'auto-prescription.

- Possession d'ordonnances vierges à domicile

Avoir des ordonnances vierges augmentait significativement le recours à l'auto-prescription. 97% des internes ayant des ordonnances avaient recours à l'auto-prescription, alors qu'ils n'étaient que 75% lorsqu'ils n'en n'avaient pas ( $p=0.00668$ ).

Il est probable que cela simplifie l'auto-prescription. Ils n'auraient pas la nécessité d'aller sur un lieu de stage pour se procurer l'ordonnance ou de consulter un médecin.

#### **4.2.3.2 Caractéristiques n'ayant pas une influence significative**

- Le sexe

Le sexe n'avait pas d'influence sur le recours à l'auto-prescription. Les femmes étaient 91,4% à s'être déjà prescrit un traitement depuis le début de l'internat et 92,9% pour les hommes ( $p=1$ ).

Alors que nous pensions que la contraception pouvait augmenter le recours à l'auto-prescription des femmes, il apparaît que les deux sexes y ont recours dans les mêmes proportions.

- La déclaration de médecin traitant

Alors que tous les internes sans médecin traitant avaient recours à l'auto-prescription, 90,4% de ceux qui en avait un se prescrivait un traitement à eux même ( $p=0,58814$ ).

La déclaration d'un médecin traitant aurait tendance à diminuer le recours à l'auto-prescription mais de façon non significative probablement par manque de puissance.

Alors que le médecin traitant est une voie d'accès aux soins de premier recours, il apparait que les internes ont malgré tout recours à l'auto-prescription. Il est possible que s'auto-prescrire un traitement soit une solution plus simple qu'une consultation avec son médecin traitant étant donné l'éloignement géographique de certains lieux de stage ou le manque de temps.

- Le nombre de consultations médicales

Dans les 12 derniers mois, plus de la moitié des internes n'avaient pas vu de médecin en consultation. Ceux ayant consulté une fois ou plus n'avaient pas tendance à avoir moins recours à l'auto-prescription ( $p=0,99999$ ).

Il est également envisageable que par manque de puissance, il ne soit pas possible de conclure en raison d'un effectif trop petit. On peut également supposer que l'éloignement géographique des lieux de stages ou le manque de temps ne facilite pas l'accès aux soins. Il apparait d'ailleurs que la déclaration d'un médecin traitant n'était pas significativement associée à un nombre plus important de consultations ( $p=0,96279$ ).

Le suivi gynécologique des femmes pourrait expliquer en partie le nombre d'internes ayant consulté dans les 12 derniers mois. Mais par manque de puissance on peut seulement formuler l'hypothèse qu'elles avaient tendance à d'avantage consulter que les hommes ( $p=0,06782$ ).

- Suivi médical avant l'internat

Avant l'internat, deux tiers des internes (62,8%) n'avait pas de suivi médical régulier et ils n'avaient pas tendance à avoir d'avantage eu recours à l'auto-prescription ( $p=0,25014$ ).

Nous avons formulé l'hypothèse que les internes ayant un suivi médical avant l'internat avaient moins tendance à s'auto-prescrire des traitements car ils avaient d'avantage l'habitude de consulter en cas de pathologie aigue ou de renouvellement (allergie, contraception...). Or, ce dernier n'avait pas d'influence ni sur l'automédication ( $p=0,49943$ ) ni sur l'auto-prescription par la suite ( $p=0,25014$ ).

Il est également possible que l'auto-prescription des internes soit une solution plus facile d'accéder aux soins malgré l'habitude d'avoir un suivi médical régulier avant l'internat.

### 4.3. Discussion des caractéristiques de l'auto-prescription

Lors de ce travail et à partir des données de la littérature, nous sommes partis de l'hypothèse que la majorité des internes s'étaient déjà prescrits un traitement. Nous avons voulu savoir quelles étaient les caractéristiques de ce recours à l'auto-prescription.

#### 4.3.1. Dernière auto-prescription et fréquence

Nous avons trouvé que 79,7% des internes s'étaient prescrits un traitement dans les 6 derniers mois (n=79) et qu'ils déclaraient avoir recours à l'auto-prescription tous les 6 mois pour 71% d'entre eux, ce qui est globalement concordant.

A partir des éléments qui influençaient l'auto-prescription, nous avons cherché à savoir si un profil particulier d'internes avait tendance à s'auto-prescrire plus fréquemment des traitements.

- Le sexe

Alors que les femmes et les hommes avaient déjà eu recours à l'auto-prescription depuis le début de l'internat dans les mêmes proportions, les internes féminines avaient tendances à s'auto-prescrire un traitement plus fréquemment.

En regardant les classes thérapeutiques qu'elles se prescrivaient, la contraception était majoritairement retrouvée. Cela pourrait expliquer qu'elles aient plus fréquemment recours à l'auto-prescription que les hommes ( $p=0,034507$ ).

- L'année de DES

Nous pensions que l'expérience acquise aurait permis aux internes de se sentir plus à l'aise dans l'auto-prescription et donc de se prescrire plus fréquemment un traitement.

Malgré un taux de répondants correct, il n'est pas possible de conclure que la fréquence de l'auto-prescription augmente avec l'évolution dans le DES de Médecine Générale ( $p=0,71768$ ).

Pourtant on peut remarquer qu'une tendance se dessine en faveur de cette hypothèse puisque les internes de 3<sup>ème</sup> année étaient 13 (37,2%) à se prescrire un traitement tous les mois ou tous les 3 mois (n=35), alors qu'ils n'étaient que 3 (18,8%) en 1<sup>ère</sup> année (n=16), mais le manque de puissance ne permet pas de montrer une influence significative de l'année de DES.

Il est possible que l'état de santé ou un traitement régulier soient aussi des facteurs influençant la fréquence de l'auto-prescription. Un travail complémentaire sur la santé des internes serait intéressant pour déterminer son impact sur l'auto-prescription.

- La validation du stage ambulatoire

Lors de la réalisation du questionnaire nous avons formulé l'hypothèse qu'après la validation du stage ambulatoire, les internes se sentiraient plus à l'aise pour s'auto-prescrire un traitement en cas de pathologie courante.

Alors que la validation de ce dernier était probablement associée à un recours plus important à l'auto-prescription, on ne peut pas affirmer qu'elle était associée à une fréquence plus importante ( $p=0,85273$ ).

De la même manière, l'état de santé ou un traitement de fond pourraient avoir une influence sur la fréquence de l'auto-prescription.

- Ordonnances vierge à domicile

Nous avons trouvé qu'avoir des ordonnances vierges à domicile augmentait significativement le recours à l'auto-prescription.

Cependant, il ne semble pas que cela augmente de façon significative la fréquence de l'auto-prescription ( $p=0,68352$ ). Environ un tiers des internes (31,3%) ayant des ordonnances vierges se prescrivait un traitement au moins tous les 3 mois. Ceux n'en ayant pas étaient 20% à s'auto-prescrire un traitement tous les 3 mois.

Bien que cela puisse faciliter le recours à l'auto-prescription, cela ne semble pas augmenter sa fréquence.

### 4.3.2. Classes thérapeutiques fréquemment auto-prescrites

Ce travail nous a permis de mettre en évidence que les principales classes thérapeutiques auto-prescrites dans les 12 derniers mois étaient les antalgiques de paliers 1 ou 2, les contraceptifs, les AINS et les anti-histaminiques.

Nous avons comparé nos résultats avec l'étude sur la santé des étudiants en médecine et jeunes médecins en 2016 du CNOM (en ne sélectionnant que les réponses du 3<sup>ème</sup> cycle) et avec les résultats de thèse de G. Labeille sur les médecins généralistes de 2013.

