



# Université de Poitiers

## Faculté de Médecine et Pharmacie

ANNEE 2024

### **THESE**

POUR LE DIPLOME D'ETAT  
DE DOCTEUR EN MEDECINE  
**(décret du 25 novembre 2016)**

présentée et soutenue publiquement  
le 28 mars 2024 à Poitiers  
par **Auriane LELLOUCH**  
*née le 18 décembre 1994 à Saint-Nazaire*

ÉTAT DES LIEUX DES PRATIQUES D'AUTO-PRESCRIPTION  
ET DE LA SANTE DES INTERNES EN MEDECINE GENERALE  
DE LA FACULTE DE POITIERS

#### Composition du Jury

**Président** : Madame la Professeure Marie-Christine PERAULT-POCHAT

**Membres** : Madame la Docteure Yaritza CARNEIRO  
Monsieur le Docteur Regis AUDIER

**Directeur de thèse** : Monsieur le Professeur Pierrick ARCHAMBAULT



# Université de Poitiers

## Faculté de Médecine et Pharmacie

ANNEE 2024

### **THESE**

POUR LE DIPLOME D'ETAT  
DE DOCTEUR EN MEDECINE  
**(décret du 25 novembre 2016)**

présentée et soutenue publiquement  
le 28 mars 2024 à Poitiers  
par **Auriane LELLOUCH**  
*née le 18 décembre 1994 à Saint-Nazaire*

ÉTAT DES LIEUX DES PRATIQUES D'AUTO-PRESCRIPTION  
ET DE LA SANTE DES INTERNES EN MEDECINE GENERALE  
DE LA FACULTE DE POITIERS

#### **Composition du Jury**

**Président** : Madame la Professeure Marie-Christine PERAULT-POCHAT

**Membres** : Madame la Docteure Yaritza CARNEIRO  
Monsieur le Docteur Regis AUDIER

**Directeur de thèse** : Monsieur le Professeur Pierrick ARCHAMBAULT



## LISTE DES ENSEIGNANTS

Année universitaire 2023 – 2024

### SECTION MEDECINE

#### Professeurs des Universités-Praticiens Hospitaliers

- ALBOUY Marion, santé publique – **Référente égalité-diversité**
- BINET Aurélien, chirurgie infantile
- BOISSON Matthieu, anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
- BOULETI Claire, cardiologie
- BOURMEYSTER Nicolas, biochimie et biologie moléculaire
- BRIDOUX Frank, néphrologie
- BURUCCA Christophe, bactériologie-virologie
- CHEZE-LE REST Catherine, biophysique et médecine nucléaire
- CHRISTIAENS Luc, cardiologie
- CORBI Pierre, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
- COUDROY Rémi, médecine intensive-réanimation – **Assesseur 2<sup>nd</sup> cycle**
- DAHYOT-FIZELIER Claire, anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
- DONATINI Gianluca, chirurgie viscérale et digestive
- DROUOT Xavier, physiologie – **Assesseur recherche**
- DUFOUR Xavier, Oto-Rhino-Laryngologie – **Assesseur 2<sup>nd</sup> cycle, stages hospitaliers**
- FAURE Jean-Pierre, anatomie
- FRASCA Denis, anesthésiologie-réanimation
- FRITEL Xavier, gynécologie-obstétrique
- GARCIA Rodrigue, cardiologie
- GERVAIS Elisabeth, rhumatologie
- GICQUEL Ludovic, pédopsychiatrie
- GOMBERT Jean-Marc, immunologie
- GOUJON Jean-Michel, anatomie et cytologie pathologiques
- GUILLEVIN Rémy, radiologie et imagerie médicale
- HAUET Thierry, biochimie et biologie moléculaire
- ISAMBERT Nicolas, cancérologie
- JAAFARI Nematollah, psychiatrie d'adultes
- JABER Mohamed, cytologie et histologie
- JAYLE Christophe, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
- KARAYAN-TAPON Lucie, cancérologie
- KEMOUN Gilles, médecine physique et de réadaptation (*en disponibilité*)
- LECLERE Franck, chirurgie plastique, reconstructrice
- LELEU Xavier, hématologie
- LEVEQUE Nicolas, bactériologie-virologie – **Assesseur 1<sup>er</sup> cycle**
- LEVEZIEL Nicolas, ophtalmologie
- MACCHI Laurent, hématologie
- MCHEIK Jiad, chirurgie infantile
- MEURICE Jean-Claude, pneumologie
- MILLOT Frédéric, pédiatrie, oncologie pédiatrique
- MIMOZ Olivier, médecine d'urgence
- NASR Nathalie, neurologie
- NEAU Jean-Philippe, neurologie – **Assesseur pédagogique médecine**
- ORIOT Denis, pédiatrie
- PACCALIN Marc, gériatrie – **Doyen, Directeur de la section médecine**
- PELLERIN Luc, biologie cellulaire
- PERAULT-POCHAT Marie-Christine, pharmacologie clinique

- PERDRISOT Rémy, biophysique et médecine nucléaire – **Assesseur L.A.S et 1<sup>er</sup> cycle**
- PERRAUD CATEAU Estelle, parasitologie et mycologie
- PRIES Pierre, chirurgie orthopédique et traumatologique
- PUYADE Mathieu, médecine interne
- RAMMAERT-PALTRIE Blandine, maladies infectieuses
- RICHER Jean-Pierre, anatomie
- RIGOARD Philippe, neurochirurgie
- ROBLOT France, maladies infectieuses, maladies tropicales
- ROBLOT Pascal, médecine interne
- SAULNIER Pierre-Jean, thérapeutique
- SCHNEIDER Fabrice, chirurgie vasculaire
- SILVAIN Christine, gastro-entérologie, hépatologie – **Assesseur 3<sup>e</sup> cycle**
- TASU Jean-Pierre, radiologie et imagerie médicale
- THIERRY Antoine, néphrologie – **Assesseur 1<sup>e</sup> cycle**
- THILLE Arnaud, médecine intensive-réanimation
- TOUGERON David, gastro-entérologie
- WAGER Michel, neurochirurgie
- XAVIER Jean, pédopsychiatrie

#### Maîtres de Conférences des Universités-Praticiens Hospitaliers

- ALLAIN Géraldine, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire (*en mission 1 an à/c 01/11/2022*)
- BEN-BRIK Eric, médecine du travail (**en détachement**)
- BILAN Frédéric, génétique
- BRUNET Kévin, parasitologie et mycologie
- CAYSSIALS Emilie, hématologie
- CREMNITER Julie, bactériologie-virologie
- DIAZ Véronique, physiologie – **Référente relations internationales**
- EGLOFF Matthieu, histologie, embryologie et cytogénétique
- EVRARD Camille, cancérologie
- GACHON Bertrand, gynécologie-obstétrique (*en dispo 2 ans à/c du 31/07/2022*)
- GARCIA Magali, bactériologie-virologie (*absente jusqu'au 29/12/2023*)
- GUENEZAN Jérémy, médecine d'urgence
- HARIKA-GERMANEAU Ghina, psychiatrie d'adultes
- JAVAUGUE Vincent, néphrologie
- JUTANT Etienne-Marie, pneumologie
- KERFORNE Thomas, anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire (*en mission 1 an à/c 01/11/2022*)
- LAFAY-CHEBASSIER Claire, pharmacologie clinique
- LIUU Evelyne, gériatrie
- MARTIN Mickaël, médecine interne – **Assesseur 2<sup>nd</sup> cycle**
- MASSON REGNAULT Marie, dermato-vénérologie
- PALAZZO Paola, neurologie (*en dispo 5 ans à/c du 01/07/2020*)
- PICHON Maxime, bactériologie-virologie
- PIZZOFERRATO Anne-Cécile, gynécologie-obstétrique
- RANDRIAN Violaine, gastro-entérologie, hépatologie
- SAPANET Michel, médecine légale

- THULLIER Raphaël, biochimie et biologie moléculaire
- VALLEE Maxime, urologie

***Maître de Conférences des universités de médecine générale***

- MIGNOT Stéphanie

***Professeur associé des universités des disciplines médicales***

- FRAT Jean-Pierre, médecine intensive-réanimation

***Professeur associé des universités des disciplines odontologiques***

- FLORENTIN Franck, réhabilitation orale

***Professeurs associés de médecine générale***

- ARCHAMBAULT Pierrick
- AUDIER Pascal
- BIRAULT François
- BRABANT Yann
- FRECHE Bernard

***Maîtres de Conférences associés de médecine générale***

- AUDIER Régis
- BONNET Christophe
- DU BREUILLAC Jean
- FORGEOT Raphaële
- JEDAT Vincent

***Professeurs émérites***

- BINDER Philippe, médecine générale (08/2028)
- DEBIAIS Françoise, rhumatologie (08/2028)
- GIL Roger, neurologie (08/2026)
- GUILHOT-GAUDEFFROY François, hématologie et transfusion (08/2023) – renouvellement 3 ans demandé – en cours
- INGRAND Pierre, biostatistiques, informatique médicale (08/2025)
- LECRON Jean-Claude, biochimie et biologie moléculaire (08/2028)
- MARECHAUD Richard, médecine interne (24/11/2023)
- RICCO Jean-Baptiste, chirurgie vasculaire (08/2024)
- ROBERT René, médecine intensive-réanimation (30/11/2024)
- SENON Jean-Louis, psychiatrie d'adultes (08/2026)

***Professeurs et Maîtres de Conférences honoraires***

- AGIUS Gérard, bactériologie-virologie
- ALCALAY Michel, rhumatologie
- ALLAL Joseph, thérapeutique (ex-émérite)
- ARIES Jacques, anesthésiologie-réanimation
- BABIN Michèle, anatomie et cytologie pathologiques
- BABIN Philippe, anatomie et cytologie pathologiques
- BARBIER Jacques, chirurgie générale (ex-émérite)
- BARRIERE Michel, biochimie et biologie moléculaire
- BECQ-GIRAUDON Bertrand, maladies infectieuses, maladies tropicales (ex-émérite)
- BEGON François, biophysique, médecine nucléaire
- BOINOT Catherine, hématologie – transfusion
- BONTOUX Daniel, rhumatologie (ex-émérite)
- BURIN Pierre, histologie
- CARRETIER Michel, chirurgie viscérale et digestive (ex-émérite)
- CASTEL Olivier, bactériologie-virologie ; hygiène
- CAVELLIER Jean-François, biophysique et médecine nucléaire
- CHANSIGAUD Jean-Pierre, biologie du développement et de la reproduction
- CLARAC Jean-Pierre, chirurgie orthopédique
- DABAN Alain, cancérologie radiothérapie (ex-émérite)
- DAGREGORIO Guy, chirurgie plastique et reconstructrice

- DEBAENE Bertrand, anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
- DESMAREST Marie-Cécile, hématologie
- DEMANGE Jean, cardiologie et maladies vasculaires
- DORE Bertrand, urologie (ex-émérite)
- EUGENE Michel, physiologie (ex-émérite)
- FAUCHERE Jean-Louis, bactériologie-virologie (ex-émérite)
- FONTANEL Jean-Pierre, Oto-Rhino Laryngologie (ex-émérite)
- GILBERT-DUSSARDIER Brigitte, génétique
- GOMES DA CUNHA José, médecine générale (ex-émérite)
- GRIGNON Bernadette, bactériologie
- GUILLARD Olivier, biochimie et biologie moléculaire
- GUILLET Gérard, dermatologie
- HERPIN Daniel, cardiologie (ex-émérite)
- JACQUEMIN Jean-Louis, parasitologie et mycologie médicale
- KAMINA Pierre, anatomie (ex-émérite)
- KITZIS Alain, biologie cellulaire (ex-émérite)
- KLOSSEK Jean-Michel, Oto-Rhino-Laryngologie
- KRAIMPS Jean-Louis, chirurgie viscérale et digestive
- LAPIERRE Françoise, neurochirurgie (ex-émérite)
- LARSEN Christian-Jacques, biochimie et biologie moléculaire
- LEVARD Guillaume, chirurgie infantile
- LEVILLAIN Pierre, anatomie et cytologie pathologiques
- MAIN de BOISSIERE Alain, pédiatrie
- MARCELLI Daniel, pédopsychiatrie (ex-émérite)
- MARILLAUD Albert, physiologie
- MAUCO Gérard, biochimie et biologie moléculaire (ex-émérite)
- MENU Paul, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire (ex-émérite)
- MORICHAU-BEAUCHANT Michel, hépato-gastro-entérologie
- MORIN Michel, radiologie, imagerie médicale
- PAQUEREAU Joël, physiologie
- POINTREAU Philippe, biochimie
- POURRAT Olivier, médecine interne (ex-émérite)
- REISS Daniel, biochimie
- RIDEAU Yves, anatomie
- RODIER Marie-Hélène, parasitologie et mycologie
- SULTAN Yvette, hématologie et transfusion
- TALLINEAU Claude, biochimie et biologie moléculaire
- TANZER Joseph, hématologie et transfusion (ex-émérite)
- TOUCHARD Guy, néphrologie (ex-émérite)
- TOURANI Jean-Marc, cancérologie
- VANDERMARCO Guy, radiologie et imagerie médicale

## SECTION PHARMACIE

### *Professeurs des universités-praticiens hospitaliers*

- DUPUIS Antoine, pharmacie clinique – **Assesseur pédagogique pharmacie**
- FOUCHER Johann, biostatistiques
- GREGOIRE Nicolas, pharmacologie et pharmacométrie
- MARCHAND Sandrine, pharmacologie, pharmacocinétique
- RAGOT Stéphanie, santé publique

### *Professeurs des universités*

- BODET Charles, microbiologie
- CARATO Pascal, chimie thérapeutique
- FAUCONNEAU Bernard, toxicologie
- FAVOT-LAFORGE Laure, biologie cellulaire et moléculaire
- GUILLARD Jérôme, pharmacochimie
- IMBERT Christine, parasitologie et mycologie médicale
- OLIVIER Jean-Christophe, pharmacie galénique, biopharmacie et pharmacie industrielle – **réfèrent relations internationales**
- PAGE Guylène, biologie cellulaire, biothérapeutiques
- RABOUAN Sylvie, chimie physique, chimie analytique (**retraite au 01/12/2023**)
- SARROUILHE Denis, physiologie humaine – **Directeur de la section pharmacie**

### *Maîtres de conférences des universités-praticiens hospitaliers*

- BARRA Anne, immuno-hématologie
- BINSON Guillaume, pharmacie clinique
- THEVENOT Sarah, hygiène, hydrologie et environnement

### *Maîtres de conférences*

- BARRIER Laurence, biochimie générale et clinique
- BON Delphine, biophysique
- BRILLAULT Julien, pharmacocinétique, biopharmacie
- BUYCK Julien, microbiologie (HDR)
- CHAUZY Alexia, pharmacologie fondamentale et thérapeutique
- DEBORDE-DELAGE Marie, chimie analytique
- DELAGE Jacques, biomathématiques, biophysique
- GIRARDOT Marion, biologie végétale et pharmacognosie
- INGRAND Sabrina, toxicologie
- MARIVINGT-MOUNIR Cécile, pharmacochimie (HDR)
- PAIN Stéphanie, toxicologie (HDR)
- PINET Caroline, physiologie, anatomie humaine
- RIOUX-BILAN Agnès, biochimie – **Référente CNAES – Responsable du dispositif COME'in – référente égalité-diversité**
- TEWES Frédéric, chimie et pharmacotechnie (HDR)
- THOREAU Vincent, biologie cellulaire et moléculaire
- WAHL Anne, phytothérapie, herborisation, aromathérapie

### *Maîtres de conférences associés - officine*

- DELOFFRE Clément, pharmacien
- ELIOT Guillaume, pharmacien
- HOUNKANLIN Lydwin, pharmacien

### *A.T.E.R. (attaché temporaire d'enseignement et de recherche)*

- ARANZANA-CLIMENT Vincent, pharmacologie
- KAOUAH Zahyra, bactériologie
- MOLINA PENA Rodolfo, pharmacie galénique

### *Professeur émérite*

- COUET William, pharmacie clinique (08/2028)

## CENTRE DE FORMATION UNIVERSITAIRE EN ORTHOPHONIE (C.F.U.O.)

- GICQUEL Ludovic, PU-PH, **directeur du C.F.U.O.**
- VERON-DELOR Lauriane, maître de conférences en psychologie

## ENSEIGNEMENT DE L'ANGLAIS

- DEBAIL Didier, professeur certifié

## CORRESPONDANTS HANDICAP

- Pr PERDRISOT Rémy, section médecine
- Dr RIOUX-BILAN Agnès, section pharmacie

# REMERCIEMENTS

Aux membres du jury,

**A Madame la Professeure Marie-Christine PERAULT-POCHAT,**

Professeure des Universités et Praticien Hospitalier, responsable du service de pharmacologie clinique,

Vous me faites l'honneur de présider ce jury de thèse,

Veuillez recevoir l'expression de ma plus grande reconnaissance et de mon profond respect.

