

Parler d'automédication en consultation de médecine générale est-il à risque de prescriptions inappropriées ?

Anne POIRIER, Alexis GUERRERO, Stéphane THAY, Lionel GORONFLOT, Laurent BRUTUS
Département de médecine générale, Faculté de médecine, 1 rue Gaston Veil, 44035 Nantes cedex, France

Parce que le recueil des attentes et préférences du patient est décisif pour parvenir à une décision de soins partagée, le médecin ne devrait-il pas s'informer systématiquement des pratiques d'automédication de ses patients ?

OBJECTIFS

Ce travail cherchait à déterminer si la question de l'automédication était abordée lors des consultations pour des pathologies aiguës et si cette discussion exerçait une influence sur les prescriptions.

METHODES

Enquêtes par observations directes de consultations de médecins généralistes, maîtres de stage universitaires.

A partir d'une grille d'observation sociodémographique et médicale, observation systématique par les internes des consultations motivées par une affection aiguë. Travail réalisé en deux phases: une première phase exploratoire en mai 2012 et novembre 2013 (49 internes, 126 médecins, 1871 consultations) puis une seconde phase sur le contenu des prescriptions en mai 2015 (38 internes, 100 médecins, 542 consultations).

Les patients connaissaient la thématique générale de l'étude par des affiches en salles d'attente. Les médecins n'étaient pas informés du contenu de la grille d'observation afin de ne pas modifier leur comportement.

RESULTATS DE LA PREMIERE PHASE

57% de femmes, âge moyen 37 ans.

26% d'infections des voies respiratoires (IVR), 26% de troubles musculo-squelettiques, 15% de troubles digestifs.

67% [65–69] des consultations ont donné lieu à discussion sur l'automédication (que le patient la mentionne ou que le médecin la questionne).

91% de ces consultations avec discussion sur l'automédication ont donné lieu à une prescription médicamenteuse contre seulement 77% en absence de discussion sur l'automédication ($p < 0,001$).

Tableau 1 : Pourcentages de patients ayant pris en automédication et s'étant vu prescrire certaines classes médicamenteuses (plusieurs prises possibles, total > 100%)

Produits	Automédication avant consultation	Prescription après discussion
Antalgiques	52,1%	58,2%
AINS/myorelaxants	15,3%	23,7%
Voies respiratoires	11,1%	18,8%
Anti-infectieux	1,4%	12,5%

DEFINITION

Les **prescriptions inappropriées** étaient des prescriptions non conformes aux recommandations (antibiothérapie, AINS ou corticoïdes dans les IVR bénignes) ou controversées selon la revue *Prescrire* (myorelaxants dans les douleurs rachidiennes, antitussifs, antiseptiques, vasoconstricteurs dans les IVR).

RESULTATS DE LA SECONDE PHASE

70% des consultations ont fait l'objet d'une discussion sur l'automédication.

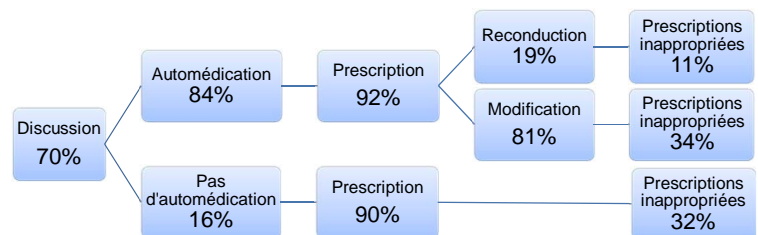
91% de ces consultations avec discussion se sont terminées par une prescription médicamenteuse (71% en absence de discussion; $p < 0,001$).

Le **tableau 1** montre l'évolution de la pression médicamenteuse sur les patients après discussion sur l'automédication.

En moyenne, ces consultations conclues avec une prescription médicamenteuse ont duré 3 minutes de moins (16') que celles sans prescription (19') ($p = 0,03$).

En cas d'automédication préalable (84% des cas), les médecins ont opté entre ne rien prescrire (8%) et prescrire des médicaments (92%). La reconduction à l'identique de l'auto-traitement des patients a entraîné 11% de prescriptions inappropriées, alors que ce taux est passé à 34% en cas de modification ou d'ajout de classes médicamenteuses à l'initiative du praticien ($p = 0,001$) (**Figure 1**).

Figure 1 : Taux de prescriptions inappropriées selon l'attitude du prescripteur en cas de discussion sur l'automédication



DISCUSSION

7 consultations pour affection aiguë sur 10 ont donné lieu à des échanges sur l'automédication.

Ces consultations ont engendré 10 à 30% de prescriptions inappropriées selon l'attitude du prescripteur.

Ce travail met en lumière plusieurs concepts décrits dans la littérature:

- Les logiques de prescription des médecins français (Rosman 2010 et Vega 2012):
 - **Restriction** (1 fois/4): pas d'ordonnance ou réassurance sur l'automédication, éducation du patient, remède « médecin »,
 - **Réparation** (3 fois/4): 1 symptôme = 1 médicament, prescrire pour rester dans l'action, ordonnances pour écourter la consultation.
- Le recours au placebo impur (médicaments inefficaces) pour ne pas risquer d'altérer la relation avec le patient (Bedouin 2012).
- Le manque de temps comme frein principal à la non prescription (Deleplanque 2015).
- Des auto-traitements plutôt adaptés traduisant les logiques profanes de réduction des risques liés à l'automédication (Fainzang 2014).

BIBLIOGRAPHIE

- BEDOIND & CHARLES R. La prise en charge des affections transitoires bénignes en médecine générale : avec ou sans médicaments ? *Pratiques et Organisation des Soins* 2012;43(2):111–119.
- DELEPLANQUE D, HENNIION-GASRELF, DIBLANC-STAMMA, ROCHOY M, MESSAADI N. Consultations sans prescription médicamenteuse : ressentis des médecins et des patients. *Exercer* 2015;117: 13–21.
- FAINZANG S. Managing medicinal risks in self-medication. *Drug Safety* 2014;37:333–342.
- ROSMAN S. Les pratiques de prescription des médecins généralistes. Une étude sociologique comparative entre la France et les Pays-Bas, in G. Bloy & F.X. Schweyer (dir.), *Singuliers généralistes*, Rennes, Presses de l'EHESP, 2010, 117–131.
- VEGAA. Positivismes et dépendance : les usages socioculturels du médicament chez les médecins généralistes français. *Sciences Sociales et Santé* 2012;30:71–102.