A noter qu'en moyenne dans l'étude du CNOM, les internes de Médecine Générale représentaient environ 50% des répondants, ce qui permet une représentativité correcte.

Classe thérapeutique	Notre étude	Étude du CNOM (3)	Labeille G.(4)
Année	2016	2016	2013
Population	Internes MG Limoges n=79	Internes toutes spécialités confondues Nationale n=7765	Médecin généralistes Rhône-Alpes n=529
Antalgiques de palier 1 ou 2	88,6%	95,2% (antalgiques de palier 1 seulement)	x
Antalgiques de palier 3	0%	4,5%	2,5%
AINS	53,1%	x	68,1%
Anti-tussifs	12,7%	x	33,1%
Corticoïdes	16,5%	x	x
Antibiotiques	37,9%	46,5%	47%
Anxiolytiques	8,9%	23,6%	17,5%
Anti-dépresseurs	3,8%	7,9%	4,1%
Hypnotiques	1,3%	21,2%	16,7%
Anti-histaminiques	36,7%	x	x
Anti-diarrhéiques	26,6%	x	x

Tableau 3 : Comparaison des classes thérapeutiques auto-prescrites selon différentes études

L'étude du CNOM étudiait les étudiants de 2<sup>ème</sup> cycle, 3<sup>ème</sup> cycle et fin de cursus (bien que les résultats soient individualisés par cycle). Nous n'avons comparé qu'avec les étudiants de 3<sup>ème</sup> cycle dont l'effectif était constitué de 43% à 57% d'internes de Médecine Générale selon la classe thérapeutique interrogée.

Mais la comparaison de notre étude reste difficile en raison de la formulation de la question : « consommation » dans l'étude du CNOM plutôt qu'auto-prescription dans notre travail.

Nous n'avons pas pris en compte l'état de santé de la population étudiée. Or, la thèse de G. Labeille concernait la population de Médecins Généralistes dont l'auto-prescription était significativement associée à l'âge et à l'état de santé. Une auto-prescription moindre de certaines classes thérapeutiques pouvait donc s'expliquer par le fait que les internes limougeauds étaient plus jeunes et probablement moins sujets à différentes pathologies notamment rhumatologiques ou psychiatriques.

Nous sommes partis de l'hypothèse que la majorité des traitements auto-prescrits étaient auto-initiés, mais il aurait été intéressant de connaître l'importance de l'auto-initiation et de l'auto-renouvellement, notamment en ce qui concerne les psychotropes. En effet, l'auto-prescription s'appuie, soit sur une démarche diagnostique lorsqu'il s'agit d'une initiation, soit sur des critères de suivi et d'efficacité du traitement lorsqu'il s'agit d'un renouvellement. Dans les deux cas, l'objectivité du prescripteur est discutable concernant certaines pathologies notamment psychiatriques.

Peu d'internes avaient recours à l'auto-prescription de psychotropes. Notre effectif était trop faible pour pouvoir établir un lien entre la prise de psychotrope et l'année de DES ( $p=0,59687$ ). L'étude du CNOM sur la santé des étudiants en médecine et jeunes médecins suggérait que la prise de psychotropes était plutôt en lien avec la déclaration « d'idées suicidaires ou d'une mauvaise santé » qui étaient plus marquée au cours du 3<sup>ème</sup> cycle qu'au cours du second ou des étudiants en fins de cursus (3).

Concernant la contraception, deux tiers des femmes (62,2%) avaient recours à l'auto-prescription ( $n=53$ ). Ce résultat suggère qu'elles ont majoritairement recours à l'auto-prescription de leur contraceptif. Nous avons supposé que les internes qui ne se prescrivaient pas de contraception n'en avaient pas la nécessité ou que la prescription, possiblement renouvelable, provenait du médecin ayant réalisé le suivi gynécologique (lors de la réalisation du frottis cervico-utérin par exemple).

V. Delahaye a trouvé un résultat supérieur dans son travail puisque 76% des femmes de son étude se prescrivaient elle-même leur contraception. Sa population était plus importante et correspondait à l'ensemble des internes toutes spécialités confondues. Or son travail mettait en évidence une sur-représentation des spécialités médicales (hors Médecine Générale) dont le suivi gynécologique était moins rigoureux puisque dans cette population, le frottis cervico-utérin était réalisé plus fréquemment au-delà des trois ans. Nous avons supposé que pour cette raison, elles avaient peut-être tendance à s'auto-prescrire d'avantage leur contraception puisqu'elles consultaient moins souvent pour leur suivi gynécologique.

Les données de la littérature suggèreraient donc que les internes limougeauds s'auto-prescrivent globalement en moins grandes proportions la plupart des classes thérapeutiques par rapport à l'ensemble des internes français ou aux médecins généralistes de Rhône Alpes.

### 4.3.3. Discussion de l'auto-prescription d'examens complémentaires

#### 4.3.3.1 Examens de biologie

Nous avons constaté qu'un tiers des internes s'étaient prescrits un examen complémentaire dans les 12 derniers mois majoritairement un bilan biologique (96%) et pour 79,2% un bilan standard.

Examen de biologie	Notre étude Internes MG 2016 n=24	Delahaye V. (42) Internes toutes spécialités confondues Picardie 2015 n=306
Bilan standard	79,2%	78,4%
Glycémie EAL	4,2%	0,9%
Bilan hormonal (HCG, TSH...)	45,8%	37,8%
ECBU	12,5%	7,2%
Sérologies (HIV Hep. C...)	54,2%	45%

Tableau 4 : Comparaison des examens de biologie

La revue de la bibliographie montre des résultats globalement comparables malgré notre échantillon relativement faible.

On remarque une proportion importante de bilans standards auto-prescrits chez une population normalement jeune et en bonne santé. On pourrait éventuellement penser que les internes étaient préoccupés par leur état de santé, mais les raisons de la prescription des bilans standards n'étaient pas l'objet de ce travail. Cependant cette proportion élevée de bilans standards pourrait s'expliquer par l'association assez fréquente de leur auto-prescription à des sérologies ou des bilans hormonaux. En effet, 68% des bilans standards étaient prescrits en association à une sérologie ou un bilan hormonal. Le nombre de bilans hormonaux (HCG, TSH) pourrait être en lien avec la part importante de femmes dans notre étude.

### 4.3.3.2 Examens de radiologie

Examen de radiologie	Notre étude Internes MG 2016  n=7	Delahaye V. (42) Internes toutes spécialités confondues Picardie 2015 n=39
Radiographie standard	14%	51,3%
Échographie	42%	28,2%
Scanner	28,5%	23,1%
IRM	28,5%	17,9%

Tableau 5 : Comparaison des examens de radiologie

En ce qui concerne les examens de radiologie, la comparaison est particulièrement difficile en raison de la taille de notre effectif. Seul 7 internes s'étaient auto-prescrits une imagerie dans les 12 derniers mois alors que la cohorte de V. Delahaye comptait 39 internes. Par ailleurs, les populations comparées ne sont pas identiques. Il peut être possible que certaines spécialités aient un accès plus aisé aux examens de radiologie.

## 4.4. Discussion des habitudes et déterminants de l'auto-prescription

Alors que ce travail nous a permis de mettre en évidence un recours important à l'auto-prescription, nous nous sommes intéressés aux habitudes des internes. Nos résultats indiquaient que les internes ayant l'habitude de l'automédication avaient tendance à avoir d'avantage recours à l'auto-prescription par la suite.

### 4.4.1. Concernant les motifs de l'auto-prescription

Ils étaient 80% à avoir recours à l'auto-prescription pour une pathologie bénigne.