**A Madame la Docteure Yaritza CARNEIRO,**

Cheffe de clinique, médecin spécialiste en médecine générale,

Merci de votre présence dans ce jury et pour l'intérêt porté à ce travail.

**A Monsieur le Docteur Regis AUDIER,**

Maitre de conférences des universités, médecin spécialiste en médecine générale,

Merci de votre présence dans ce jury et pour l'intérêt porté à ce travail.

**A Monsieur le Professeur Pierrick ARCHAMBAULT,**

Professeur Associé de Médecine Générale, médecin spécialiste en médecine générale,

Merci d'avoir dirigé ce travail, de m'avoir guidé dans ce projet et du temps accordé,

Je suis profondément reconnaissante de ton soutien, de ton attention et de ton implication.

Remerciements personnels,

**A mes maîtres de stages ambulatoires et hospitaliers,**

Je vous adresse ma profonde gratitude pour m'avoir transmis vos connaissances tout au long de mes études afin d'acquérir les compétences nécessaires pour exercer la médecine générale.

**A mes parents,**

Qui m'ont toujours accompagné, soutenus et qui ont cru en moi depuis toujours et notamment depuis le jour où la médecine est rentrée dans ma vie. Un grand merci à vous deux, voilà votre fille bientôt docteur en médecine.

**A ma sœur,**

Merci pour ta joie de vivre et ta sensibilité. A tous ces fous rires que les parents ne comprennent pas toujours et dont je ne me lasserai jamais. Je suis fier de toi et de la personne que tu es devenue.

**A ma famille,**

Merci à mes tantes, mes oncles et mes supers cousins, cousines pour tous ces souvenirs, ces vacances et ces moments de joie lors des festins en famille qui ont bercé mon enfance. Petite mention tout de même à Pascale pour ta relecture et ton français irréprochable, et à Thomas pour la traduction réalisée en direct d'Angleterre.

**A Thomas mon amour,**

Quel bonheur de t'avoir rencontré ! Je suis très chanceuse de t'avoir à mes côtés. Je n'ai pas besoin d'en dire plus pour que tu saches à quel point je tiens à toi. Merci pour tout l'amour que tu me donnes au quotidien.

**A Cassandra, Chloé, Jeanne et Justine dit JP,** mes compagnons de route depuis le début de l'internat. Les best ! Merci d'avoir toujours été là et d'avoir autant d'énergie à partager. Merci d'avoir été à l'écoute et de m'avoir remise sur pied quand ça n'allait pas. Merci pour ces vacances en van mémorables. Je vous aime très fort.

**A Alice et Camille,** les belles gosses de Nantes. Merci pour toutes ces années à la faculté, ces séances shopping, ces goûters à la Fraiseriaie et ces révisions avec pause jacuzzi inclus. Je vous dois beaucoup. A vos côtés, l'externat est passé si vite, merci pour votre amitié et votre soutien durant ces années.

**A Anne-Sophie, Charlotte, Clémence, Élise, Floriane, et particulièrement à June** qui m'a suivi jusqu'à Angoulême, merci pour votre amitié, votre bonne humeur, et nos nombreux souvenirs heureux dans ce petit bureau du service de gynéco redécoré avec goût. J'ai de la chance d'avoir croisé vos chemins.

**Aux internes en médecine générale de la Faculté de Poitiers,**

Merci d'avoir accepté de répondre à cette étude.

# TABLE DES MATIERES

GLOSSAIRE .....	11
INTRODUCTION .....	12
MATERIEL ET METHODE.....	14
Type d'étude .....	14
Population.....	14
Questionnaire .....	14
Diffusion et recrutement.....	15
Protection des données .....	15
Analyse des données .....	15
RÉSULTATS.....	16
Caractéristiques démographiques.....	16
Déclaration médecin traitant.....	17
Consultation chez un médecin.....	18
Traitement régulier .....	20
État de santé .....	21
Prise en charge médicale .....	22
Fréquence de l'auto-prescription .....	23
Les raisons du recours à l'auto-prescription.....	24
Auto-prescription médicamenteuse .....	25
Auto-prescription d'examens complémentaires ou paramédicaux .....	26
Habitudes d'auto-prescription .....	27
Auto-prescription de certificats médicaux et d'arrêts de travail.....	29
DISCUSSION.....	30
Forces et limites de l'étude.....	30
Forces .....	30
Biais et limites .....	30
Description de la population.....	31
Déclaration d'un médecin traitant .....	31
Internes ayant un traitement régulier .....	32
Consultation chez un médecin.....	33
Obstacles à la consultation .....	34
Regard porté sur leur santé.....	34

Auto-prescription.....	35
Généralités.....	35
Classes médicamenteuses .....	35
Spécificités des anxiolytiques, des antidépresseurs et des hypnotiques.....	36
Examens complémentaires et certificats.....	37
Biologie .....	37
Imagerie.....	37
Certificats et arrêts de travail.....	38
Habitudes d'auto-prescription .....	38
Implications futures et ouverture.....	39
CONCLUSION.....	43
BIBLIOGRAPHIE.....	44
ANNEXES.....	49
Annexe 1 : Introduction jointe au questionnaire par voie numérique.....	49
Annexe 2 : Questionnaire adressé aux internes .....	50
Annexe 3 : Tableaux descriptifs et analyses .....	56
RÉSUMÉ.....	66
ABSTRACT .....	67
MOTS CLEFS .....	68
SERMENT D'HIPPOCRATE.....	69

# GLOSSAIRE

AINS : Anti-Inflammatoires Non Stéroïdiens

ANEMF : Association Nationale des Étudiants en Médecine de France

ANSM : Agence Nationale de Sécurité du Médicament

CNOM : Conseil National de l'Ordre des Médecins

DES : Diplôme d'Études Spécialisées

ECN : Épreuves Classantes Nationales

GEA : Gastro-Entérites Aiguës

HAS : Haute Autorité de Santé

IPP : Inhibiteurs de la Pompe à Proton

ISNAR-IMG : InterSyndicale Nationale Autonome Représentative des Internes de Médecine Générale

ISNI : InterSyndicale Nationale des Internes

RPPS : Répertoire Partagé des Professionnels de Santé

# INTRODUCTION

---

La crise sanitaire liée à la Covid a mis en lumière l'importance de la santé des étudiants et jeunes médecins. Elle est devenue un enjeu de Santé Publique car ce sont les soignants de demain qui feront notre système de santé (1). La santé et le bien-être des internes en médecine générale sont des éléments essentiels pour leur réussite globale et leur capacité à fournir des soins de qualité (2).

La santé des médecins généralistes et des internes et la manière dont ils se prennent en charge sur le plan médical, suscitent depuis plusieurs années un intérêt particulier et une préoccupation croissante. Le médecin n'est pas seulement un prestataire de service des soins mais aussi un être humain qui peut être malade, souffrir, qui peut prétendre aux mêmes droits que l'ensemble de la population (3). En effet, au cours des quinze dernières années, la littérature médicale s'est enrichie de nombreux travaux de recherches et de publications sur ce sujet (4,5).

Si les internes de médecine générale ont un ressenti global de bonne santé, ils reconnaissent pourtant volontiers un dysfonctionnement dans leurs prises en charge (6). En 2016, une enquête épidémiologique nationale réalisée par le Conseil National de l'Ordre des Médecins (CNOM) sur la santé des étudiants en médecine, regroupant 8000 étudiants et jeunes médecins, a révélé qu'un quart des participants estiment avoir un état de santé moyen ou mauvais (7). Paradoxalement, les différents travaux de recherche français affichent des résultats inquiétants chez les internes où les taux de déclarations de médecins sont entre 76,4% et 84,4% (8,9). Parmi ceux ayant un médecin traitant, 52% des internes de médecine générale de la région Midi-Pyrénées n'avaient pas consulté leur médecin traitant depuis le début de l'internat (10). Cette constatation semble valable chez tous les praticiens, qu'ils soient internes, en fin de cursus ou diplômés, comme le démontre la campagne de sensibilisation nationale lancée par le Collège français des anesthésistes réanimateurs « Dis doc, t'as ton doc ? » de 2017, révélant que 80% des médecins français n'avaient pas de médecin traitant, privilégiant l'autodiagnostic et l'automédication, voire un simple conseil rapide d'un confrère (11). De même, par commodité et manque de suivi médical, l'interne a recours à l'autodiagnostic, l'automédication et l'auto-prescription. Il lui arrive aussi de prendre un simple avis auprès d'un médecin du lieu de stage (8).

Une enquête de 2019 démontre que l'automédication est courante dans la population générale (12). Chez les étudiants en médecine elle devient très aisée car, en plus de leur pharmacie personnelle, les internes ont accès aux pharmacies hospitalières des services où ils sont en stage. L'automédication est donc beaucoup plus large chez les internes car elle inclut des médicaments à prescription obligatoire (13). La littérature nous montre que chez les médecins expérimentés comme chez les internes, le recours à l'auto-prescription est également une pratique très répandue, pour des pathologies bénignes comme pour des maladies chroniques (14,15). Malheureusement la notion d'auto-prescription n'est pas abordée durant les études de médecine (16).

L'auto-prescription n'est pas clairement définie et son cadre légal n'est pas précis. Elle se caractérise comme toute prescription médicamenteuse et paramédicale qu'un médecin peut se faire, à lui-même, sur une ordonnance et engageant sa responsabilité (17). L'auto-prescription comprend les prescriptions des examens biologiques, radiologiques et les prescriptions de kinésithérapie. Elle implique également les avis auprès des confrères sans passer par le circuit conforme de consultation et de parcours de soins (18,19). Le code de déontologie médicale (extrait du code de Santé Publique) établit les limites de la prescription médicale, sans mentionner l'auto-prescription. Si, légalement, le médecin est compétent pour prescrire pour autrui, alors il l'est également pour lui-même (20).

Le statut de l'interne est particulier car il ne peut pas s'auto-déclarer médecin traitant mais peut pratiquer l'auto-prescription. Selon le code de la santé publique, article R 6153-3, l'interne exerce ses fonctions « par délégation et sous la responsabilité du praticien dont il relève » (21). Le droit de prescrire s'effectue donc uniquement dans le cadre de l'affectation de l'interne, aucune prescription ne serait donc possible en dehors de celle-ci. L'interne n'aurait donc pas la possibilité de signer une ordonnance ni pour un proche, ni pour lui-même. L'auto-prescription médicamenteuse, bien qu'elle ne soit à priori pas autorisée, est pourtant une pratique courante chez les internes. Cette pratique a été étudiée dans des travaux réalisés à Angers en 2013 et en Midi-Pyrénées en 2020 où l'on retrouve un taux de recours à l'auto-prescription respectivement de 85% et 86% (10,22). On retrouve également une étude à la Réunion en 2017 où 92% des internes interrogés pratiquent l'auto-prescription (23). Plusieurs études ont montré que cette attitude, qui parfois démarre dès l'externat, se justifie par une difficulté à aller consulter, un manque de temps, une facilité à s'auto-prescrire, des déménagements répétés, un sentiment de gêne, un changement de statut difficile, etc.(22,24,25,26).

Une thèse soutenue à Poitiers en 2013 sur la santé des internes de médecine générale de Poitiers était rassurante. Elle montrait que 94% des internes s'estiment en bonne santé mais 30% d'entre eux trouvent leur prise en charge médicale moins bonne depuis l'internat. Parmi eux, 84% avaient déclaré un médecin traitant et la majorité des internes confrontés à un problème d'ordre psychologique ou un motif autre qu'une infection virale bénigne ont consulté ou pris au moins avis auprès d'un médecin (8).

Nous avons voulu faire un état des lieux des pratiques d'auto-prescription et de la santé des internes de médecine générale de Poitiers. L'objectif principal de cette étude est d'analyser les pratiques d'auto-prescription et comment les internes prennent en charge leur propre santé. Les objectifs secondaires sont de déterminer les raisons et les facteurs influençant cette pratique. Et, in fine, confronter nos résultats aux données des autres études et en particulier celle d'O. Ridet soutenue en 2013 à Poitiers.

# MATERIEL ET METHODE

---

## Type d'étude

Il s'agit d'une étude quantitative descriptive transversale monocentrique, menée par questionnaire.

## Population

La population étudiée est celle des internes en première, deuxième, troisième année de Diplôme d'Études Spécialisées (DES) de médecine générale à Poitiers en 2023, et les anciens internes de médecine générale de la promotion 2019. Soit les internes des promotions 2019, 2020, 2021, et 2022.

Les critères d'inclusions sont :

- les internes de médecine générale inscrits en 2022-23 à la faculté de Poitiers
- y compris les jeunes médecins de la promotion 2019 encore inscrits à la faculté de Poitiers acceptant de participer à l'étude.

Étaient exclus les internes des autres spécialités, internes antérieurs à la promotion 2019.

## Questionnaire

Un questionnaire a été élaboré et inspiré à partir des données de la bibliographie de travaux de thèses sur la santé ou sur l'auto-prescription des internes ou des médecins généralistes.

Il comprend 30 questions, soit à réponse unique soit à choix multiples. Et s'articule autour de 3 parties :

- la santé et le suivi médical,
- l'auto-prescription ,
- les caractéristiques démographiques.

Avec la possibilité en fin de questionnaire de laisser des commentaires.

Questionnaire disponible en Annexe 1 et 2.

Il a été rédigé et soumis au format Google Form pour des raisons de facilité de diffusion, de rapidité de réponse et de recueil des données. Y était associée une description présentant les objectifs de cette thèse. Le temps de réponse estimé était de 5 minutes.

Avant diffusion, le questionnaire a été relu par mon directeur de thèse et testé par 4 internes volontaires d'autres facultés, ayant permis de réaliser quelques modifications sur des tournures de phrases pour mieux préciser le sens des questions. Des choix de réponse ont aussi été ajoutés ou modifiés en fonction des retours.

## **Diffusion et recrutement**

Le questionnaire a été distribué par email aux 450 internes de médecine générale de Poitiers des promotions de 2022 à 2019, via la mailing-list de la faculté et via les différents groupes Facebook de ces promotions. Les questionnaires ont été envoyés le 14 juin 2023 avec une relance le 5 juillet et le 2 août 2023. Le recueil des données a été clôturé le 20 août 2023.

Le nombre de questionnaires obtenus au total est de :

- 92 réponses au premier envoi
- 30 réponses à la première relance
- 21 réponses à la deuxième relance

Soit un total de 143 réponses.

## **Protection des données**

Les réponses étaient anonymes et les internes n'avaient pas la possibilité de répondre deux fois au questionnaire.

Mon étude fait partie des recherches non interventionnelles impliquant la personne humaine (RIPH), du type "évaluation des modalités d'exercice des professionnels de santé ou des pratiques d'enseignement", elle n'est donc pas couverte par la loi Jardé. Aucune déclaration auprès de la CNIL ou du CPP n'était donc nécessaire pour cette étude auprès d'internes de médecine générale (27,28).

## **Analyse des données**

Les réponses ont été exportées sur un tableau Excel afin de créer une base de données. J'ai réalisé l'analyse statistique grâce à Excel et aux logiciels en ligne BiostaTGV et Giga calculator.

Les données des variables quantitatives ont été décrites à l'aide de pourcentage. Des comparaisons de groupe (notamment les facteurs associés au fait d'avoir un médecin traitant et ceux associés à la pratique de l'auto-prescription) ont été recherchées par des analyses univariées (tests exacts de Fischer, ou du Chi<sup>2</sup>, selon les conditions d'application). Le seuil de significativité retenu était de 0,05. Les analyses ont été supervisées par le Professeur Arnaud POINAS enseignant chercheur et maître de conférences à l'Université de Poitiers dans le département de mathématiques.