Cela peut expliquer que les antalgiques de palier 1 ou 2, les AINS, les antibiotiques ou les anti-histaminiques soient fréquemment auto-prescrits. Peu d'études se sont intéressées aux motifs de ce recours. G. Labeille a montré qu'il était fréquent que les médecins généralistes de Rhône-Alpes aient recours à l'auto-prescription dans des situations aiguës bénignes (ORL, gastro-entérites...) (4).

Nous avons retrouvé un nombre important de renouvellements de traitements habituels. Après analyse des résultats nous avons constaté qu'ils étaient associés fréquemment à l'auto-prescription d'une contraception (24 internes soit 83% ; n=30) ce qui est cohérent avec l'hypothèse d'une population jeune et relativement indemne de pathologies chroniques nécessitant un traitement au long cours.

L'auto-prescription de certificats médicaux arrivent en troisième motif (19% ; n=79). Nous n'avons pas précisé l'objet du certificat mais parmi les 15 internes, 7 ont déclaré qu'il s'agissait de certificats de non contre-indication à la pratique sportive. Nous ne l'avons pas recherché dans notre étude, mais il semble assez peu probable que ceux-ci soient associés à un examen clinique normalement indispensable (cardiaque) lors de la réalisation de tels certificats. Cela pourrait traduire une certaine confiance ou un moindre degré de préoccupation concernant une pathologie cardiaque.

Le dernier motif, qui heureusement était le plus faible (2 internes soit 2,5% ; n=79), concerne le recours à l'auto-prescription lorsqu'il s'agissait d'une pathologie qui aurait nécessité une prise en charge spécialisée.

Dans ce travail, la pathologie en cause n'était pas demandée. Les classes thérapeutiques auto-prescrites par les 2 internes ayant déclaré ce motif ne permettaient pas d'établir un profil spécifique. La déclaration de ce motif pourrait traduire leur conscience de la sévérité de la pathologie qui ne bénéficie pourtant pas d'une prise en charge spécialisée qui aurait semblé plus adéquate. Il n'est pas exclu également que peu d'internes aient déclaré ce motif soit par déni soit par manque d'objectivité.

#### **4.4.2. Concernant les raisons de l'auto-prescription**

Après l'analyse des principaux motifs de l'auto-prescription, il nous apparaissait important de nous intéresser aux raisons qui motivent les internes à se prescrire un traitement à eux-mêmes.

A partir d'éléments retrouvés lors de la bibliographie et de notre questionnaire, nous avons soumis aux internes plusieurs raisons en leur laissant la possibilité de rajouter un commentaire libre.

Dans son travail de thèse en 2016, L. Simon a cherché à déterminer les raisons de l'auto-prescription. Sa population correspondait à l'ensemble des internes toutes spécialités confondues en France. Les étudiants inscrits en Médecine Générale représentaient environ la moitié de son effectif. La comparaison est difficile puisque la formulation des raisons dans son travail n'est pas rigoureusement la même que dans notre étude.

	Notre étude Internes de MG Limoges 2016 n=79	L. Simon (43) Internes toutes spécialités confondues Nationale 2015 n=335
Je n'ai pas éprouvé le besoin de consulter (aisance personnelle diagnostique et thérapeutique)	87,3%	45%
Facilité d'accessibilité aux médicaments ou ordonnances	50,6%	80%
Je n'ai pas eu le temps de consulter	22,8%	75%
J'étais gêné de consulter par crainte du manque de confidentialité (aux urgences par ex.)	8,9%	9%
J'étais gêné de consulter un confrère par peur d'être jugé	6,3%	13%
J'étais gêné de consulter par peur d'un diagnostic plus grave évoqué par un confrère	1,3%	X

Tableau 6 : Tableau comparatif des raisons de l'auto-prescription

Cette question nous a permis de répondre à certaines hypothèses formulées concernant le recours important à l'auto-prescription.

Globalement, la majorité des internes déclaraient une aisance personnelle diagnostique et thérapeutique. Ce résultat pourrait traduire une confiance en leurs aptitudes cliniques et une possible objectivité suffisante dans l'auto-soin.

Les DES 1 étaient 93,7% (n=16) à déclarer ce motif, les DES 2 82,1% (n=28) et les DES 3 88,6% (n=35). Bien que les internes de DES 1 soient sous représentés, ils déclaraient d'avantage ce motif. Il n'a pas été possible de confirmer l'hypothèse que l'année de DES était associée à l'acquisition d'une aisance personnelle diagnostique et thérapeutique ( $p=0,62257$ ).

On pourrait s'interroger sur l'aisance des DES 1 puisqu'ils débutent leur internat et qu'aucun d'entre eux n'avait encore validé le stage ambulatoire. Peut-être par manque de puissance, il n'a pas été possible de montrer que le stage ambulatoire était associé à l'acquisition d'une aisance personnelle diagnostique et thérapeutique ( $p=0,50183$ ).

Nous avons constaté une différence significative avec le travail de L. Simon dans la déclaration de l'aisance diagnostique et thérapeutique. Il est possible que cela puisse être en partie expliqué par les réponses des internes de spécialités moins à l'aise concernant l'auto-prescription vis-à-vis des pathologies rencontrées en médecine générale.

Son travail ne faisait pas la distinction entre automédication et auto-prescription ce qui a pu diminuer la déclaration de cette raison mais pourrait aussi expliquer la surexpression de la facilité d'accès aux médicaments.

Dans notre étude, un interne sur deux déclarait qu'un accès plus facile aux médicaments était une raison de l'auto-prescription. Cela semble cohérent avec le résultat que nous avons trouvé concernant les ordonnances vierges à domicile qui augmentaient statistiquement le recours à l'auto-prescription.

Ces deux raisons majoritairement déclarées par les internes pourraient suggérer qu'une consultation avec un médecin ne leur semble pas indispensable dans la prise en charge de leur santé.

Dans notre étude, seul un quart des internes évoquait le manque de temps alors que nous pensions que cela aurait été une des principales raisons de l'auto-prescription. Nous avons émis cette hypothèse à partir de l'étude du CNOM de 2016 où 65% des participants déclaraient travailler plus de 48h par semaine (3). Le résultat de L. Simon allait aussi dans le sens de notre hypothèse mais nous avons retrouvé un résultat largement inférieur. Le décret n° 2015-225 du 26 février 2015 établit que le temps de travail des internes est normalement limité à 48h hebdomadaire (26). Notre résultat pourrait possiblement s'expliquer par une meilleure application de ce décret en Limousin. Pour les internes ayant déclaré un manque de temps, l'éloignement géographique des lieux de stages pourrait l'expliquer. Si l'interne est en stage à Tulle, l'auto-prescription représenterait alors un gain de temps si son médecin traitant est à Limoges. Ce résultat est cohérent avec les données disponibles dans la population générale où, en 2018, 23% des français déclaraient avoir recours à l'auto-médication par manque de temps pour consulter (44).

La crainte du manque de confidentialité n'apparaissait pas comme une raison majeure. Nous avons émis l'hypothèse que du fait des nombreux terrains de stages (hospitaliers et ambulatoires), les internes auraient été nombreux à déclarer ce motif. Cela ne semble pas les préoccuper significativement. On pourrait supposer qu'ils ne ressentent pas un besoin de confidentialité quant aux pathologies qu'ils présentent.

Alors que les internes sont des « médecins en formation », nous nous sommes posés la question du jugement de leur capacité diagnostique et thérapeutique par un futur confrère en cas de consultation. Finalement peu d'internes ont déclaré être gênés de consulter par peur d'être jugé possiblement par l'acquisition d'une certaine confiance dans leur aptitude diagnostic et l'amélioration des relations médecins-internes.

Enfin nous nous sommes interrogés sur la peur du diagnostic d'une pathologie grave comme raison du recours à l'auto-prescription. Nous attendions un résultat faible car notre population était relativement jeune et se sentait peut être moins concernée par des pathologies graves. Cependant, les réponses étaient déclaratives et donc subjectives. Il ne serait pas impossible que ce résultat soit sous représenté. S'il avait été plus important, cela aurait pu traduire un risque élevé de déni. Dans ce cas, l'auto-prescription pourrait possiblement apparaître comme une stratégie d'évitement ayant comme conséquence un retard diagnostic.

#### 4.4.3. Discussion de l'attitude thérapeutique

Nous avons établi une liste de pathologies susceptibles d'induire un recours à l'auto-prescription. Nous avons privilégié les situations pouvant être rencontrées par notre population relativement jeune. Globalement les internes avaient déclaré avoir recours à l'auto-prescription principalement pour les infections ORL (54,4%), les céphalées (53,2%), les gastroentérites (50,6%) et les syndromes grippaux (46,8%). Ce sont des pathologies principalement bénignes et fréquentes. Ce résultat semble cohérent avec les classes thérapeutiques fréquemment auto-prescrites mais aussi avec l'aisance déclarée des internes dans leurs aptitudes diagnostiques et thérapeutiques concernant les pathologies courantes de Médecine Générale.

Lorsque l'on interrogeait les internes sur leur attitude thérapeutique en cas de pathologie bénigne, la moitié patientait et l'autre moitié avait recours à un traitement symptomatique. Aucun ne se prescrivait de traitement empirique d'emblée. Ce dernier résultat nous semble cohérent puisqu'ils déclaraient très majoritairement suivre les recommandations de bonne pratique.

L'hypothèse d'une auto-prescription raisonnable et raisonnée est envisageable malgré un accès facile aux médicaments soumis à prescription médicale. C'est notamment le cas des antibiotiques où l'on ne retrouvait pas de surconsommation significative : 37,9% de d'auto-prescription dans notre échantillon dans les 12 derniers mois (n=79) et 39,5% dans la population générale en 2016 (45). Concernant les anxiolytiques, les résultats sont comparables : 8,9% d'auto-prescription dans notre échantillon en 2016 (n=79) et 10,3% de prescription en 2017 (46).

Seul un interne déclarait consulter son médecin traitant. Ce résultat pourrait indiquer qu'en cas de pathologie considérée bénigne, aller chez son médecin n'est plus une voie classique de soins. Cela pourrait donc s'expliquer en partie par l'aisance diagnostique et thérapeutique acquise et par la facilité d'accès aux médicaments et aux ordonnances.

Le délai entre l'apparition des premiers symptômes et l'auto-prescription rejoint l'hypothèse d'une auto-prescription raisonnée puisque plus de la moitié des internes patientaient au moins 48h. On peut s'interroger sur les 38% d'internes patientant plus de 5 jours et de l'intérêt de l'auto-prescription car dans le cas d'une rhinopharyngite simple, la durée moyenne de la symptomatologie est de 7 à 10 jours et l'évolution souvent favorable sans traitement. On pourrait supposer globalement que l'auto-prescription n'est pas une pratique « réflexe » dès l'apparition des premiers symptômes.

Enfin, on peut discuter l'attitude thérapeutique des internes (5,1% dans notre étude) ayant recours à l'auto-prescription en cas de pathologie dépressive. Dans l'étude du CNOM en 2016, 14% des étudiants de 3<sup>ème</sup> cycle déclaraient avoir eu des idées suicidaires alors que dans la population générale de la même tranche d'âge, 3,7% déclaraient ce type de pensées en 2010 (3,47). Les raisons évoquées étaient une « diminution de l'accomplissement et de la réalisation de soi pouvant générer un syndrome dépressif important ». Il est légitime de se poser la question de savoir si l'interne qui a recours à l'auto-prescription de psychotropes est suffisamment objectif pour assurer le diagnostic, le traitement et le suivi de son syndrome dépressif. Un travail complémentaire pour savoir si le traitement a été auto-initié ou auto-renouvelé serait intéressant. Mais dans les deux cas, l'auto-prescription ne nous semble pas une pratique suffisamment objective pour assurer le traitement et le suivi de ce type de pathologie.

#### 4.4.4. Discussion des facteurs influençant l'auto-prescription

Enfin, nous nous sommes posés la question des facteurs intrinsèques et extrinsèques influençant l'auto-prescription.

Le ressenti de la pathologie arrivait en tête des réponses (68,4%). Cela soulève le problème de l'objectivité dans le sens où la question évaluait le ressenti et non la symptomatologie. Ce résultat pourrait suggérer que l'auto-prescription d'une majorité des internes repose à la fois sur la symptomatologie et sur le ressenti qui est par définition subjectif. Le risque que nous suspicions était une auto-prescription inadaptée à l'intensité de la pathologie. Cependant, dans l'analyse des classes thérapeutiques auto-prescrites, on ne relevait pas de surconsommation par rapport à la population générale ce qui pourrait être plutôt rassurant quant à l'impact du ressenti de la pathologie. Ce résultat arrivant en première position pourrait traduire que les internes ont conscience de l'aspect subjectif du ressenti de la pathologie et qu'ils ont malgré cela, tendance à suivre les recommandations de bonne pratique.

Plus d'un interne sur deux déclarait que la nécessité de travailler pouvait influencer leur auto-prescription. Ce résultat nous semble préoccupant puisqu'il pourrait traduire le risque d'une prescription inadaptée. Pourtant dans l'analyse des réponses concernant les classes thérapeutiques, la fréquence et les habitudes d'auto-prescription, il ne semblait pas y avoir de sur-consommation par rapport à la population générale ce qui suggérerait une auto-prescription relativement raisonnée.

Un interne sur deux déclarait que les habitudes de prescription des maîtres de stages pouvaient influencer leurs auto-prescriptions et que la réalisation du stage ambulatoire avait modifié leur façon de se prescrire des traitements. Cela pourrait traduire l'influence significative du stage ambulatoire sur la façon dont les internes pratiquent l'auto-prescription. On pourrait l'expliquer par une transmission de l'expérience de prescripteur du maître de stage (ayant un rôle de modèle) en terme d'efficacité ou d'effets secondaires. Cependant, les résultats de notre étude ne permettaient pas d'affirmer que la validation du stage ambulatoire était associée significativement à l'acquisition d'une aisance diagnostique et thérapeutique particulière en matière d'auto-prescription ( $p=0,50183$ ).

Un quart des internes déclarait être influencé dans leur auto-prescription par les revues médicales. Il est possible que les articles de ces revues ne soient pas une source d'information privilégiée pour les internes.

Les effets indésirables présentés par les patients n'étaient pas un motif fréquemment déclaré comme ayant une influence sur leur auto-prescription. Le travail de thèse de G. Labeille sur les médecins généralistes de Rhone-Alpes, montrait que 41,7% d'entre eux étaient influencés par les effets indésirables rencontrés par les patients (4). Cette différence pourrait s'expliquer par une plus grande expérience dans la pratique thérapeutique mais aussi dans le nombre et la fréquence des effets indésirables rencontrés par leurs patients.