# RÉSULTATS

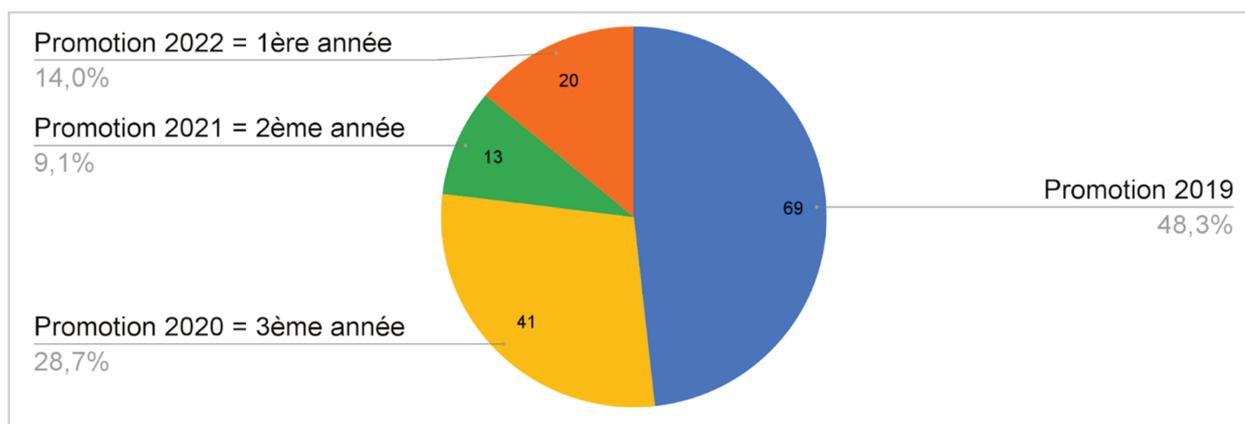
## Caractéristiques démographiques

En 2023, les internes de médecine générale à Poitiers des promotions de 2019 à 2022 étaient au nombre de 450. Le questionnaire a été envoyé à tous ces internes. Parmi eux, 143 ont accepté de répondre à l'étude soit un taux de participation de 31,8 %.

L'échantillon était composé d'une majorité de femmes soit 102 femmes (71,3%), et 40 hommes (28%), plus 1 interne "autre" (0,7%). Le sexe ratio est de 0,39. Pour la suite des analyses abordant la répartition selon le sexe nous avons choisi de retirer des calculs l'interne ayant répondu "autre", car il n'y avait pas assez de données pour faire des analyses pertinentes.

Concernant l'avancée dans le cursus universitaire, nous avons regroupé les internes par promotion. L'échantillon comporte :

- une majorité d'internes de la promotion 2019 (48,3%),
- et de la promotion 2020 (28,7%),
- ainsi que 9,1% d'interne de la promotion 2021,
- et 14% de la promotion 2022.



Graphique 1 : Répartition des internes en fonction des promotions et années de DES

La majorité des internes sont originaires de facultés différentes de celle de Poitiers (55% d'internes originaires d'autres facultés contre 45% originaires de Poitiers). Pour les promotions de 2021 à 2019, seulement 17% des internes n'a pas eu à déménager (villes et/ou départements) au cours de son cursus. 23,5% d'entre eux avaient fait 5 à 6 déménagements au cours de leur internat.

Il n'y a pas de différence significative de répartition des genres en fonction de la faculté d'origine ni de l'année d'étude ( $p > 0,05$ ).

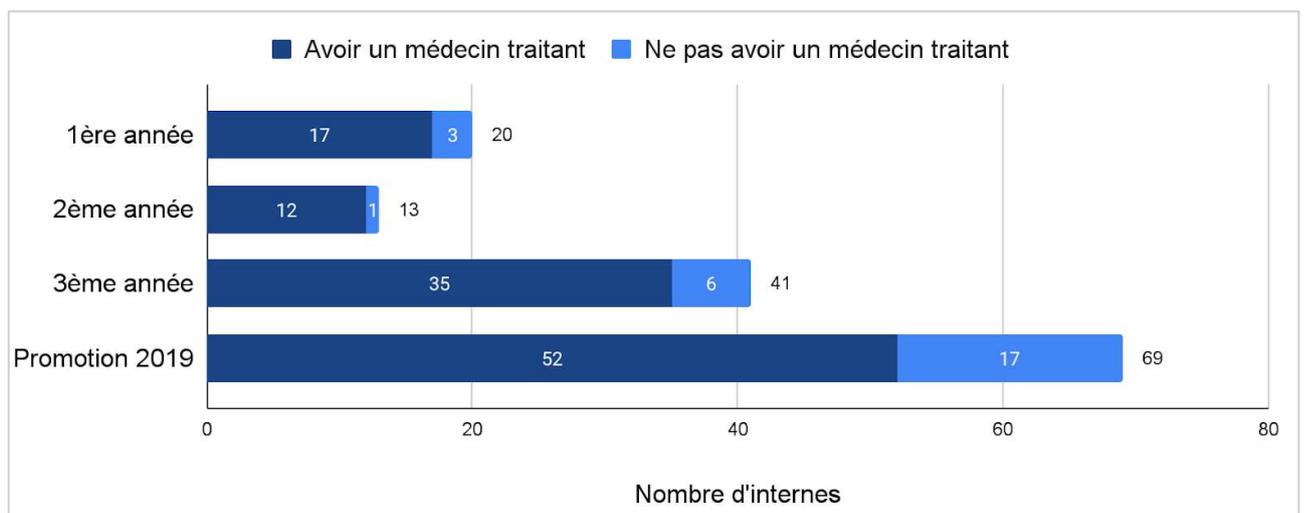
Le détail des réponses sur le profil des internes est précisé dans le tableau 1 et 5 en annexe.

## Déclaration médecin traitant

Dans cette étude 116 internes (81,1%) ont déclaré un médecin traitant. Parmi eux, 53% ont un médecin exerçant proche de leur lieu de travail ou domicile et 47 % dans une autre région. Le médecin traitant déclaré est un membre de leur famille dans 3,4 % des cas.

On observe que :

- 85% des internes de 1ère année (17/20) et 3<sup>e</sup> année (35/41) du DES de médecine générale ont désigné un médecin traitant,
- contre 92% (12/13) des internes de 2<sup>e</sup> année,
- et 75% internes (52/69) de la promotion de 2019.



Graphique 2 : Déclaration d'un médecin traitant en fonction des années de DES

Parmi ceux ayant un médecin traitant déclaré, figurent 77,6% de femmes et 22,4 % d'hommes. Cela représente 88,2% (90/102) des femmes de la population et 65% (26/40) des hommes de la population. Et parmi les internes ayant un traitement régulier, 87% (47/54) ont un médecin traitant déclaré.

Si l'on regarde au sein des 27 internes sans médecins traitants déclarés 59,2% d'entre eux ont déménagé 3 fois ou plus durant leur internat. 21,5% des internes ayant effectué leur internat à Poitiers n'ont pas déclaré de médecin traitant contre 15,6 % des internes venant d'une autre faculté.

Le détail des analyses univariées sur les facteurs associées au fait d'avoir un médecin traitant déclaré est précisé dans le tableau 2 en annexe.

Il est mis en évidence que :

- Les internes ayant un médecin traitant sont majoritairement des femmes ( $p=0,001$ ).
- La prise d'un traitement chronique, le semestre, le lieu d'externat et le fait d'avoir effectué un ou des déménagements pendant l'internat n'influent pas sur la déclaration d'un médecin traitant ( $p>0,05$ ).

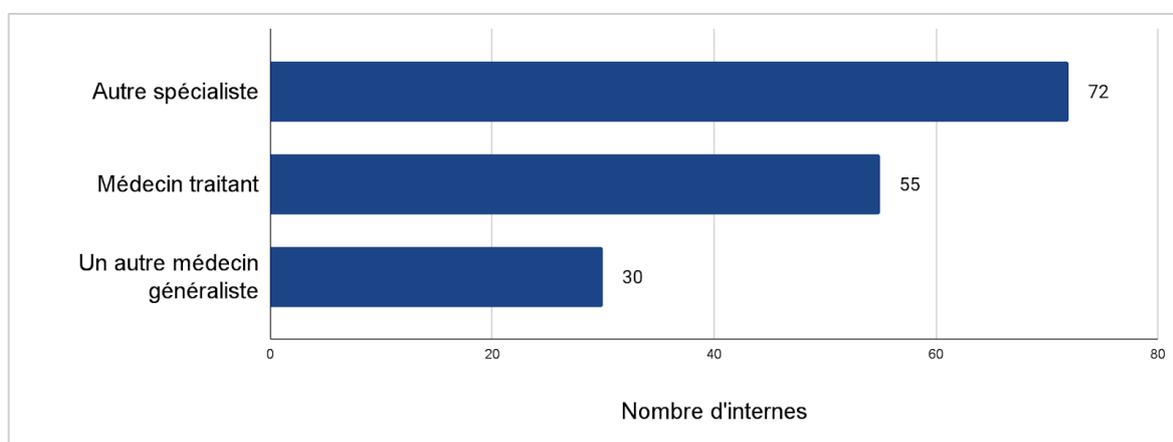
## Consultation chez un médecin

La majorité des internes, soit 76,9% ont consulté un médecin durant leur internat : 73,4% des internes déclarent avoir consulté occasionnellement et seulement 3.5 % fréquemment ou très fréquemment. En revanche, la majorité (57 %), n'ont pas consulté de médecin au cours des 6 derniers mois.

Parmi les internes concernés par au moins une consultation depuis le début de l'internat (N=112) :

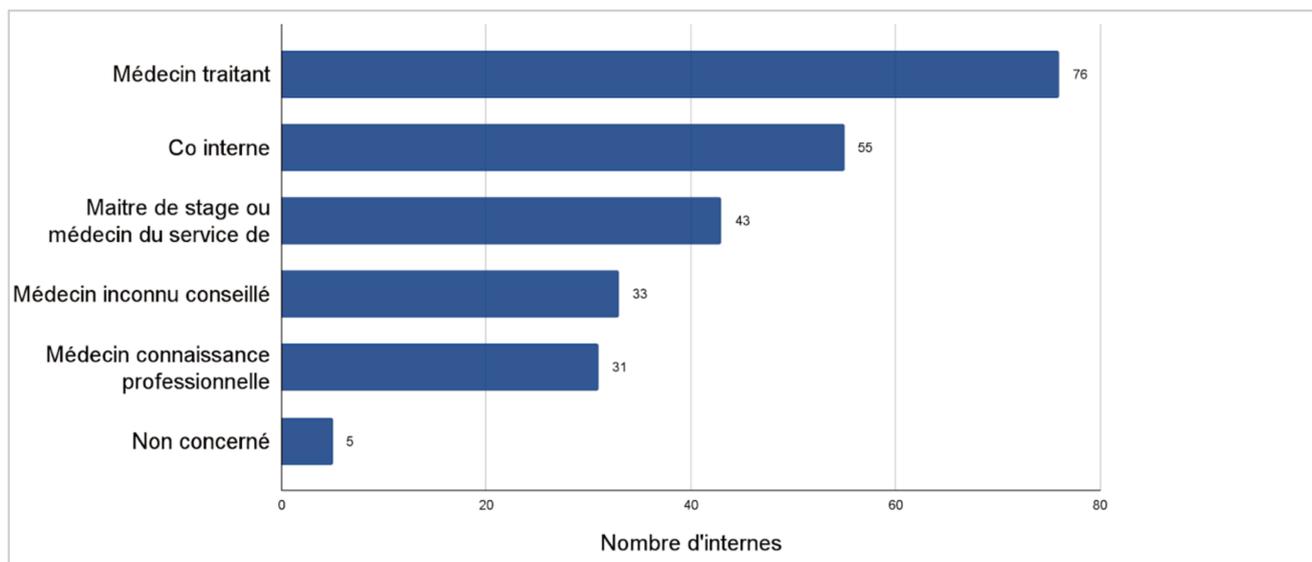
- 65,5% (72/112) d'entre eux ont consulté un autre spécialiste,
- 49 % (55/112) ont consulté leur médecin traitant,
- 26% (30/112) ont consulté un autre généraliste.

On n'observe pas de lien entre la fréquence de consultation durant l'internat et la déclaration d'un médecin traitant ( $p>0,05$ ).



Graphique 3 : Quel médecin les internes ont-ils consulté durant l'internat ?

Dans la partie du questionnaire s'intéressant au suivi médical, les internes devaient indiquer vers quel médecin ils se tourneraient s'ils ressentaient le besoin de consulter, voici les résultats dans le graphique 4.



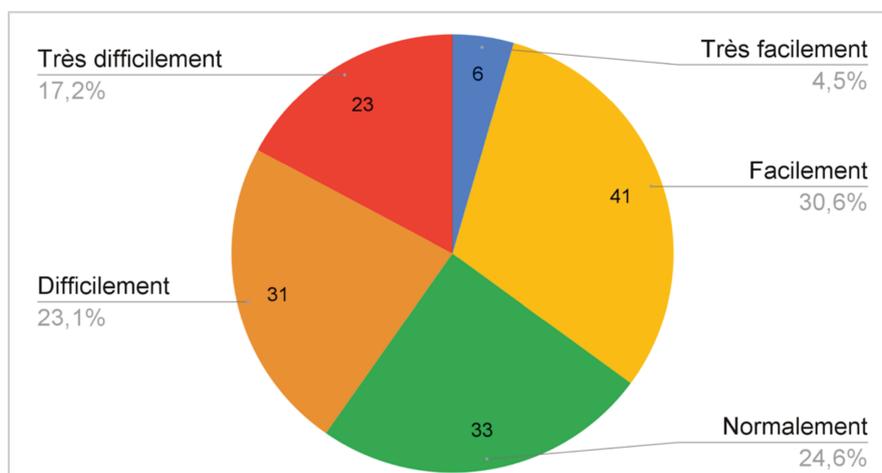
Graphique 4 : Médecins sollicités par les internes s'ils ressentent le besoin d'aller consulter (choix multiples)

Si les internes ressentent le besoin de consulter (N=138), ils se tournent par ordre de préférence vers :

- leur médecin traitant 55% (76/138),
- un co-interne 40% (55/138),
- un maître de stage ou médecin du service 31% (43/138),
- un médecin qui leur a été conseillé mais qu'ils ne connaissent pas 23% (33/138),
- un médecin faisant partie de leur connaissance personnelle 22% (31/138).

On observe parmi les internes concernés par le besoin de consulter (N=134) :

- une majorité de 40,3 % (54/134) qui trouvent difficile ou très difficile de consulter pendant l'internat,
- seulement 35,1% (47/134) réussissent facilement ou très facilement à aller consulter,
- et 24,6 % (33/134) des internes réussissent normalement selon eux à consulter.



Graphique 5 : Les internes arrivent-ils à consulter ?

On n'observe pas de lien entre la fréquence de consultation d'un médecin et le sexe, la faculté d'origine, le semestre d'avancé dans le DES ou le déménagement durant l'internat ( $p > 0,05$ ).

On ne constate pas non plus de lien entre la facilité à aller consulter durant l'internat et la déclaration d'un médecin traitant ( $p > 0,05$ ).

Le détail des réponses sur le suivi médical des internes est précisé dans le tableau 3 en annexe, et les analyses univariées des facteurs associées à la fréquence de consultation d'un médecin durant l'internat dans le tableau 7 en annexe.