Enfin, nous nous sommes posés la question de l'influence des visiteurs médicaux. Dans une revue d'articles publiée en 2010, il avait été montré que les médecins exposés aux informations délivrées par l'industrie pharmaceutique avaient tendance à prescrire plus fréquemment des médicaments, et souvent plus chers (48). Une étude réalisée en 2015 sur les médecins français montrait d'une part que 90% des consultations médicales aboutissaient à la prescription d'un médicament et que la réception des délégués pharmaceutique avait une influence significative sur le nombre de médicaments prescrits (49). Dans notre travail, seul 8% des internes ont déclaré être influencé par les visiteurs médicaux dans leurs auto-prescriptions. Cela pourrait s'expliquer par un encadrement législatif accru depuis quelques années concernant la promotion des médicaments par l'industrie pharmaceutique (50). Il est possible aussi que les scandales sanitaires (par exemple Médiator®) aient installé un climat de méfiance vis-à-vis des laboratoires pharmaceutiques.

#### 4.5. Questions autour de l'auto-prescription

Cette question est récurrente dans les études sur le sujet (3,4,29,39,42,43). Celles-ci s'appuient pour la plupart sur des réponses déclaratives basées sur la conscience des risques identifiés de l'auto-prescription : principalement le manque d'objectivité, le risque de mésusage ou de dépendance, et le risque de retard de prise en charge.

Dans le travail de G. Labeille en 2013, 60,6% des médecins généralistes estimaient que l'auto-prescription peut se pratiquer de manière objective (4). Pourtant la prescription d'un médicament est intrinsèquement influencée par différents facteurs qui font qu'elle ne peut être totalement objective (49).

Dans le travail de thèse de R. Legris sur l'auto-prescription des antalgiques de palier 2, 3% des médecins généralistes déclaraient avoir ressenti une dépendance vis-à-vis de ces traitements. D'autre part, une enquête réalisée en 2015 montrait que 8,5% des professionnels de santé interrogés (dont 73% de médecins) déclaraient une dépendance aux anxiolytiques. Les internes et médecins sont une population exposée au risque de dépendance à certains médicaments et l'auto-prescription peut apparaître comme un facteur facilitant.

- Des mesures coercitives tels que l'interdiction de l'auto-prescription peuvent-elles être envisageables pour limiter ces risques ?

Alors que l'Australie a interdit en 2006 l'auto-prescription de certains médicaments, les médecins français y sont plutôt défavorables (51). Dans la thèse de C. Stepowski, 98,4% des médecins généralistes étaient défavorables à une interdiction totale de l'auto-prescription mais 30% étaient favorables à un encadrement de l'auto-prescription (5).

Dans son rapport « le médecin malade », le CNOM expose deux situations (32) :

- La pathologie bénigne où l'auto-prescription est acceptable
- Les pathologies plus sévère où l'auto-prescription devient dangereuse.

Dans ce même rapport, il émet un avis sur la nécessité de trouver des solutions pour encadrer l'auto-prescription grâce à la mise en place d'un « système d'alerte » reposant sur le signalement d'un confrère, d'un pharmacien ou d'un infirmier.

A partir des résultats de notre travail, certaines pistes alternatives pourraient se dégager. Alors que l'encadrement voire l'interdiction s'apparenterait à priver le médecin ou l'interne de sa prérogative statutaire qu'est sa capacité de prescrire, l'échange de pratiques, la prévention et l'information semblent plus acceptables.

- Quand et qui pourrait réaliser ce travail de formation ?

Ce travail a montré que l'auto-prescription était une pratique qui apparaissait dès la première année de DES. Il semble donc important d'évoquer l'auto-prescription, et plus généralement le suivi médical, dès la première année de DES. Le stage ambulatoire peut aussi être un lieu privilégié pour l'interne de Médecine Générale qui pourrait échanger sur cette pratique avec son maître de stage : adopter une attitude raisonnée, et connaître ses limites dans l'auto-soin. Il pourrait être bénéfique que les médecins prenant en charge la santé des internes (médecin traitant, médecin du travail, médecine universitaire) réalisent ce travail d'information, recherche les dérives et encourage un suivi médical externe. On pourrait envisager également une cession d'information sur la prise en charge de sa propre santé en tant que médecin lors d'une demi-journée d'enseignement.

## Conclusion

---

Certaines études ont montré que l'auto-prescription concernait jusqu'à 99% des médecins généralistes (4,5). Parmi les internes, cette pratique était tout aussi courante (42,43) alors que leur état de santé est une préoccupation grandissante (2,3).

Notre travail a permis d'observer que l'auto-prescription était une pratique répandue puisqu'elle concernait 91,6% des internes inscrits en médecine générale à Limoges en 2016. Ils y avaient recours dès le début de leur internat. Les femmes avaient tendance à s'auto-prescrire un traitement plus fréquemment, principalement le renouvellement de leur contraception. Cette pratique ne serait pas anecdotique car 80% des internes ayant recours à l'auto-prescription l'ont fait dans les 6 derniers mois.

L'année de DES, la pratique de l'automédication avant de commencer l'internat et la possession d'ordonnance vierges à domicile sembleraient avoir une influence sur l'importance du recours à l'auto-prescription dans notre étude. En revanche, il n'a pas été possible de montrer une influence du sexe, de la déclaration d'un médecin traitant, du nombre de consultations ou de l'habitude d'un suivi médical avant l'internat.

Les principales classes auto-prescrites dans les 12 derniers mois étaient les antalgiques de palier 1 ou 2, les AINS, et les antibiotiques. Nos résultats étaient globalement semblables par rapport aux autres études sur le sujet et il ne semblait pas y avoir de surconsommation par rapport à la population générale. L'attitude thérapeutique des internes serait compatible avec l'hypothèse d'une auto-prescription raisonnée.

Majoritairement, ils avaient recours à l'auto-prescription pour des pathologies bénignes ou pour le renouvellement d'un traitement. Ils déclaraient principalement ne pas éprouver le besoin de consulter par aisance diagnostic ou thérapeutique et que l'auto-prescription facilitait l'accès aux médicaments. Les principaux facteurs qui pouvaient influencer leurs auto-prescriptions étaient le ressenti de la pathologie (68,4%), la nécessité de travailler malgré l'état de santé (57%), et les habitudes de prescription des maîtres de stage (48,1%).

Cette pratique ne semblerait pas poser de problème d'un point de vue déontologique tant qu'elle reste limitée au traitement d'une pathologie bénigne. Elle deviendrait plus dangereuse en cas de pathologie plus grave. D'ailleurs 7 internes avaient déclaré s'auto-prescrire des anxiolytiques et 3 des antidépresseurs. Cela soulève donc plusieurs questions : d'abord sur l'objectivité du médecin quant à son propre diagnostic et à son auto-prescription, mais aussi sur les risques de retard de prise en charge inhérents à une telle pratique.

Les solutions apportées pour encadrer cette pratique à l'étranger sont parfois coercitives en limitant l'auto-prescription aux situations d'urgences comme au Québec ou dissuasives comme au Royaume Uni en obligeant le médecin à tenir à jour son dossier médical (18,21). En France, le Code de Déontologie Médicale n'apporte pas d'éclairage spécifique, mais au regard de l'état de santé préoccupant des internes et de leur pratique courante de l'auto-prescription, un travail de prévention et d'information quant à l'usage de l'auto-prescription dans la prise en charge de leur santé pourrait prévenir les risques qui y sont liés.