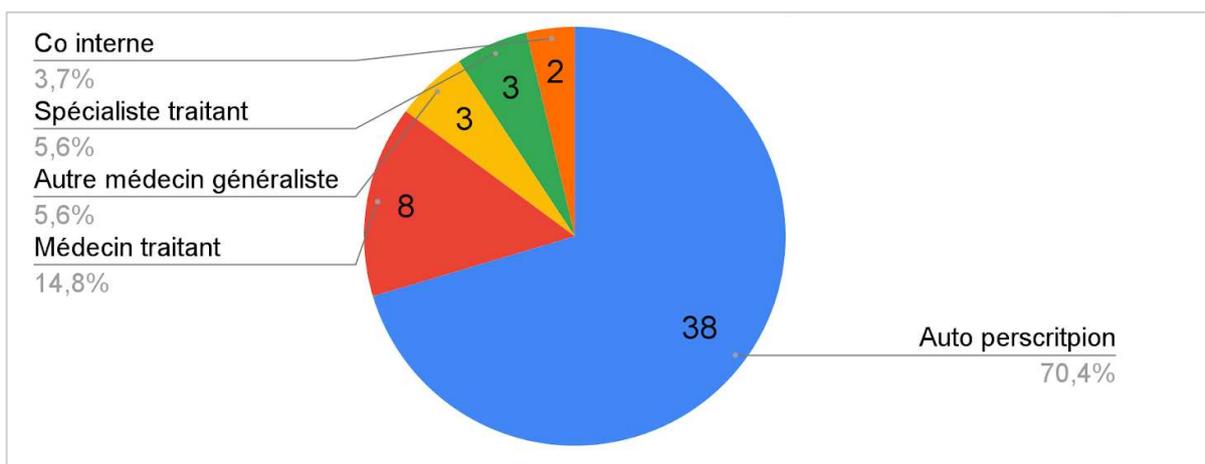
## Traitement régulier

Parmi les internes interrogés 38% (54/143) ont déclaré prendre un traitement régulier. Plus précisément :

- 44% des femmes (45/102),
- et 20% des hommes (8/40) déclarent prendre un traitement régulier.

Pour le renouvellement de leur traitement ces internes consultent :

- Un médecin dans 26% (14/54) des cas
  - o 14,8% leur médecin traitant,
  - o 5,6 % un autre généraliste,
  - o 5,6 % un spécialiste traitant,
- 70,4 % pratiquent l'auto-prescription,
- 3,7% demandent à un co-interne de le faire.



Graphique 6 : Renouvellement de traitement chez les internes ayant un traitement régulier

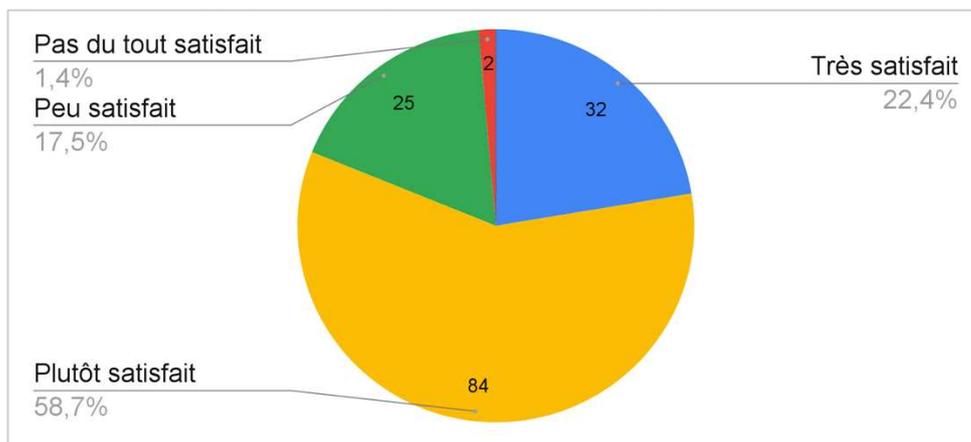
Il n'y a en revanche pas de dépendance significative entre les variables liées à la prise de traitement régulier et la fréquence d'auto-prescription ( $p=0,055$ ).

Les internes ayant un traitement régulier consultent plus fréquemment que les internes sans traitements réguliers ( $p=0,026$ ). En revanche, il n'y a pas de lien statistiquement significatif entre la prise d'un traitement régulier et la déclaration de médecin traitant ( $OR=1,94$ , 95% : [0.762 , 4,968]).

Le détail des analyses univariées concernant les facteurs associés à la prise de traitement régulier est à retrouver dans le tableau 6 en annexe.

## État de santé

Les internes sont majoritairement très satisfaits ou plutôt satisfaits de leur état de santé : 81,1 % (116/143). En revanche, 17,5 % sont peu satisfaits et 1,4 % ne le sont pas du tout.



Graphique 7 : Auto-évaluation de l'interne sur son état de santé

Il n'y a pas de différence statistiquement significative en ce qui concerne l'évaluation de l'état de santé des internes et la déclaration de médecin traitant ( $p>0,05$ ).

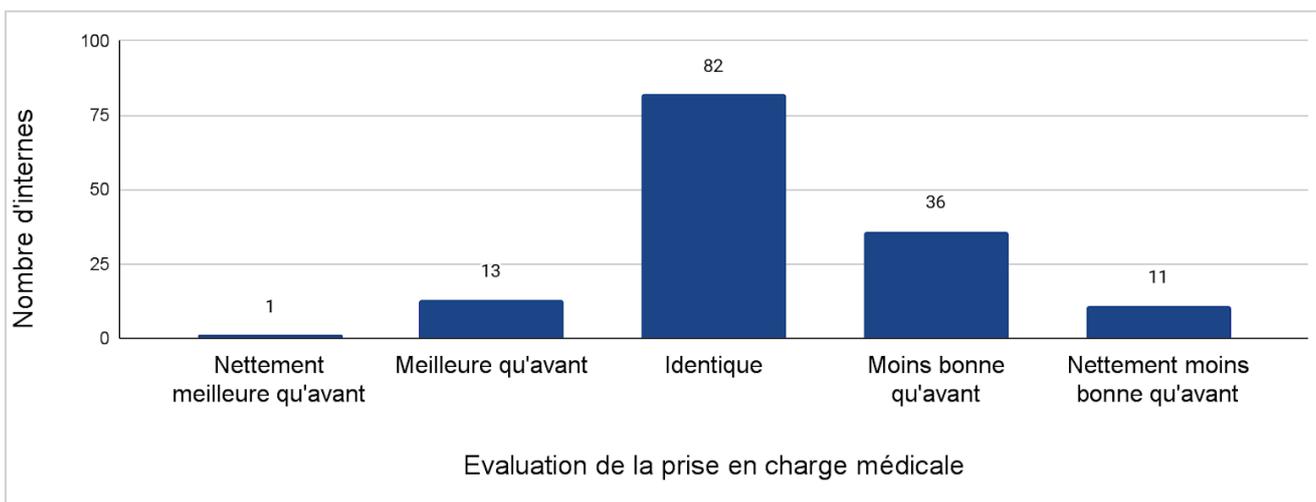
Il n'a pas été retrouvé de dépendance significative entre les variables liées à la fréquence de consultation d'un médecin depuis le début de l'internat et le ressenti de l'état de santé ( $p>0,05$ ).

## Prise en charge médicale

La majorité des internes, 57,3 % (82/143) considèrent leur prise en charge médicale comme identique depuis le début de l'internat.

On note que :

- 32,9 % la considèrent moins bonne qu'avant l'internat,
  - ~ 25,1 % (36) moins bonne,
  - ~ 7,7% (11) nettement moins bonne.
- Seulement 9,8 % la considèrent meilleure qu'avant,
  - ~ 9,1% (13) meilleure,
  - ~ 0,7 % (1) nettement meilleure qu'avant.



Graphique 8 : Auto-évaluation de l'interne sur sa prise en charge médicale durant l'internat

Le sentiment d'être moins bien pris en charge est significativement plus présent chez les femmes ( $p=0.043$ ).

Il n'y a en revanche pas de différences statistiquement significatives dans l'évaluation de la prise en charge médicale en fonction de l'année d'étude ni du nombre de déménagements ni de la déclaration d'un médecin traitant ( $p>0,05$ ).

Soixante-six pourcent (31/47) des internes considérant leur prise en charge médicale moins bonne ou nettement moins bonne qu'avant sont tout de même satisfaits voire très satisfaits de leur état de santé. On observe une différence significative entre le ressenti de la prise en charge des internes et l'évaluation de leur état de santé ( $p=0,006$ ). Les internes avec une bonne prise en charge médicale sont plus satisfaits de leur état de santé.

L'évaluation de la prise en charge médicale déclarée par l'interne, n'influence pas le fait de consulter un médecin depuis le début de l'internat ( $p>0,05$ ).

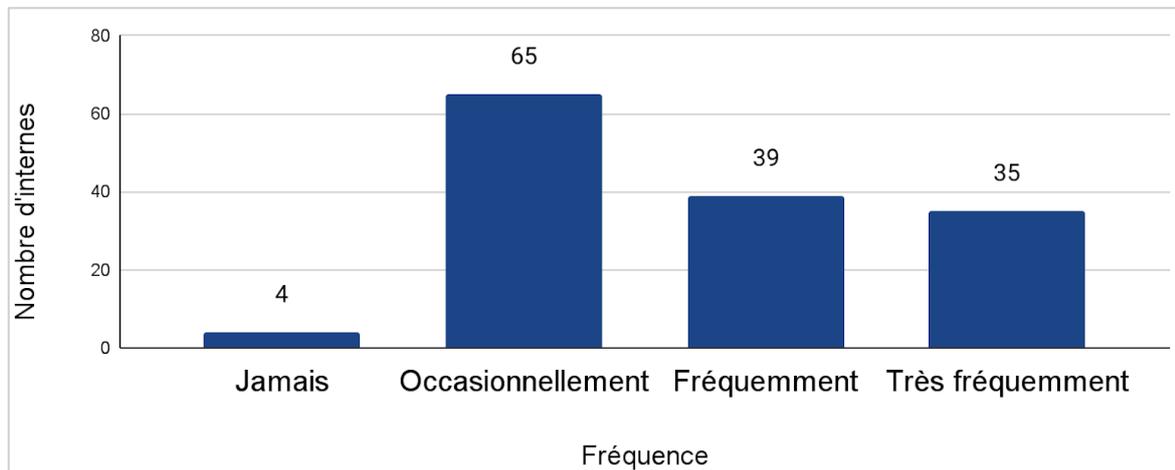
Le détail des analyses univariées des facteurs associés à l'évaluation de la prise en charge médicale est précisé dans le tableau 7 et 8 en annexe.

## Fréquence de l'auto-prescription

La quasi-totalité des internes (97,2 %) de cette étude déclarent avoir réalisé des auto-prescriptions médicamenteuses au cours de leur internat :

- un quart (24,5%) le pratiquent très fréquemment,
- plus d'un quart (27,3%) fréquemment,
- et 45,5 % occasionnellement.

Seulement 4 internes soit 2,8 % des internes ayant répondu au questionnaire ont déclaré ne jamais pratiquer l'auto-prescription.



Graphique 9 : États des lieux des pratiques d'auto-prescription

Chez les internes pratiquant l'auto-prescription, 76,3% ont débuté cette pratique au début de l'internat, 9,4% uniquement après la réalisation de leur stage en SASPAS. Seuls 18 internes, soit 9,4%, réalisent des auto-prescriptions depuis leur externat.

On n'observe pas de différence significative pour la fréquence de l'auto-prescription selon le sexe, l'avancé dans l'internat, la faculté d'origine ou la déclaration d'un médecin traitant ( $p>0,05$ ). De même, il n'y a pas de lien entre le nombre de déménagements ou la possibilité de consulter durant l'internat et le comportement d'auto-prescription chez les internes ( $p>0,05$ ). Autrement dit, les internes ayant déclaré des difficultés à aller en consultation ne pratiquaient pas de manière significative plus fréquemment l'auto-prescription ( $p>0,05$ ). Aucun lien n'est retrouvé non plus entre le ressenti des internes sur leur prise en charge ou sur leur état de santé et la fréquence d'auto-prescription ( $p>0,05$ ).

On observe en revanche parmi les internes pratiquant l'auto-prescription une différence significative entre les variables liées à la prise d'un traitement régulier et la pratique plus fréquente de l'auto-prescription ( $p=0,031$ ).

Le détail des réponses sur la fréquence de l'auto-prescription des internes est précisé dans les tableaux 3 et 4 en annexe et le détail des analyses univariées ci-dessus dans le tableau 9, en annexe. Dans ce dernier nous avons choisi de supprimer les réponses "jamais" des internes pour la question "pratiquez-vous l'auto-prescription ?" car ces données étaient insuffisantes pour exprimer des analyses pertinentes. Les résultats et conclusions ne portent donc que sur les internes qui pratiquent au moins occasionnellement l'auto-prescription.

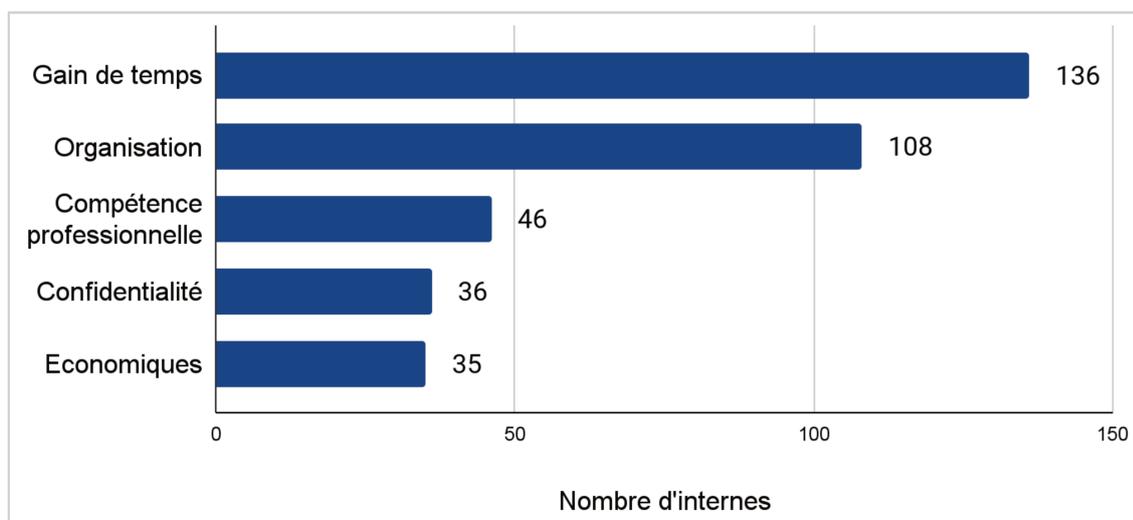
## Les raisons du recours à l'auto-prescription

On note que :

- 97,8% des internes ont déclaré pratiquer l'auto-prescription par gain de temps,
- 77,7 % pour des raisons organisationnelles quelles qu'elles soient,
- 33% le pratiquent du fait de leur compétence professionnelle,
- 25,9% par souci de confidentialité ou par peur du non-respect du secret médical,
- 25,2% pour des raisons économiques.

Les motifs de la catégorie "autres" sont présentés ci-dessous :

- "autant se prescrire ce qu'il faut quand on sait ce dont on a besoin"
- "prescription banale"
- "indisponibilité des médecins généralistes de la région"
- "difficulté dans la prise de rdv"
- "peur du jugement en fonction du motif de consultation"

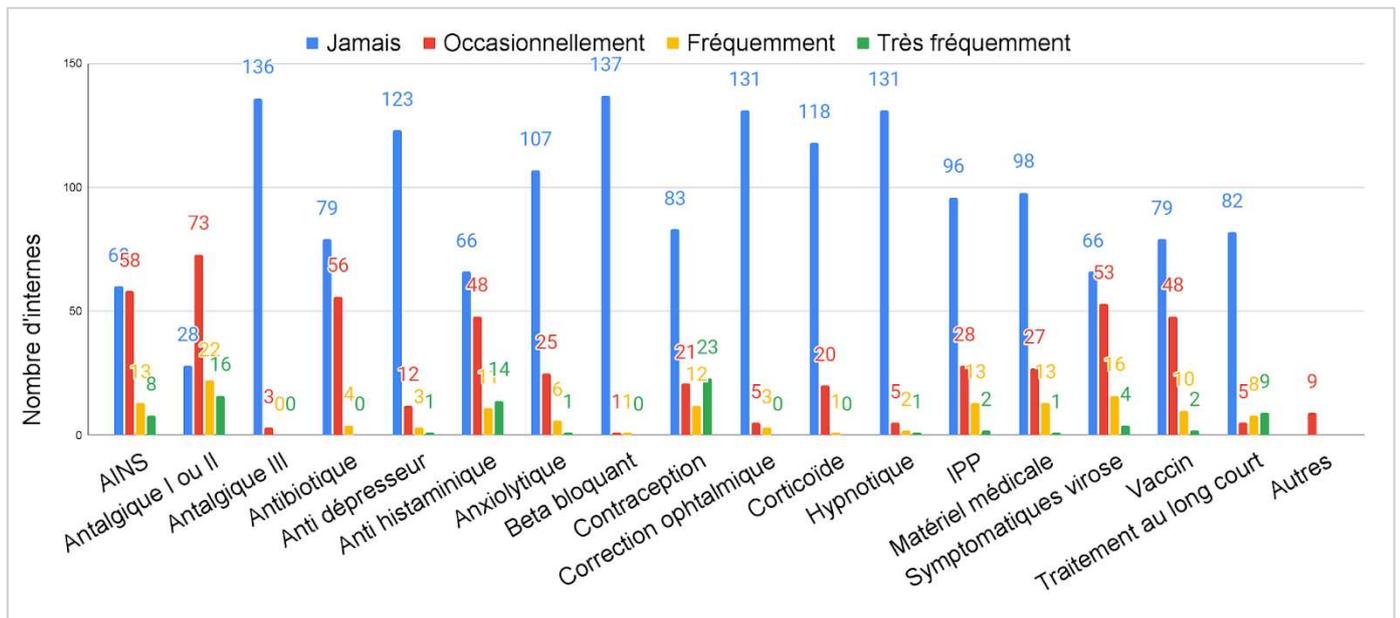


Graphique 10 : Les raisons du recours à l'auto-prescription (choix multiples)

## Auto-prescription médicamenteuse

Les médicaments auto-prescrits par les internes sont détaillés dans le graphique 11 ci-dessous.

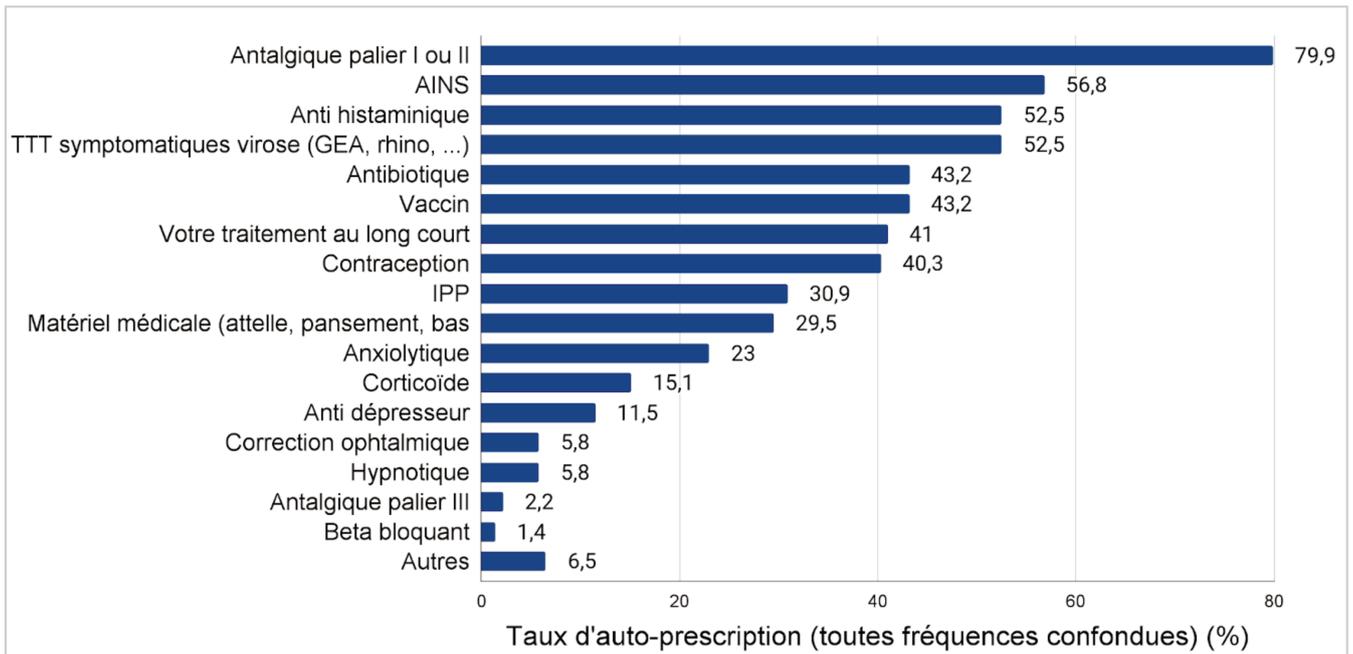
Les catégories médicamenteuses les plus auto-prescrites sont les antalgiques de palier I et II, les AINS, les antihistaminiques, les traitements symptomatiques pour des viroses (GEA, rhinopharyngite, etc...), les antibiotiques, les vaccins, les traitements chroniques et les contraceptions.



Graphique 11 : Types de médicaments auto-prescrits

Dans les motifs de la catégorie “autres” on retrouve : “anti thrombotique”, “tardyferon”, “dermocorticoïde”, “antipaludéens”, “exacyl”, “speciafoldine”, “traitements locaux acnée”.

Les pourcentages d’auto-prescription (toutes fréquences confondues) sont rapportés dans le graphique 12 ci-dessous).



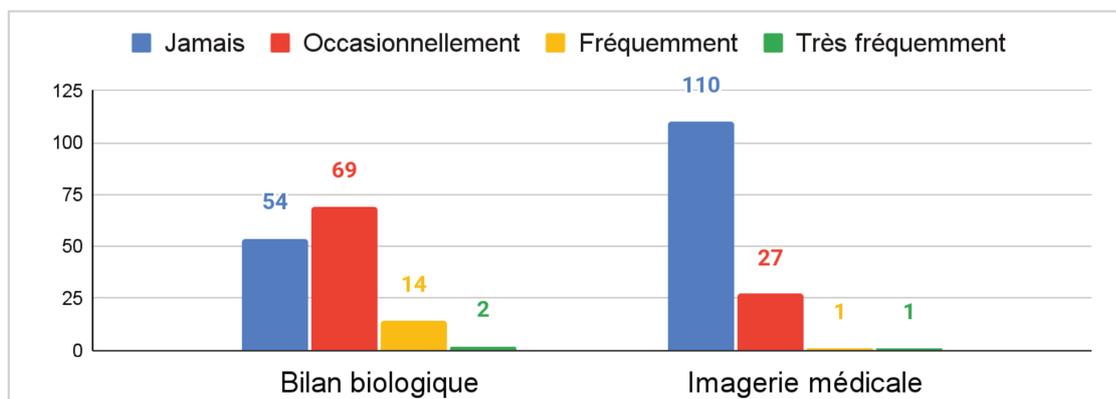
Graphique 12 : Taux d'auto-prescription (toutes fréquences confondues) (%)

### Auto-prescription d'examen complémentaires ou paramédicaux

Parmi les 139 internes pratiquant l'auto-prescription, 85 internes (soit 61,2%) déclarent s'être déjà auto-prescrit un bilan biologique et 29 internes (soit 20,9%) une imagerie médicale. Majoritairement, ces internes déclarent s'auto-prescrire ces examens "occasionnellement".

Sept internes ont répondu à l'item "autres" et ont déclaré s'être auto-prescrit les éléments suivants : "kinésithérapie", "courrier pour une consultation chez le spécialiste", "bilan podologique".

Le détail des réponses obtenues est décrit ci-dessous dans le graphique 14 et le tableau A.



Graphique 14 : Fréquence d'auto-prescription des examens complémentaires

Type d'examen complémentaire auto-prescrits	Taux d'auto-prescription (toutes fréquences confondues) (%)
Bilan biologique	61,2
Imagerie médicale	20,9

Tableau A : Taux d'auto-prescription d'examens complémentaires toutes fréquences confondues

On notera que plus les internes sont avancés dans le cursus du DES, plus ils sont nombreux à s'auto-prescrire des bilans biologiques ( $p=0,048$ ).

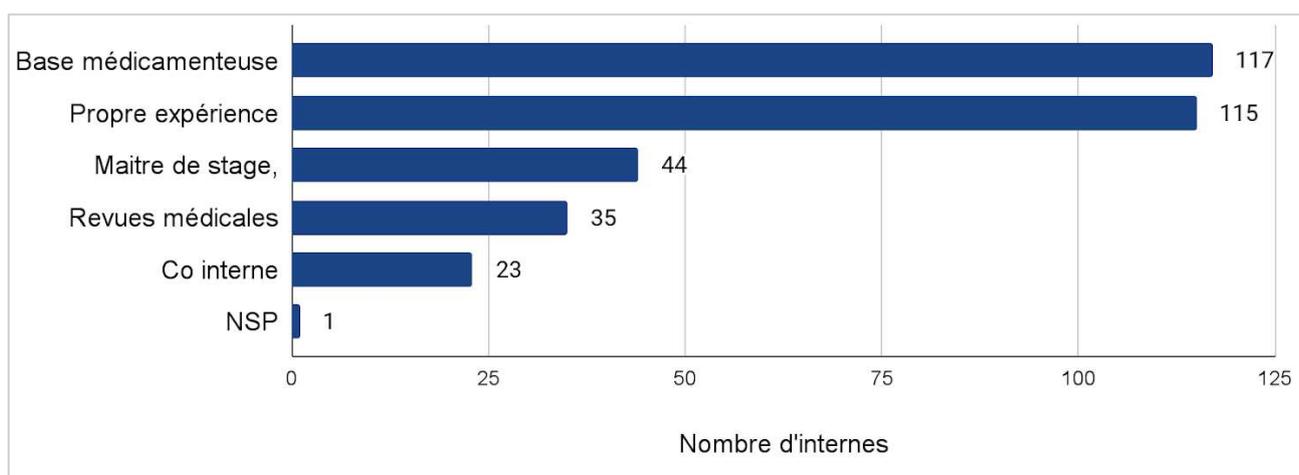
En revanche, on ne retrouve pas de lien significatif pour l'auto-prescription d'imagerie médicale en fonction de l'année d'internat ( $p>0,05$ ).

Le détail des réponses ci-dessus est précisé dans le tableau 10 en annexe.

## Habitudes d'auto-prescription

Parmi les internes interrogés, 92,1 % de ceux pratiquant l'auto-prescription estiment que leurs auto-prescriptions sont conformes aux recommandations de bonne pratique (posologie, indication, durée de traitement, etc.).

En détaillant les éléments orientant leurs auto-prescriptions, on retrouve par ordre décroissant : les bases médicamenteuses (84,2%), leur propre expérience (82,7%), leur maître de stage ou médecin du service (31,7%), les revues médicales (25,2%), et leurs co-internes (23%).



Graphique 15 : Éléments orientant les auto-prescriptions (choix-multiples)

On notera que 57,6 % des internes pratiquant l'auto-prescription ne demandent pas l'accord du médecin pour lequel le numéro RPPS (Répertoire Partagé des Professionnels de Santé) est utilisé.

Si 84,2 % des internes réalisent principalement leur auto-prescription sur leur lieu de travail, 57,6% les réalisent à leur domicile, et 58% d'entre eux disent garder des ordonnances vierges à domicile. De plus, avoir des ordonnances vierges au domicile augmente significativement la fréquence du recours à l'auto-prescription ( $p=0,002$ ).

A la question sur les limites que se fixent les internes dans l'auto-prescription, 69,1 % (96) refusent de s'auto-prescrire certaines classes de traitement ou produits médicamenteux.

Parmi ces traitements, on retrouve principalement : les antalgiques palier III (82,3%), les hypnotiques (80,2%), les antidépresseurs (79,2%), les bêta bloquants (57,3%), les anxiolytiques (51 %).

Les pourcentages de refus d'auto-prescription sont rapportés dans le tableau B ci-dessous.

	Nombre	(%)
Antalgiques palier III	79	82,3
Hypnotiques	77	80,2
Antidépresseurs	76	79,2
Beta bloquants	55	57,3
Anxiolytiques	49	51
Correction ophtalmique	37	38,5
Corticoïdes	20	20,8
Antibiotiques	17	17,7
Contraception	6	6,3
Antalgiques palier I ou II	5	5,2
Vaccins	5	5,2
Matériel médical	4	4,2
AINS	2	2,1
IPP	2	2,1
TTT symptomatiques des viroses	2	2,1
Antihistaminiques	0	0
Autres	1	1

Un interne a répondu à l'item "autre" et a déclaré refuser de s'auto-prescrire du méthylphénidate.

## Auto-prescription de certificats médicaux et d'arrêts de travail

En ce qui concerne les certificats médicaux 63 % (58/92) des internes concernés ont déjà fait réaliser leur certificat sur leurs lieux de stage :

- 38 internes (41,3%) l'ont fait réaliser par un maître de stage ou un médecin du service,
- 20 internes (21,7%) par un co-interne.

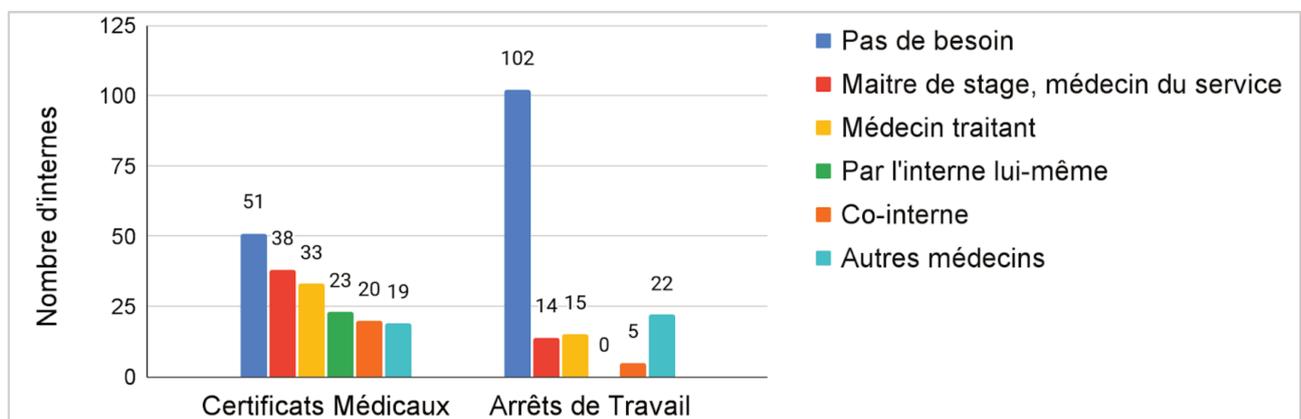
Au total, 56,5% d'internes concernés (52/92) sont allés consulter pour la réalisation d'un certificat :

- 33 internes (35,8%) leur médecin traitant,
- 19 internes (20,6%) un autre médecin.

Un quart des internes (23/92) ont eu recours à l'auto-prescription.

De la même manière, nous avons analysé vers qui les internes se tournent s'ils ont besoin d'un arrêt de travail. Aucun des internes de cette étude ne s'est auto-prescrit un arrêt de travail. La majorité, soit 102 internes (71,3%) déclarent ne jamais en avoir eu besoin. Et parmi les 41 internes en ayant eu l'utilité :

- 5 internes (12 %) ont demandé à un co-interne,
- 14 internes (34,2%) à leur maître de stage ou au médecin du service,
- 15 internes (36,6%) ont consulté leur médecin traitant et
- 22 internes (53,7%) ont consulté un autre médecin.



Graphique 16 : Prescription des certificats médicaux et arrêts de travail (choix multiples)

Il a également été demandé aux internes si ces certificats ou arrêts de travail avaient été réalisés par complaisance et, parmi les 64 internes concernés, 53 internes (82,8%) ont déclaré n'avoir jamais fait réaliser par complaisance un certificat ou un arrêt de travail. Seuls 10 internes (15,6%) ont occasionnellement eu recours à ce procédé et 1 interne fréquemment.

Le détail des réponses concernant les certificats médicaux et arrêts de travail est indiqué dans le tableau 3 en annexe.

# DISCUSSION

---

L'objectif de ce travail de thèse était de faire l'état des lieux des pratiques d'auto-prescription et de la santé des internes de médecine générale de la faculté de Poitiers. La plupart des internes semblent se prendre en charge seuls, sans réel suivi médical. Cependant on remarque que, durant leur internat, plus de 75% des internes ont consulté au moins une fois un médecin. Les pratiques d'auto-prescription observées s'opposent à cette absence de suivi médical, elles visent aussi bien les médicaments, les biologies et les examens d'imagerie. Les internes ont recours à l'auto-prescription pour des pathologies bénignes, mais également pour le renouvellement de traitement chronique. Les principaux facteurs retrouvés influençant le recours à l'auto-prescription sont l'organisation et le gain de temps, mais aussi les compétences professionnelles. Cela révèle un réel besoin médical, mais trop nombreux sont les internes rencontrant des difficultés à consulter durant leur internat (40,3%).