## Références bibliographiques

---

1. Code de Déontologie Article 8 - Liberté de prescription. Conseil National de l'Ordre des Médecins. 2019. Disponible sur: <https://www.conseil-national.medecin.fr/code-deontologie/devoirs-generaux-medecins-art-2-31/article-8-liberte-prescription>
2. Dr Mara D. Rapport sur la Qualité de vie des étudiants en santé. 2018. Disponible sur: [https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/180403\\_-\\_rapport\\_dr\\_donata\\_mara.pdf](https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/180403_-_rapport_dr_donata_mara.pdf)
3. Le Breton-Lerouillois G. La santé des étudiants et jeunes médecins. CNOM - Commission Jeunes Médecins – Section Santé Publique et Démographie Médicale; 2016.
4. Labeille G. Etude de l'auto-prescription médicamenteuse chez les médecins généralistes de Rhone-Alpes. Thèse de Médecine. Faculté de Lion 1. 2013.
5. Stepowski C. L'auto-prescription médicamenteuse des médecins généralistes et ses déterminants en Haute-Normandie. Thèse de Médecine. Faculté de Rouen. 2011.
6. WHO. Guidelines for the regulatory assessment of medicinal products for use in self-medication. 2000. Disponible sur: <http://apps.who.int/medicinedocs/pdf/s2218e/s2218e.pdf>
7. Quelles sont les pratiques des Français en terme d'automédication ? IPSOS FRANCE. Disponible sur: <http://www.ipsos.fr/decrypter-societe/2016-03-15-queelles-sont-pratiques-francais-en-terme-d-automedication>
8. Union européenne: Directive n° 2004/27/CE du Parlement européen et du Conseil du 31 mars 2004 modifiant la directive n° 2001/83/CE instituant un code communautaire relatif aux médicaments à usage humain. Disponible sur: <http://www.wipo.int/wipolex/fr/details.jsp?id=13063>
9. Directive 2001/83/CE du Parlement Européen et du Conseil du 6 novembre 2001 instituant un code communautaire relatif aux médicaments à usage humain. Disponible sur: [https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/files/eudralex/vol-1/dir\\_2001\\_83\\_cons2009/2001\\_83\\_cons2009\\_fr.pdf](https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/files/eudralex/vol-1/dir_2001_83_cons2009/2001_83_cons2009_fr.pdf)
10. Dr. Jean POUILLARD. L'automédication | Conseil National de l'Ordre des Médecins. Février 2001 Disponible sur: <https://www.conseil-national.medecin.fr/article/l-automedication-680>
11. Baromètre AFIPA 2016. Réalisé auprès du panel Xpr-SO® de la société OpenHealth, panel de 3 004 pharmacies représentatives du parc officinal français. Résultats en France métropolitaine hors Corse. Disponible sur: <http://www.afipa.org/reports>
12. Afipa barometre 2018. 2019. Disponible sur: [https://www.afipa.org/wp-content/uploads/2019/02/Afipa\\_barometre\\_2019.pdf](https://www.afipa.org/wp-content/uploads/2019/02/Afipa_barometre_2019.pdf)
13. 16ème Baromètre AFIPA 2017 des produits du self-care. Février 2018. Disponible sur: <https://www.afipa.org/wp-content/uploads/2018/02/16eme-barometre-afipa-du-selfcare-2017-et-4eme-observatoire-europeen-automedication-2016.pdf>
14. Report of the working group on promoting good governance of non-prescription drugs in Europe. 2013. Rapport de la Commission Européenne. Disponible sur : <https://ec.europa.eu/docsroom/documents/7623?locale=fr>

15. Montgomery AJ, Bradley C, Rochfort A, Panagopoulou E. A review of self-medication in physicians and medical students. *Occup Med (Lond)*. 1 oct 2011;61(7):490-7.
16. Hem E, Stokke G, Tyssen R, Grønvold NT, Vaglum P, Ekeberg Ø. Self-prescribing among young Norwegian doctors: a nine-year follow-up study of a nationwide sample. *BMC Medicine* déc 2005;3(1). Disponible sur: <http://bmcmmedicine.biomedcentral.com/articles/10.1186/1741-7015-3-16>
17. Code de la Santé Publique - Article R4127-8.
18. Code de déontologie des médecins du Québec, Article 70.
19. Fox FE, Taylor GJ, Harris MF, Rodham KJ, Sutton J, Scott J, et al. « It's crucial they're treated as patients »: ethical guidance and empirical evidence regarding treating doctor-patients. *J Med Ethics*. janv 2010;36(1):7-11. EAPH - European Association for Physician Health. Disponible sur: <http://www.eaph.eu/>
20. Prestation médicale d'un médecin prodiguée à lui-même - Conseil - Ordre des Médecins Belges. 2014. Disponible sur: <https://www.ordomedic.be/fr/avis/conseil/prestation-medicale-d-un-mdecins-prodigue-lui-mme>
21. General Medical Council. Guidance on assessing the seriousness of concerns relating to prescribing. 2016. Disponible sur: [https://www.gmc-uk.org/-/media/documents/DC6649\\_Guidance\\_on\\_assessing\\_the\\_seriousness\\_of\\_concerns\\_relatating\\_to\\_prescribing.pdf\\_58666780.pdf](https://www.gmc-uk.org/-/media/documents/DC6649_Guidance_on_assessing_the_seriousness_of_concerns_relatating_to_prescribing.pdf_58666780.pdf)
22. Décret n° 2008-1026 du 7 octobre 2008 relatif à l'organisation et aux missions des services universitaires et interuniversitaires de médecine préventive et de promotion de la santé. 2008-1026 oct 7, 2008.
23. Code du travail - Article R4624-15.
24. Code de la Santé Publique - Article R6153-7.
25. Code du travail - Article L4622-3.
26. Décret n° 2015-225 du 26 février 2015 relatif au temps de travail des internes. 2015-225 février, 2015.
27. Amar E, Pereira C, Delbosc A. Les prescriptions des médecins généralistes et leurs déterminants. *DRESS*. 2005.
28. Quien S. Les déterminants de la prescription médicamenteuse en médecine générale. Thèse d'exercice. Faculté de Médecine de Nice. 2014.
29. Prud'Homme A, Richard A. Pourquoi les internes en médecine de France métropolitaine pratiquent l'automédication et l'autoprescription? Étude qualitative [PhD Thesis]. Thèse d'exercice. Université Joseph Fourier Grenoble 1; 2013.
30. Castot A, Haramburu F, Kreft-Jais C. Hospitalisations dues aux effets indésirables des médicaments : résultats d'une étude nationale. *AFSSAPS*; 2008.
31. Loi n° 2011-2012 du 29 décembre 2011 relative au renforcement de la sécurité sanitaire du médicament et des produits de santé. 2011-2012 décembre, 2011.

32. Leriche B, Faroudja JL, Montane F, Moulard J-C. Le médecin malade. Rapport de la Commission nationale permanente adopté lors des Assises du Conseil national de l'Ordre des médecins. 2008;28.
33. Code de la Santé Publique - Article R4127-56.
34. L'entraide ordinaire, bulletin n°46. CNOM; 2016.
35. Bulletin de l'Ordre des Médecins - Conseil départemental de la Haute-Vienne. Juin 2015;(n. 19):23.
36. Arrêté du 21 avril 2017 relatif aux connaissances, aux compétences et aux maquettes de formation des diplômes d'études spécialisées et fixant la liste de ces diplômes et des options et formations spécialisées transversales du troisième cycle des études de médecine | Legifrance. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/arrete/2017/4/21/MENS1712264A/jo>
37. Code de la Santé Publique - Article R6153-3.
38. Code de Déontologie. Article 76 - Délivrance des certificats (article R.4127-76 du code de la santé publique). CNOM;
39. Machuelle L. Comment les médecins généralistes du Nord-Pas-De-Calais prennent-ils en charge leurs problèmes de santé ? [Thèse d'exercice]. [Lille, France]: Université du droit et de la santé; 2015.
40. Kabla-Laglois I, Nisslé C-V. Vers l'égalité Femmes-Hommes? Chiffres Clés. Ministère de l'Enseignement supérieur, de la Recherche et de l'Innovation. 2019. Disponible sur: [http://cache.media.enseignementsup-recherche.gouv.fr/file/Brochures/32/8/parite2018\\_stats\\_A5\\_11d\\_908328.pdf](http://cache.media.enseignementsup-recherche.gouv.fr/file/Brochures/32/8/parite2018_stats_A5_11d_908328.pdf)
41. Caisse Nationale d'Assurance Maladie. Médecin traitant - Négociations 2016. 2016. Disponible sur: [http://www.apima.org/img\\_bronner/160601\\_seance\\_MT\\_forfait\\_patientele.pdf](http://www.apima.org/img_bronner/160601_seance_MT_forfait_patientele.pdf)
42. Delahaye V. Comment les internes Picards prennent-ils en charge leur santé en termes de prévention, de dépistage et d'automédication ? 2015 Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01288422/document>
43. Simon L. Les internes sont-ils conscients des risques de leur automédication ? Thèse de Médecine. Faculté de Médecine de Paris Descartes. 2016.
44. Automédication : marché mature ou marché d'avenir ? Etude AFIPA/HARRIS. 2019. Disponible sur: <https://www.afipa.org/wp-content/uploads/2019/07/Etude-AFIPA-HARRIS.pdf>
45. Santé Publique France. Consommation d'antibiotiques et résistance aux antibiotiques en France : une infection évitée, c'est un antibiotique préservé ! 2018. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/infections-associees-aux-soins-et-resistance-aux-antibiotiques/resistance-aux-antibiotiques/documents/rapport-synthese/consommation-d-antibiotiques-et-resistance-aux-antibiotiques-en-france-une-infection-evitee-c-est-un-antibiotique-preserve>
46. Etat des lieux de la consommation des benzodiazépines - Point d'Information - ANSM : Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé. 2017. Disponible sur: <https://ansm.sante.fr/S-informer/Points-d-information-Points-d->

information/Etat-des-lieux-de-la-consommation-des-benzodiazepines-Point-d-Information

47. Baromètre santé 2010 - Santé Publique France. Disponible sur: /etudes-et-enquetes/barometres-de-sante-publique-france/barometre-sante-2010
48. Spurling GK, Mansfield PR, Montgomery BD, Lexchin J, Doust J, Othman N, et al. Information from pharmaceutical companies and the quality, quantity, and cost of physicians' prescribing: a systematic review. PLoS Med. 19 oct 2010;7(10):e1000352.
49. Darmon D, Belhassen M, Quien S, Langlois C, Staccini P, Letrilliart L. Facteurs associés à la prescription médicamenteuse en médecine générale : une étude transversale multicentrique, Factors associated with drug prescription in general practice; a multicentre cross-sectional study. Sante Publique. 24 août 2015;Vol. 27(3):353-62.
50. LOI n° 2011-2012 du 29 décembre 2011 relative au renforcement de la sécurité sanitaire du médicament et des produits de santé. 2011-2012 décembre, 2011.
51. State Government of Victoria. Drugs, Poisons and Controlled Substances Regulations 2006 Version 010.S.R.No.57/2006. Authorised Version incorporating amendments as at 16 June 2011. Disponible sur:  
[http://www.legislation.vic.gov.au/domino/Web\\_Notes/LDMS/LTObject\\_Store/LTObjSt6.nsf/DDE300B846EED9C7CA257616000A3571/CBB80677A53FB2B4CA2578B1000601ED/\\$FILE/06-57sra010%20authorised.pdf](http://www.legislation.vic.gov.au/domino/Web_Notes/LDMS/LTObject_Store/LTObjSt6.nsf/DDE300B846EED9C7CA257616000A3571/CBB80677A53FB2B4CA2578B1000601ED/$FILE/06-57sra010%20authorised.pdf)

## Annexes

---

Annexe 1. Questionnaire .....	99
-------------------------------	----

## Annexe 1. Questionnaire

### Habitudes d'auto-prescription des internes en médecine générale à Limoges

Bonjour,

Je réalise actuellement ma thèse sur les habitudes d'auto-prescription des internes en médecine générale à Limoges inscrits en DES 1, 2, et 3.

L'auto-prescription correspond au fait de se prescrire des médicaments (ou des examens complémentaires) à soi-même. L'objectif est de déterminer dans quelle mesure les internes en médecine générale s'auto-prescrivent des médicaments.

Ce questionnaire (strictement anonyme) comporte 26 questions. Il faut moins de 5 minutes pour répondre.

Je vous remercie de votre participation dont dépend ce travail.  
Réalisé sous la direction du Dr Rudelle.

Alexandre Lachartre  
Interne en médecine générale à Limoges (DES3)  
Mail : [alex.lachartre@me.com](mailto:alex.lachartre@me.com)

Si vous souhaitez connaître les résultats de cette étude, merci de m'écrire un mail.

\*Obligatoire

### Situation personnelle

1. **1. Quel âge avez vous ? \***

---

2. **2. Sexe \***

*Une seule réponse possible.*

Homme

Femme

3. **3. Année de DES \***

*Une seule réponse possible.*

1ère année

2ème année

3ème année

4. **4. Avez-vous validé le stage chez le praticien ? \***

*Une seule réponse possible.*

Oui

Non

5. **5. Avez-vous un médecin traitant déclaré ? \***

*Une seule réponse possible.*

- Oui  
 Non

6. **6. Combien de fois avez-vous consulté un médecin (généraliste ou spécialiste) dans les 12 derniers mois ? \***

*Une seule réponse possible.*

- Jamais  
 1 fois  
 2 fois  
 3 fois ou plus

7. **7. Pratiquiez-vous l'automédication avant de commencer l'internat ? \***

*Une seule réponse possible.*

- Oui  
 Non

8. **8. Aviez-vous un suivi médical régulier par votre médecin généraliste avant de commencer l'internat ? \***

*Une seule réponse possible.*

- Oui  
 Non

## Habitudes d'auto-prescription

9. **9. Avez-vous des ordonnances vierges à votre domicile ? \***

*Une seule réponse possible.*

- Oui  
 Non

10. **10. Depuis le début de votre internat, vous êtes-vous déjà prescrit un traitement médicamenteux ? \***

*Une seule réponse possible.*

- Oui  
 Non

11. **11. A quand remonte votre dernière auto-prescription ? \***

*Une seule réponse possible.*

- Jamais  
 Il y a moins d'un mois  
 Dans les 6 derniers mois  
 Dans l'année

12. **12. A quelle fréquence vous prescrivez-vous des médicaments ? \***

*Une seule réponse possible.*

- Tous les mois  
 Tous les 3 mois en moyenne  
 Tous les 6 mois ou plus

13. **13. Dans les 12 derniers mois, quelle(s) classe(s) thérapeutique(s) vous êtes-vous prescrit ? \***

*Une seule réponse possible par ligne.*

	Jamais	1 à 2 fois	3 à 6 fois	1 fois par mois ou plus
Antalgiques palier 1 ou 2	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Antalgiques palier 3	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
AINS	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Anti-tussifs	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Corticoïdes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Antibiotiques	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Contraception	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Anxiolytiques	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hypnotiques	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Anti-dépresseurs	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Anti-histaminiques	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Anti-diarrhéiques	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

14. **14. Dans les 12 derniers mois, vous êtes-vous prescrit des examens complémentaires ? \***

*Une seule réponse possible.*

- Oui    *Passez à la question 15.*  
 Non    *Passez à la question 17.*

**Concernant les examens complémentaires :**

15. **15. Dans les 12 derniers mois, vous êtes-vous prescrit un bilan biologique ? \***