## Forces et limites de l'étude

### Forces

Notre étude a permis de s'intéresser localement à une pratique courante à l'échelle nationale autant chez les internes que chez les médecins généralistes (19). Le taux de participation a été de 31,8% soit 143 internes sur les 450 de médecine générale de la faculté de Poitiers reste honorable, permettant d'interpréter les résultats. Ce taux reste équivalent à la moyenne des autres études similaires sur ce sujet (10,29,30).

De plus, toutes les années du DES de médecine générale étaient représentées dans cette étude.

### Biais et limites

Il s'agit d'une faible population monocentrique et, malgré des taux semblables de participation retrouvés dans des travaux réalisés auprès d'internes de médecine générale sur ce sujet, la généralisation des résultats est limitée (10,29,30).

Le questionnaire a été envoyé au cours de l'été 2023, il n'y avait donc aucun interne de premier semestre et les DES de première année n'avaient, pour certains, effectué que neuf mois de stage ce qui a pu diminuer la prévalence du recours à l'auto-prescription et sa fréquence. On notera une sur-représentation des promotions 2019 et 2020 dans les réponses qui a pu, à l'inverse, augmenter la prévalence du recours à l'auto-prescription et sa fréquence.

Les biais retrouvés :

. Un biais de sélection : il est probable que les internes concernés par le sujet aient davantage répondu. Durant l'été, il est également possible que des internes en vacances n'aient pas pris le temps de répondre.

. Un biais de confusion : il est causé par des longueurs de suivi différentes entre les internes. Cela peut entraîner une sous-estimation possible dans la fréquence de consultation médicale et d'automédication chez les internes de la promotion 2022.

. Un biais déclaratif : on peut retrouver dans ce questionnaire des biais d'information et de mémorisation liés au recueil des données car les réponses dépendent de l'honnêteté et de la mémoire des participants.

. Un biais de désirabilité sociale : cette étude a été créée par des internes pour des internes. Ce dernier peut aussi entraîner un biais de prévarication ayant amené les internes à répondre de manière erronée par peur du jugement de leurs confrères. Le questionnaire étant anonyme, cela diminue ce biais.

## **Description de la population**

La répartition démographique homme/femme de notre échantillon comportait une majorité de femmes (71,3%), un taux plus important qu'à l'issue des Épreuves Classantes Nationales (ECN) de 2023 où il était de 63 % pour 37 % d'hommes (31). Le fait que les femmes aient été plus nombreuses à répondre à notre étude pourrait s'expliquer par un intérêt plus important pour notre sujet. On observe une féminisation de la profession médicale au niveau national qui augmente ces dernières années, et dans une étude du Conseil de l'Ordre des Médecins de 2022, on retrouve un taux de femmes de 50,5%, parmi les médecins en activité régulière (32).

Toutes les années du DES étaient représentées dans cette étude, avec une majorité d'anciens internes de la promotion 2019 (48,3%) et d'internes de la promotion 2020 (3<sup>e</sup> année de DES) (28,7%). Il n'a pas été retrouvé de lien entre l'avancée dans le cursus universitaire et le fait d'avoir déclaré un médecin traitant ni la fréquence de l'auto-prescription ( $p > 0,05$ ).

## **Déclaration d'un médecin traitant**

Le taux d'internes n'ayant pas de médecin traitant déclaré dans cette étude est de 18,9%. Il est comme attendu supérieur à celui retrouvé dans la population générale française. En effet, d'après un rapport du Sénat de 2022, 11% des plus de 17 ans n'avaient pas de médecin traitant déclaré en France en 2021 (33). Ce chiffre est plus important dans la population des étudiants en médecine (2<sup>e</sup> cycle, 3<sup>e</sup> cycle et fin de cursus), puisqu'il s'élevait à 41 % en 2016 d'après le rapport du CNOM sur « la santé des étudiants et jeunes médecins » (7).

En revanche, O. Ridet observe en 2013 auprès des internes en médecine générale de la faculté de Poitiers un taux de 15,6% se rapprochant des chiffres de notre étude (8). On constate donc que la proportion d'internes de notre étude qui n'ont pas déclaré de médecin traitant est plus élevée que dans la population générale et a peu évolué depuis 10 ans pour la faculté de Poitiers. Plusieurs hypothèses telles que l'absence de besoin éprouvé d'avoir un médecin traitant par aisance personnelle à l'auto-soin, la facilité à prendre un avis médical sur les lieux de stage, ou encore la désertification médicale peuvent être évoquées pour expliquer ces différences.

Parmi les médecins traitants déclarés, 47 % exerçaient dans une autre région que celle de l'interne. Ce pourcentage se rapproche de la proportion de 41,2 % retrouvé par A. Romano en 2023 dans son étude réalisée à la faculté de Reims (29). Pendant leur cursus, plus de trois quarts des internes des promotions 2021 à 2019 (83%) ont effectué un déménagement. Il n'a cependant pas été mis en évidence de lien entre la déclaration d'un médecin traitant et les déménagements pour l'internat et durant le cursus ( $p > 0,05$ ). Pour amoindrir le biais de sélection, les internes de 1<sup>er</sup> semestre ont été retirés pour les analyses en lien avec les déménagements. L'ensemble de ces résultats ne semble pas montrer pour autant que les déménagements bloquent les internes dans la déclaration d'un médecin traitant.

## **Internes ayant un traitement régulier**

Dans notre échantillon, 38% des internes ont déclaré prendre un traitement régulier et plus des trois quarts d'entre eux (87%) possèdent un médecin traitant déclaré. Les internes ayant un traitement régulier consultent plus fréquemment que les internes sans traitements réguliers ( $p=0,026$ ), mais la déclaration d'un médecin traitant n'était pas significativement différente dans cette population (OR=1,94, 95% : [0.762, 4,968]). Seulement un quart (26%) de ces internes consultent un médecin pour le renouvellement de leur traitement, dont 14,8% leur médecin traitant. On retrouve une proportion importante, soit deux tiers de ces internes (70,4 %) pratiquant l'auto-prescription pour renouveler leur traitement. Parmi les internes avec un traitement régulier, 20,3 % n'ont jamais consulté durant leur internat.

Afin de limiter le biais de désirabilité, nous n'avons pas souhaité parler de "pathologie chronique" ni interroger précisément sur l'affection chronique dont ils pouvaient être atteints par crainte d'avoir moins de participants. Ainsi, sans information supplémentaire, cette décision entraîne un manque d'informations. Pourtant, notre appréciation extérieure varie selon qu'il s'agit de renouveler un traitement contraceptif ou d'adapter un traitement antidiabétique.

Dans son étude à Poitiers, O. Ridet observait en 2013, que deux tiers des internes avec une pathologie chronique étaient suivis par un médecin pour cette maladie, mais seulement un quart le consultait systématiquement (8). Nous retrouvons cette même proportion dans notre étude, où la majorité de ces internes pratique aussi des auto-prescriptions pour renouveler leur traitement chronique. Cela confirme un manque de suivi persistant, pourtant essentiel chez ces internes, par un médecin généraliste ou par un autre spécialiste.

## Consultation chez un médecin

La population des internes est jeune, moins sujette à rencontrer des problèmes de santé, il faut donc prendre en compte qu'une part importante des internes n'a pas eu à consulter, car elle ne s'est pas sentie malade. Durant leur internat, 23,1% des internes à Poitiers n'ont jamais consulté de médecin durant leur internat. Dans notre étude, la déclaration d'un médecin traitant ne modifie pas la fréquence de consultation ( $p > 0,05$ ). Afin de limiter le biais de mémorisation, nous avons choisi de préciser notre interrogation sur les 6 derniers mois, et plus de la moitié des internes (57%) n'avait pas vu de médecin en consultation sur cette période. Ce que retrouvait également A. Lachartre à Limoges en 2016 avec un taux similaire de 57% (15). Si l'on regarde plus précisément le taux de consultation de leur médecin généraliste, V. Delahaye observe à Amiens en 2015 un taux de 71.2% ne l'ayant jamais consulté dans l'année et A. Romano un taux de 62,1% (9,29). Dans leurs études C. Hannebert (2020) et O. Ridet interrogeaient les internes sur leur comportement lors de la dernière pathologie aiguë, ils retrouvaient respectivement 38% et 54,1% des internes qui ne consultaient pas (8,10).

On remarque que peu d'internes consultent leur médecin traitant pour des pathologies bénignes. Il est probable que les internes ne consultent pas en priorité leur médecin traitant, et aient tendance à consulter un spécialiste sans passer par leur médecin traitant. En effet les connaissances médicales des étudiants soignants peuvent leur permettre de réduire leur anxiété face à des pathologies bénignes et donc diminuer leur taux de consultation chez le médecin traitant. De plus, ils peuvent développer une meilleure résilience face à celle-ci par une exposition déjà connue et répétée dans leurs milieux professionnels.

Effectivement, parmi les internes concernés par au moins une consultation depuis le début de l'internat, les deux tiers des internes ont consulté un spécialiste autre que leur médecin traitant (65,5%), la moitié seulement (49 %) a consulté son médecin traitant. En revanche, si les internes ressentent le besoin de consulter, ils se tournent principalement vers leur médecin traitant (55%), puis vers un co-interne (40%), ou vers un maître de stage ou médecin du service (31%). Cela témoigne d'un besoin d'avis médical, mais sans entraîner nécessairement une réelle prise en charge. Plusieurs études ont démontré que ces avis informels auprès des co-internes ou maîtres de stage sont une pratique répandue au niveau national, environ 50 % "d'avis informel" sont retrouvés chez les internes en région Midi-Pyrénées en 2020 et Reims en 2023 (10,30).

## Obstacles à la consultation

Devant un nombre important d'internes ne consultant pas durant l'internat, la faisabilité à consulter a été abordée. Une majorité des 40,3 % d'internes concernés par le besoin de consulter trouve difficile ou très difficile de consulter pendant l'internat. On peut retrouver, comme obstacles principaux à la non-consultation dans une étude récente en 2023 à la faculté de Reims, un manque de temps chez 48,4% des internes, des connaissances médicales suffisantes pour réaliser leur diagnostic et l'obtention d'un avis informel (30). En effet, les internes en médecine générale travaillent en moyenne 52,2 heures par semaine sur leur lieu de stage et le travail d'un interne ne se résume pas seulement à son temps de présence en stage, ce qui peut entraîner un manque de temps pour consulter un médecin (34,35).

## Regard porté sur leur santé

À propos de l'état de santé psychique et physique des internes, on observe que 81,1 % des internes sont satisfaits et très satisfaits de leur état de santé. Même si cela reste une évaluation subjective, on peut noter sur ces 10 dernières années une nette diminution du nombre d'internes qui s'estiment en bonne santé, car on retrouvait en 2013, 93,7 % d'internes de médecine générale de Poitiers se considérant en bonne santé (8). Dans notre étude, 18,9% d'internes sont peu ou pas du tout satisfaits de leur état de santé, ce qui n'est pas isolé, car un article publié en 2021 dans *Exercer*, fait part d'un score de qualité de vie des internes inférieur à celui de la population générale (36). En revanche, on retrouve que les internes ayant une bonne prise en charge médicale sont plus satisfaits de leur état de santé.

En raison des connaissances acquises et de la présence d'un environnement médical, l'internat pourrait sembler être une période propice à une bonne prise en charge médicale des internes pour eux mêmes, mais dans notre étude plus de la moitié (57,3%) de ces derniers considèrent que leur propre prise en charge médicale est identique depuis leur début d'internat. Un tiers des internes la considèrent moins bonne qu'avant, et le sentiment d'être moins bien pris en charge est significativement plus présent chez les femmes ( $p=0.043$ ). Si les internes considèrent leur suivi médical comme insuffisant, c'est possiblement parce qu'ils gèrent une partie de ce suivi seul. Ces pourcentages sont proches de ceux d'O. Ridet, où une majorité des étudiants ne trouvaient pas que l'internat ait influencé leur prise en charge médicale. De même 30% estimaient qu'elle était moins bonne depuis le début de l'internat et ce sentiment était également plus présent chez les femmes (8). Chez les internes, l'évaluation de leur état de santé ou de leur prise en charge médicale n'influence pas la fréquence d'auto-prescription ni de consultation d'un médecin depuis le début de l'internat ( $p>0,05$ ).

Cela laisse penser que les internes n'envisageaient probablement pas la consultation avec un médecin comme un facteur potentiel de mieux être. Il serait intéressant de comprendre si le ressenti de l'état de santé est à l'origine d'initiatives d'auto-prescriptions ou si à l'inverse la pratique de l'auto-prescription entraîne ou non une altération de l'état de santé. Ces paramètres sont intimement liés.

## Auto-prescription

### Généralités

Notre étude a révélé que 97,2 % des internes interrogés ont déclaré avoir eu recours à l'auto-prescription. Cette pratique est importante mais cohérente avec les données de la littérature française. Ces données sont hétérogènes en termes de questions posées et de population d'internes étudiée et donc difficilement comparables. D. Chahine retrouve 86,4% en 2023 chez les internes de Reims, C. Hannebert 86% également, A. Lachartre 91 % et T. Le Quintrec 85% chez les internes de 3<sup>e</sup> année d'internat, toutes spécialités confondues (10,15,22,30).

Il est difficile de démontrer que l'auto-prescription est plus dangereuse qu'une prescription par un confrère en consultation. Le but de notre étude n'était pas de juger cette pratique ou de dresser un bilan des conséquences, mais plutôt de mettre en évidence la façon dont les internes se prennent en charge.

Lors de l'analyse univariée, seule la prise d'un traitement régulier était significativement associée à une fréquence plus importante d'auto-prescription. Cela peut être expliqué par le besoin régulier du renouvellement de traitement. On ne retrouve pas d'autre différence, contrairement à Reims, (2023), et Limoges, (2019), où il est observé un lien entre l'avancée dans les années d'internat et l'âge des internes, avec un recours à l'auto-prescription plus important, vraisemblablement expliqué par l'expérience professionnelle et l'aisance à cette pratique plus importante en fin d'internat (15,30).

Dans notre étude, le nombre de déménagements n'entraîne pas de différence significative sur le comportement d'auto-prescription chez les internes. Et les internes ayant déclaré des difficultés à aller en consultation ne pratiquaient pas plus fréquemment l'auto-prescription. On peut tout de même attester que les changements de lieu de vie, fréquents durant l'internat, peuvent être un frein pour aller consulter et avoir un suivi médical régulier. Cela peut être une des raisons d'auto-prescription chez ces internes.

### Classes médicamenteuses

Dans notre étude, nous remarquons que les classes médicamenteuses prescrites par les internes concernent principalement des traitements courants tels que les antalgiques paliers I et II, les AINS, les antihistaminiques, les traitements symptomatiques pour des viroses (GEA, rhinopharyngite, etc...), les antibiotiques, les vaccins, les traitements chroniques et les contraceptions. Les résultats des autres études vont également dans ce sens, comme à Limoges en 2016 et à Poitiers en 2013, où l'on retrouve dans les classes thérapeutiques les plus auto-prescrites, les antalgiques paliers 1 et 2, les contraceptifs, les AINS, les antihistaminiques, les antibiotiques (8,15). On retrouve par ailleurs des chiffres surprenants sur l'auto-prescription d'antalgiques de palier 3, de corticoïdes, d'antidépresseurs, d'anxiolytiques et d'hypnotiques.

Ces traitements justifient habituellement une prise en charge médicale adaptée et qui pose question lorsqu'on connaît les risques d'accoutumance ou de mésusage de certains de ces traitements (37).

Qu'en est-il chez les médecins généralistes libéraux installés ? Dans une étude réalisée en 2021 par L. Aubeuf dans le département de l'Orne, 100% des médecins généralistes ont déclaré avoir déjà pratiqué l'auto-prescription médicamenteuse pour des pathologies aiguës et/ou leur renouvellement (38). La plupart de ces médecins déclarent avoir débuté la pratique d'auto-prescription pendant l'internat. Cela est appuyé par une revue de littérature de 2009 à 2019 qui met en évidence une souffrance psychologique répandue chez les médecins généralistes avec un taux important de burn-out et de consommation de psychotropes qui pour la plupart étaient auto-prescrits (39). Ern et Al. ont dans leur étude menée sur les jeunes médecins norvégiens démontré que pratiquer l'auto-prescription médicamenteuse pendant l'internat était un facteur prédictif significativement associé à la pratique de l'auto-prescription médicamenteuse par la suite (40).