*Plusieurs réponses possibles.*

- Non  
 Bilan standard (NFS Plaquettes Ionogramme Urée Créatinine CRP)  
 Sérologies (HIV Hep. C...)  
 Bilan Hormonal (HCG, TSH...)  
 ECBU  
 Autre : \_\_\_\_\_

16. **16. Dans les 12 derniers mois, vous êtes-vous prescrit une imagerie ? \***

*Plusieurs réponses possibles.*

- Non
- Radiographie standard
- Echographie
- Scanner
- IRM
- Autre : \_\_\_\_\_

## Concernant le recours à l'auto-prescription :

17. **17. Dans les 12 derniers mois, avez-vous eu recours à l'auto-prescription ? \***

*Plusieurs réponses possibles.*

- Jamais
- Pour une pathologie bénigne
- Pour le renouvellement de votre traitement habituel
- Pour une pathologie qui aurait nécessité une prise en charge spécialisée
- Pour un certificat

18. **18. Pour quelle(s) raison(s) avez-vous eu recours à l'auto-prescription ? \***

*Plusieurs réponses possibles.*

- Je n'ai pas eu le temps de consulter
- Je n'ai pas éprouvé le besoin de consulter (aisance personnelle diagnostique et thérapeutique)
- Facilité d'accessibilité aux médicaments ou ordonnances
- J'étais gêné de consulter un confrère par peur d'être jugé
- J'étais gêné de consulter par crainte du manque de confidentialité (aux urgences par ex.)
- J'étais gêné de consulter par peur d'un diagnostic plus grave évoqué par un confrère
- Autre : \_\_\_\_\_

19. **19. Lorsque vous pensez avoir une pathologie bénigne (rhino-pharyngite, angine, gastroentérite...) : \***

*Une seule réponse possible.*

- Vous patientez
- Vous vous prescrivez un traitement symptomatique
- Vous vous prescrivez directement un traitement empirique (par antibiothérapie par exemple)
- Vous consultez votre médecin traitant

20. **20. Dans quelle(s) situation(s) avez-vous recours à l'auto-prescription ? \***

*Une seule réponse possible par ligne.*

	Jamais	Occasionnellement	Souvent	Systematiquement
Céphalée	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Anxiété	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Dépression	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Insomnie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Syndrome grippal	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Infections ORL	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Allergies	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Bronchite	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Gastro-entérite	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cystite aiguë simple	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pyélonéphrite	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Infection sexuellement transmissible	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Traumatologie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Rachialgie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

21. **21. Autre(s) situation(s) de recours à l'auto-prescription et à quelle fréquence :**

---

---

---

---

---

22. **22. En général, quel est le délai entre l'apparition des premiers symptômes et votre auto-prescription ? \***

*Une seule réponse possible.*

- Moins de 24h  
 Entre 48h et 72h  
 5 jours ou plus

23. **23. Selon vous, le stage chez le praticien a-t-il modifié votre façon de vous prescrire des médicaments ? \***

*Une seule réponse possible.*

- Oui  
 Non  
 Non concerné

24. **24. Vos auto-prescriptions peuvent être influencées par : \***

*Plusieurs réponses possibles.*

- Les habitudes de prescription de vos maîtres de stages
- Les revues médicales
- Les effets indésirables présentés par vos patients
- Les représentants médicaux
- Votre ressenti par rapport à votre pathologie
- La nécessité de travailler malgré votre état de santé
- Autre : \_\_\_\_\_

25. **25. Respectez-vous les recommandations si vous êtes auto-prescripteur ? \***

*Une seule réponse possible.*

- Oui
- Non

26. **26. Autres remarques :**

---

---

---

---

---

---

Fourni par



## Serment d'Hippocrate

---

En présence des maîtres de cette école, de mes condisciples, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.

Je dispenserai mes soins sans distinction de race, de religion, d'idéologie ou de situation sociale.

Admis à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser les crimes.

Je serai reconnaissant envers mes maîtres, et solidaire moralement de mes confrères. Conscient de mes responsabilités envers les patients, je continuerai à perfectionner mon savoir.

Si je remplis ce serment sans l'enfreindre, qu'il me soit donné de jouir de l'estime des hommes et de mes condisciples, si je le viole et que je me parjure, puissé-je avoir un sort contraire.

# Étude de l'auto-prescription chez les internes de Médecine Générale à Limoges en 2016

---

**Introduction :** L'auto-prescription peut se définir par le fait qu'un médecin se prescrit un traitement à lui-même. C'est une pratique courante chez les médecins généralistes en France. L'objectif principal de ce travail est d'évaluer l'importance de cette pratique chez les internes de médecine générale à Limoges en 2016.

**Méthode :** étude épidémiologique descriptive observationnelle transversale par un questionnaire anonyme diffusé par e-mail via la scolarité aux 179 internes de médecine générale inscrits en DES 1, DES 2 et DES 3 en 2016.

**Résultats :** 86 internes ont répondu. 91,9% des internes avaient déjà eu recours à l'auto-prescription depuis le début de leur internat. 79,7% s'était prescrit un traitement dans les 6 derniers mois. Les principales classes auto-prescrites étaient les antalgiques de palier 1 ou 2 (88,6%), les AINS (53,1%), les antibiotiques (37,9%) et la contraception (63% des femmes). Ils avaient recours à l'auto-prescription pour des pathologies bénignes (79,7%) ou pour le renouvellement d'un traitement (38%). Ils étaient 87,3% à ne pas éprouver le besoin de consulter par aisance diagnostique ou thérapeutique.

**Discussion :** Ils avaient recours à l'auto-prescription dès le début de leur internat. Leur attitude thérapeutique était en faveur d'une pratique raisonnée. Le ressenti de la pathologie était le principal facteur influençant leurs auto-prescriptions, ce qui interrogeait sur l'objectivité thérapeutique.

**Conclusion :** L'auto-prescription était une pratique courante chez les internes de Médecine Générale à Limoges en 2016. C'était un accès aux soins privilégié. Un travail de prévention et d'information serait envisageable pour prévenir les risques inhérents à cette pratique.

---

Mots-clés : Auto-prescription, santé des internes, auto-soins, médecine générale

## Study of self-prescription among the Limoges General Medicine interns in 2016.

---

**Introduction:** Self-prescription can be described as a physician prescribing a treatment to himself. This practice is frequently used among GPs in France. The goal of this research is to assess the importance of this practice among the Limoges General Medicine interns in 2016.

**Methodology:** Cross-sectional descriptive epidemiological study by the means of an anonymous survey emailed to the 179 interns of general medicine registered in DES 1, DES 2 and DES 3 in 2016.

**Outcome:** 86 interns sent the survey back. 91.9% of them already resorted to self prescription since the beginning of their internship. 79.7% relied on self-prescription in the last 6 months. The main self-prescribed classes were grade 1 and 2 analgesics (88,6%), NSAIDs (53,1%), antibiotics (37,9%) and contraception (63% of the surveyed women). They used self-prescription to treat benign disease (79,7%) or for treatment renewal (38%). By diagnosis or therapeutic ease, they were 87,3% not to feel the need of consulting.

**Discussion:** They had recourse to self-prescription from the very beginning of their internship. The general therapeutic approach was complying with a moderate practice. The perception of the pathology was the main factor influencing self-prescriptions, which is raising the question of therapeutic objectivity.

**Conclusion:** Self-prescription was a common practice among the Limoges General Medicine interns in 2016. It was a privileged way of accessing treatments. To prevent its risks, preventive and informative actions have to be considered.

---

Keywords : self-prescription, interns' health, self-healing, General Medicine