### Spécificités des anxiolytiques, des antidépresseurs et des hypnotiques

Nos résultats montrent que 23% des internes se sont déjà auto-prescrits des anxiolytiques, 11,5% des antidépresseurs et 5,8 % des hypnotiques. Il y a 10 ans, à Poitiers, les taux d'auto-prescription de benzodiazépines et d'anxiolytiques "autres" étaient de 11,6 % et 2,3% d'hypnotiques (8). C. Hannebert retrouve auprès des internes de médecine générale du Midi-Pyrénées en 2020, 7 % de prescriptions de benzodiazépine et 4% d'antidépresseurs, D. Chahine fait part également en 2023 à Reims de chiffres similaires aux nôtres : 28% et 16 % respectivement (10,30). Dans la population générale, le rapport de l'Agence Nationale de Sécurité du Médicament (ANSM) en 2017 montre que, entre 18 et 44 ans, la consommation d'hypnotiques et de benzodiazépines est inférieure à 3 % (41). La comparaison est difficile en raison de la formulation "consommation" ou "benzodiazépine" dans certaines études, plutôt qu'auto-prescription ou anxiolytique et hypnotique dans notre travail.

Néanmoins les chiffres retrouvés montrent une consommation plus importante de ces classes thérapeutiques chez les internes que dans la population générale pour une tranche d'âge similaire. En effet les données de l'ANSM de 2017 montrent une diminution, faible mais continue, de la prévalence d'utilisation des benzodiazépines et apparentés à indication hypnotique et anxiolytique depuis 2012 dans la population générale, il n'en est a priori pas de même chez les étudiants en médecine. Ces consommations peuvent être liées à la charge de travail, au stress élevé dans la profession et donc à un certain mal-être chez les internes. Ces données et les consommations de psychotropes chez les internes peuvent être expliquées par la mauvaise qualité du sommeil, la détresse psychologique et un taux plus élevé de stress post-traumatique chez les soignants que dans la population générale (42). En effet, une méta analyse sur la qualité de vie et le burn-out réalisé à Poitiers en 2018 par M. Favreau a révélé un taux de burn-out de 45% chez les étudiants en médecine et un score de qualité de vie bas entre 15% et 55 % (43).

De plus, nos données dévoilent une augmentation importante du taux d'auto-prescription et de consommation de ces traitements pour les internes de Poitiers par rapport à 2013 (8), et ces taux tendent à augmenter également au niveau national. Effectivement une enquête de 2021 réalisée par l'ISNI, l'ISNAR-IMG et l'ANEMF retrouve une dégradation de l'état de santé mentale des étudiants en médecine et internes depuis 2017 (1). Des causes multifactorielles sont observées et peuvent expliquer l'augmentation de consommation d'anxiolytiques, d'antidépresseurs et d'hypnotiques ces dernières années. On peut citer la crise sanitaire du Covid-19 qui a grandement mobilisé les étudiants en médecine et les internes. Il faut aussi noter une augmentation de la déclaration des symptômes tels que l'état d'épuisement, le stress, la solitude et l'isolement, les problèmes de sommeil, ou de dépression par les étudiants selon un article de 2017 parue dans la revue Administration et Éducation (44).

Nous avons supposé dans notre étude 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. Concernant ces pratiques, en particulier avec les psychotropes, l'objectivité de l'interne en souffrance psychologique semble contestable. Il serait préférable que la consommation d'antidépresseurs, d'anxiolytique ou d'hypnotique soit encadrée par un autre professionnel de la santé que soi-même. Les internes dans ces situations devraient être pris en charge de manière plus globale avec des consultations, du dialogue et de l'accompagnement par un autre professionnel de santé (médecin traitant, psychiatre, psychologue ou médecin du travail). De plus, vouloir résoudre seul un problème de santé mental qui nécessite un suivi peut conduire à une détresse psychologique importante et avoir des répercussions dramatiques.

## **Examens complémentaires et certificats**

### **Biologie**

Les internes sont moins prescripteurs d'examens biologiques que de médicaments, bien que 61,2% d'entre eux se soient déjà prescrits un bilan. La revue de la bibliographie montre des résultats moins importants autour de 33% en Picardie, (2015) et à Limoges, (2019) (9,15). Cette différence peut s'expliquer par notre échantillon relativement faible et au taux très élevé d'auto-prescriptions dans ce dernier. Ces taux peuvent témoigner d'une forte préoccupation des internes vis-à-vis de leur état de santé quel que soit son niveau d'étude, même si l'on observe un pourcentage d'auto-prescription de biologie qui augmente avec l'avancée dans le cursus ( $p=0,048$ ).

### **Imagerie**

Concernant les examens d'imagerie, 20,9% des internes interrogés s'en sont déjà prescrits. Si la réalisation d'une imagerie permet d'apporter une information objective, car interprétée par un spécialiste, l'interne se retrouve ensuite seul face à sa propre prise en charge. Elle a de plus des conséquences en termes d'irradiation et de coût financier. Il aurait été intéressant ici de comparer les examens prescrits aux plaintes des internes pour voir si ces derniers étaient licites ou non.

## Certificats et arrêts de travail

Peu d'internes consultent pour faire réaliser un certificat médical. En effet, 25% d'entre eux ont eu recours à l'auto-prescription et 63% l'ont déjà fait réaliser sur leurs lieux de stage par un maître de stage ou un co-interne. Ces chiffres sont assez importants, et même si notre étude ne peut pas le démontrer, il est peu probable que ces derniers aient pratiqué un examen clinique, pourtant nécessaire, car il met en jeu la responsabilité du médecin qui le signe. Seul 56,5% des internes ont consulté pour la réalisation d'un certificat.

Concernant les arrêts de travail, il est rassurant de ne retrouver aucun interne pratiquant l'auto-prescription. Cependant, 46,3 % d'internes concernés se sont déjà tournés vers un maître de stage ou un co-interne, et même si cette pratique n'est pas interdite par la loi, elle doit faire l'objet de réserves sur le plan déontologique et n'est pas recommandée (45).

## Habitudes d'auto-prescription

Le fort pourcentage d'auto-prescriptions retrouvé est lié à la faible fréquence des consultations chez le médecin traitant. Pour beaucoup d'internes, l'auto-prescription se justifie par un gain de temps, des difficultés d'organisation, des compétences professionnelles suffisantes, un manque de confidentialité possible et enfin des raisons économiques. De la même manière, dans leurs études A. Lachartre et C. Hannebert trouvaient les raisons suivantes : la peur de consulter, l'appréhension du statut de malade, l'aisance personnelle diagnostique et thérapeutique, la facilité d'accès, le manque de temps et la peur du non-respect du secret médical (10,15). Cela soutient que les internes manquent de temps pour consulter et s'occuper de leur propre santé. On peut retrouver dans les autres freins, l'accès difficile au médecin traitant, les plages horaires de travail en stage importantes et l'organisation des plannings de garde ne permettant pas facilement de consulter.

Une notion importante est abordée dans plusieurs études dont celle de T. Quintrec, où près de 50 % des internes trouvent difficile de passer du statut de médecin à celui de patient (22). En effet, il peut être difficile de concilier ses connaissances théoriques avec le ressenti en tant que patient face à la maladie.

La fréquence du recours à l'auto-prescription est augmentée par la présence au domicile d'ordonnances vierges. Il est probable que cela simplifie l'auto-prescription, car l'interne n'a pas besoin de retourner sur un lieu de stage pour se procurer d'ordonnance ni de consulter un médecin. La plupart des internes, 57,6 %, déclarent, ne pas demander l'accord du médecin titulaire du numéro RPPS inscrit sur l'ordonnance avant de réaliser une auto-prescription. Ces habitudes ne sont pas isolées car retrouvées également à Marseille en 2018 (17). Il semble probable que beaucoup le fassent à l'abri des regards, sans devoir rendre de compte au médecin en question, mais nous n'avons pas approfondi ce sujet. Cela est sûrement facilité par le fait, que dans certains services, les ordonnances ne sont pas nominatives.

Les internes respectent-ils les différentes dimensions liées à l'auto-prescription ? Les internes, encore en formation, s'appuient principalement sur les bases médicamenteuses (84%) et leur propre expérience (83%), mais également dans une moindre mesure sur l'avis de leur maître de stage ou des médecins du service, les revues médicales et leurs co-internes pour générer leur ordonnance. Dans notre étude, 92,1 % des internes concernés estiment que leurs auto-prescriptions sont conformes aux recommandations en termes de posologie, d'indication, de contre-indication et de durée de traitement. Les antécédents de non-respect des auto-prescriptions médicamenteuses sont relativement peu étudiés dans la littérature. A. Pierres retrouvait 53% d'internes déclarant que leur auto-prescription était conforme aux recommandations, et 55 % parlaient du risque de mésusage, conscients que l'auto-prescription est une pratique à risque (17). D. Chahine observait également dans son étude, 43% d'internes conscients des dangers de cette pratique (30). Ces données semblent se rapprocher des taux retrouvés chez les médecins installés (38). Il aurait été intéressant dans notre étude de connaître l'avis des internes sur leur droit à l'auto-prescription et les risques de cette pratique ainsi que leur besoin de formation à ce sujet.

Néanmoins, les internes ont, de façon significative, des limites dans leur auto-prescription. En effet, 69,1 % d'entre eux refusent de s'auto-prescrire certaines classes de traitement ou produits médicamenteux. On retrouve principalement : les antalgiques paliers III (82,3%), les hypnotiques (80,2%), les antidépresseurs (79,2%), les bêta-bloquants (57,3%), les anxiolytiques (51 %). Un médecin peut être conscient de ses limites et de ses compétences et être capable de demander l'aide d'un confrère lorsque la situation le dépasse. Mais qu'en est-il d'un interne en formation ? Son manque d'expérience pourrait le faire sous-estimer certains dangers. Il serait bénéfique qu'on lui apporte, au cours de sa formation d'interne, des conseils pour appréhender sa propre santé.

## **Implications futures et ouverture**

Comme nous l'avons vu dans l'introduction, le cadre légal de l'auto-prescription n'est pas précis et le terme d'auto-prescription n'est jamais mentionné dans le code de santé publique. Le programme « Dis doc t'as ton doc ? » développé dans l'introduction, vise à améliorer la prise en charge médicale des médecins et à limiter l'auto-prescription (11). Les instances dirigeantes semblent donc au fait de ces pratiques mais la loi est originellement écrite pour encadrer l'hétéro-prescription. Les raisons poussant à poursuivre l'auto-prescription médicamenteuse sont nombreuses et il paraît donc difficile d'imaginer qu'un jour un accord soit passé quant à une limitation légale qui régulerait la pratique d'auto-prescription médicamenteuse, aussi risquée soit elle.

Dans le monde, plusieurs États ont décidé de limiter l'auto-prescription. C'est le cas de l'état de Victoria en Australie depuis 1995 qui a interdit l'auto-prescription afin d'améliorer la santé des médecins et de réduire le risque d'abus et de dépendance (46). Au Québec le code de déontologie stipule que « Le médecin doit, sauf dans les cas d'urgence, s'abstenir de se traiter lui-même » (47). Également aux États-Unis, le code de déontologie médical stipule que sauf pour des traitements de routine de courte durée et pour des problèmes mineurs, il n'était pas recommandé pour les médecins de prescrire pour eux-mêmes ou pour leur famille des médicaments à prescription contrôlée comme les dérivés opiacés et les substances psychoactives sauf en cas d'urgence (48).

Des travaux ont été réalisés sur la consommation de substances psychoactives chez les internes, dont ceux de M. Tiberghien à Nîmes en 2018 et de T. Deslandes à Angers en 2021 afin de décrire l'évolution de la consommation et les circonstances de surconsommation (49,50). Il serait intéressant de faire une étude sur ce sujet pour les internes de Poitiers et une méta-analyse sur l'évolution des consommations de ces traitements chez les étudiants en médecine au niveau national ces dernières années.

Le recours à l'auto-prescription est donc multifactoriel et il ne semble pas y avoir de solutions simples et radicales pour réduire les risques associés à cette pratique. Une suggestion pourrait être de sensibiliser les étudiants sur leur propre suivi médical, sur les limites et les dangers de l'automédication et de l'auto-prescription, cela dès l'externat, avant même leur entrée en fonction et durant l'internat lors de séminaires dédiés. Selon plusieurs études, ils seraient favorables à cette sensibilisation durant leur formation (17,30).

Le rôle des tuteurs et des maîtres de stage dans l'encadrement et le soutien des internes est fondamental. Afin de les former au dépistage et à la prévention des risques psychosociaux chez les internes, participer à des formations comme celles du Diplôme Interuniversitaire (DIU) « soignant-soigné » créé en 2015 qui a lieu actuellement à Toulouse pourrait leur être proposé. Il est ouvert à tous les soignants et a pour objectif d'apprendre à aider, accompagner et prendre en charge les soignants en difficultés pour leur permettre de préserver leur santé ainsi qu'animer des interventions de promotion de la santé des soignants (51).

Le manque de temps est souvent mis en cause par les internes, les horaires de travail permettant rarement de consulter après le travail, il serait judicieux d'aménager un temps de consultation. En effet, A. Pierras montrait que trois quarts des internes ne se sentaient pas autorisés à s'absenter de leur stage pour aller consulter un médecin, principalement par souci d'organisation ou par sentiment de culpabilité (17). Soulignons que des résolutions ont déjà été prises dans l'arrêté de 2022 relatif aux modalités d'élaboration et de transmission des tableaux de service dédiés au temps de travail des internes, publié au Journal Officiel par le ministère de la Santé et de l'Enseignement supérieur. Il y est précisé que chaque service est dans l'obligation d'établir avec l'interne un emploi du temps respectant le quota d'heures réglementaires en moyenne sur 3 mois (21). Cependant, vu les chiffres retrouvés dans des études récentes, il semble encore peu appliqué dans la pratique malgré la demande des internes (30,52).

La pandémie de Covid 19 a mis en lumière le rôle indispensable de l'interne pour le système de santé. Malheureusement, seuls 53,5% des internes ont pu avoir accès à un diagnostic par PCR lors de la crise selon une enquête de l'ISNI menée en mai 2020. Et 56,5% des internes malades du Covid ont déclaré ne pas avoir eu d'arrêt de travail ou d'éviction de leur lieu de travail dès les premiers jours de symptômes (53). Cela sous-entend que malgré leur place centrale dans le système de santé, les internes n'ont pas bénéficié de la même prise en charge médicale que le reste de la population française. Peut-on supposer qu'il en est toujours de même pour leur prise en charge générale à l'heure actuelle ?

La compréhension du suivi médical des internes est essentielle pour améliorer leur suivi et leurs conditions de travail. En conséquence, les patients ne peuvent que bénéficier de cette amélioration en termes de qualité de prise en charge. Un guide réalisé en 2016 dans le cadre de la stratégie nationale d'amélioration de la qualité de vie au travail des professionnels de santé nommée « *Prendre soin de ceux qui nous soignent* » présente l'amélioration des conditions de travail comme le “*principal déterminant de la qualité de l'exercice professionnel et de la formation de l'interne. Il conditionne la prévention des risques psychosociaux de ces mêmes internes et la qualité de la prise en charge des patients*”(54,55). Il est donc essentiel de respecter ces recommandations, afin de garantir aux internes un meilleur accès aux soins.

A. Romano, comme dans notre étude, montrait que les internes se plaignaient d'une insuffisance de suivi (29). Pourtant, plusieurs travaux observent un faible taux de consultation des internes à la médecine du travail. Une étude de 2020, observe que sur le plan national, dans seulement treize CHU sur vingt-sept, l'interne bénéficie d'une visite médicale en santé au travail lors de sa prise de fonction (5). Il serait nécessaire de renforcer la sensibilisation des internes aux avantages de ces consultations, d'aménager des plages horaires afin de leur faciliter l'accès et créer des consultations médicales systématiques qui leur seraient dédiées. Elles pourraient permettre de réaliser du dépistage et de la prévention, des bilans de santé physiques et psychiques ainsi que de s'assurer de la déclaration d'un médecin traitant et pallier cela le cas échéant. Malheureusement, il n'y a pas suffisamment de médecins du travail pour assurer cette surcharge de consultations et ces derniers, n'ayant pas le même droit de prescription que leurs confrères généralistes, seraient limités dans la prise en charge et le suivi des internes dans le besoin.

D'autres structures peu connues des internes proposent des consultations pour les étudiants et sont possibles jusqu'à la fin de l'internat : les Services de Santé Universitaires (SSU). Ils regroupent médecins, psychologues, diététiciens, etc. pour répondre aux problématiques des étudiants. Le SSU de Poitiers regroupe des consultations de médecine générale, gynécologie, psychologie et addictologie. Toutefois, ces consultations ne sont souvent possibles que dans la ville du CHU et peu d'internes de médecine générale pourraient s'y rendre facilement. Sur le site universitaire d'Angoulême, seule une infirmière est présente et cela n'est pas suffisant pour le suivi médical des internes en médecine (56). De plus, il serait nécessaire d'élargir les plages horaires de consultations qui sont rarement disponibles après 17h et donc difficilement accessibles après une journée de stage.

Toutes les solutions proposées ne sont utiles que si l'interne reconnaît avoir besoin de consulter. L'attention des futurs médecins devrait être attirée, durant leur cursus, sur le fait qu'ils restent vulnérables et qu'ils auront également besoin de soins. En raison de sa profession, de sa personnalité et des représentations dont il fait l'objet, un médecin n'est certainement pas un patient comme les autres et ces particularités doivent être enseignées.

# CONCLUSION

---

La santé des internes est un enjeu majeur dans le domaine de la santé, avec des conséquences sur la qualité des soins des patients qu'ils prennent en charge. L'auto-prescription soulève un certain nombre de questions éthiques, affectives et de qualification et peut compromettre le jugement sur le diagnostic et/ou le traitement.

Cette étude avait pour objectif de faire un état des lieux des pratiques d'auto-prescription et de la santé des internes de médecine générale de Poitiers. Elle révèle un manque de suivi médical important et une pratique très répandue d'auto-prescription chez les internes, quel que soit le problème de santé. Néanmoins les internes ont des limites dans leur auto-prescription, et refusent de s'auto-prescrire certaines classes de thérapeutiques. Depuis 2013, le taux d'internes sans médecin traitant est stable et inférieur à 20%, mais on observe une nette diminution du nombre d'internes qui s'estiment en bonne santé. Il est toutefois rassurant de remarquer que, durant leur internat, plus de 75% des internes ont consulté au moins une fois un médecin.

Malgré les alertes en 2008 du CNOM sur la tendance des médecins à appréhender seuls leur propre santé, aucune sensibilisation des internes sur leur santé n'a été mise en place dans leur cursus à la faculté de Poitiers depuis l'étude d'O. Ridet en 2013 (8).

Il semble nécessaire de développer des formations dédiées à « soigner les soignants » au sein de la faculté de Poitiers. En plus d'accompagner les internes et les médecins installés dans la prise en charge des soignants, cette formation permettrait aux internes de comprendre la réelle nécessité de bien se soigner eux-mêmes, en s'octroyant le temps d'être examinés, écoutés et conseillés, même pour des pathologies qu'ils considèrent comme bénignes, plutôt que de le faire seul.

D'autres internes pourraient poursuivre cette étude en se penchant sur des solutions spécifiques qui pourraient être implantées dans notre région afin d'améliorer la prise en charge des internes.

# BIBLIOGRAPHIE

---

1. ISNAR-IMG, ISNI, ANEMF. Dossier de Presse : Enquête santé mentale jeunes médecins. Dépression, burn-out, humiliation et harcèlement : La santé mentale des futurs médecins en danger ! [Internet]. 2021. [cité 23 juin 2023]. Disponible sur : <https://www.isnar-img.com/wp-content/uploads/DP-Sante-mentale2021-int.pdf>
2. Ordre National des médecins. Le médecin malade. Rapport de la Commission nationale permanente adopté lors des Assises du Conseil national de l'Ordre des médecins du 28 juin 2008.
3. HAS. Qualité de vie au travail et qualité des soins. Revue de littérature. [Internet]. 2016 [cité 5 juill 2023]. Disponible sur : [https://sofia.medicalistes.fr/spip/IMG/pdf/revue\\_de\\_litterature\\_qualite\\_de\\_vie\\_au\\_travail\\_et\\_qualite\\_des\\_soins\\_janvier\\_2016\\_.pdf](https://sofia.medicalistes.fr/spip/IMG/pdf/revue_de_litterature_qualite_de_vie_au_travail_et_qualite_des_soins_janvier_2016_.pdf)
4. Frajerman A. Quelles interventions pour améliorer le bien-être des étudiants en médecine ? Revue de la littérature. L'Encéphale. 2020 ; 46(1) : 64.
5. Panier A, Buisson-Valles I, Verdun-Esquer C. Organisation du suivi médical en santé au travail des internes des hôpitaux en Aquitaine et au niveau national. Arch Mal Prof Environ. oct 2020; 81(5) : 456.
6. Gogny-Delbrouque C. Ressenti et pratique des internes de médecine générale concernant la prise en charge de leur propre santé : étude qualitative auprès d'internes [Thèse d'exercice]. Lille : Université de Lille. Faculté de Médecine ; 2018.
7. Bissonnier C, Boetsch D. La santé des étudiants et jeunes médecins. Rapport de la Commission du Conseil national de l'Ordre des médecins de 2016.
8. Ridet O. Comment les internes en médecine générale prennent-ils en charge leur propre santé ? Enquête menée auprès des internes en médecine générale de la faculté de Poitiers. [Thèse d'exercice]. Poitiers : Université de Poitiers. Faculté de Médecine et Pharmacie ; 2013.
9. Delahaye V. Comment les internes picards prennent-ils en charge leur santé en termes de prévention, de dépistage et d'automédication? . [Thèse d'exercice]. Amiens : Université de Picardie. Faculté de Médecine d'Amiens ; 2015.
10. Hannebert C. Qualité du suivi médical et pratiques d'auto-prescription des internes de médecine générale en région Midi-Pyrénées. [Thèse d'exercice]. Toulouse : Université de Toulouse III- Paul Sabatier. Faculté de Médecine de Toulouse ; 2020.
11. Ministère Du Travail, De La Santé Et Des Solidarités. Dis doc, t'as ton doc ? Une campagne pour prendre soin de ceux qui soignent, publié le 05 avril 2017. [Internet]. 2017. [cité 5 juill 2023]. Disponible sur : [https://cfar.org/wpcontent/uploads/2017/03/DP\\_DISDOCTASTONDOC.pdf](https://cfar.org/wpcontent/uploads/2017/03/DP_DISDOCTASTONDOC.pdf)
12. Mercier E, Dusseaux V, Barthélémy L. Quelles sont les pratiques des Français en terme d'automédication ? Ipsos pour le Leem. 2017
13. Ministère de la Santé et de la Prévention. Quelle est la différence entre un médicament à prescription médicale obligatoire et un médicament à prescription médicale facultative ? Publié le 13 juin 2016 [Internet]. 2016 [cité 5 juill 2023]. Disponible sur : <https://sante.gouv.fr/soins-et-maladies/medicaments/questions-reponses/article/quelle-est-la-difference-entre-un-medicament-a-prescription-medicale>

14. Verdier A. Comment les médecins généralistes prennent en charge leur propre santé ? [Thèse d'exercice]. Nancy : Université de Lorraine. Faculté de Médecine de Nancy ; 2021.
15. Lachartre A. Etude de l'auto-prescription chez les internes de Médecine Générale à Limoges en 2016. [Thèse d'exercice]. Limoges : Université de Limoges. Faculté de Médecine et de pharmacie de Limoges ; 2019.
16. Extrait du journal officiel - 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 - Organisation générale du DES de médecine générale [Internet]. 2017 [cité 22 janv 2024]. Disponible sur: <https://cncem.org/wp-content/uploads/2022/06/DES-me%CC%81decine-ge%CC%81ne%CC%81rale-2022.pdf>
17. Pierres A. Pourquoi les internes ont-ils recours à l'auto-prescription médicamenteuse? Enquête auprès des internes de la Faculté de médecine de l'Université d'Aix-Marseille. [Thèse d'exercice]. Marseille : Université d'Aix-Marseille. Faculté de Médecine de Marseille; 2021.
18. Chapusot-Filipozzi J. Attitude du médecin généraliste vis-à-vis de la prise en charge de sa santé: étude qualitative auprès de 15 médecins généralistes lorrains. [Thèse d'exercice]. Nancy : Université de Lorraine. Faculté de Médecine de Nancy ; 2012.
19. Tanguy F. Auto-prescription médicamenteuse chez les médecins. [Thèse d'exercice]. Rennes: Université de Rennes 1. Faculté de Médecine - Rennes 1 ; 2012.
20. Code de Déontologie Médicale. Figurant dans le Code de la Santé Publique sous les numéros R.4127-1 à R.4127-112. [Internet]. 2022. [cité 14 oct 2023]. Disponible sur: <https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/codedeont.pdf>
21. Code de la santé publique - Article R6153-3 - Légifrance. [Internet]. 2005. [cité 28 juin 2023]. Disponible sur : [https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article\\_lc/LEGIARTI000006918796/2005-07-26](https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000006918796/2005-07-26)
22. Quintrec T. Le suivi médical des étudiants en diplôme d'études spécialisées (DES) de médecine à la faculté d'Angers. [Thèse d'exercice]. Angers : Université d'Angers. Faculté de Médecine ; 2013.
23. Ducloy M. État des lieux sur l'auto-prescription par les internes réunionnais au premier trimestre [Thèse d'exercice]. Réunion : Université de la Réunion. Faculté de Médecine ; 2017.
24. Paillard M. La santé des internes Nantais en Médecine Générale : Observation des déterminants des pratiques d'autoprescription et d'automédication [Thèse d'exercice]. Nantes : Université de Nantes ; Faculté de Médecine ; 2016.
25. Agathe P. L'interne et sa santé Étude qualitative auprès d'internes de médecine générale de la subdivision de Lyon. [Thèse d'exercice]. Lyon : Université Claude Bernard - Lyon 1. Faculté de Médecine et de maïeutique Lyon-Sud Charles Merieux ; 2018.
26. Prud'Homme A, Richard A. Pourquoi les internes en médecine de France métropolitaine pratiquent l'automédication et l'autoprescription? Étude qualitative. [Thèse d'exercice]. Grenoble : Université de Grenoble. Faculté de Médecine de Grenoble ; 2013.
27. Le Parlement Européen et le Conseil de l'Union Européenne, Arrêté du 27 avril 2016 relatif à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel et à la libre circulation de ces données, et abrogeant la directive.

28. Jouannin A, Andres É, de Fallois M, Chevance A, Donnadiou S, Reymann JM, et al. Validation d'un outil de classification de la recherche à destination des internes de médecine générale d'après la loi « Jardé ». *Exercer*. 2019. [cité 14 oct 2023]. 155:306-13
29. Romano A. États des lieux du suivi médical des internes de la faculté de médecine de Reims. [Thèse d'exercice]. Reims : Université de Reims ; Faculté de Médecine ; 2023.
30. Chahine D. Auto prescription et automédication chez les internes de la faculté de médecine de Reims 2023. [Thèse d'exercice]. Reims : Université de Reims ; Faculté de Médecine ; 2023.
31. MACSF ECN 2023 : les chiffres clés. 2023. [cité 13 janv 2024]. Disponible sur: <https://www.macsf.fr/actualites/chiffres-cles-ecn>
32. François A. Atlas de la démographie médicale en France. Conseil National de l'Ordre [Internet]. 2022 [cité 16 janv 2024]. Disponible sur: [https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/analyse\\_etude/11jksb5/cnom\\_atlas\\_demographie\\_medicale\\_2022\\_tome\\_1.pdf](https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/analyse_etude/11jksb5/cnom_atlas_demographie_medicale_2022_tome_1.pdf)
33. Sénat - Rapport d'information N°589 au nom de la commission de l'aménagement du territoire et du développement durable par la mission d'information sur les perspectives de la politique d'aménagement du territoire et de cohésion territoriale, sur le volet « renforcer l'accès territorial aux soins » [Internet]. 2022 [cité 13 janv 2024]. Disponible sur: <https://www.senat.fr/rap/r21-589/r21-5891.pdf>
34. Université de Poitiers - Programme du DES de MÉDECINE GÉNÉRALE [Internet]. 2022 [cité 9 févr 2024]. Disponible sur: <https://medphar.univ-poitiers.fr/wp-content/uploads/sites/169/2022/09/Programme-DES-MG-2022.pdf>
35. ISNI. Enquête - Temps de travail des internes [Internet]. 2020 [cité 16 janv 2024]. Disponible sur: <https://isni.fr/enquete-temps-de-travail-des-internes/>
36. Py T, Georget N, Duval D, Fayolle AV, Petit A, Hommey N, et al. Qualité de vie des internes en médecine générale. *Exercer*. 2021. [cité 14 oct 2023] 169, pp.4-10.
37. Benchadi D. Usages et connaissances des effets des antalgiques et des corticoïdes chez le sportif [Thèse d'exercice]. Toulouse: Université de Toulouse III Paul Sabatier ; Faculté des Sciences Pharmaceutiques ; 2019.
38. Aubeuf L. Autoprescription médicamenteuse chez les médecins généralistes libéraux normands: état des lieux des pratiques et facteurs d'influence. [Thèse d'exercice]. Caen : Université de Caen Normandie ; Faculté de Médecine ; 2021.
39. Rabouille A, Corneé S. Santé mentale des médecins généralistes ambulatoires en France : Revue systématique de la littérature de 2009 à 2019. [Thèse d'exercice]. Angers : Université d'Angers; Faculté de Santé d'Angers ; 2020.
40. 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 Med*. 2005 ; 3:16.
41. ANSM, Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé. Etat des lieux de la consommation des benzodiazépines [Internet]. 2017 [cité 14 oct 2023]. Disponible sur: <https://archive.ansm.sante.fr/S-informer/Points-d-information-Points-d-information/Etat-des-lieux-de-la-consommation-des-benzodiazepines-Point-d-Information>

42. Dyrbye LN, Thomas MR, Massie FS, Power DV, Eacker A, Harper W, Durning S, Moutier C, Szydlo DW, Novotny PJ, Sloan JA, Shanafelt TD. Burnout and suicidal ideation among U.S. medical students. *Ann Intern Med.* 2008 ;149(5):334-41
43. Favreau M. Revue de la littérature : Burnout et qualité de vie chez les étudiants en médecine. [Thèse d'exercice]. Poitiers : Université de Poitiers; Faculté de Médecine et Pharmacie ; 2018.
44. Ronzeau M, Belghith F. La santé des étudiants. *Administration & Éducation* . 2018/1 [cité 16 janv 2024]. (N° 157), p.79-84
45. Conseil départemental du Val de Marne de l'Ordre des médecins, Arrêt de travail [Internet] 2017. [cité 1 févr 2024]. Disponible sur : <https://conseil94.ordre.medecin.fr/content/arret-travail>
46. 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. [Internet] 2011. [cité 16 janv 2024]. 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).
47. Code de déontologie des médecins (du Québec); M-9, r. 17. [Internet] 2002 [cité 16 janv 2024] Disponible sur : <https://www.legisquebec.gouv.qc.ca/fr/document/rc/M-9,%20r.%2017%20/>
48. AMA Council on Ethical and Judicial Affairs. Code of Medical Ethics. Opinion 8.19 - Self-Treatment or Treatment of Immediate Family Members. [Internet] 2002 [cité 16 janv 2024] Disponible sur : <https://journalofethics.ama-assn.org/article/ama-code-medical-ethics-opinion-physicians-treating-family-members/2012-05#:~:text=Opinion%208.19%20%2D%20Self%2DTreatment%20or,members%20of%20their%20immediate%20families>.
49. Tiberghien M. État des lieux des consommations de médicaments à visée psychoactive chez les étudiants en médecine de Lille vs. Montpellier Nîmes. [Thèse d'exercice]. Montpellier : Université de Montpellier ; Faculté de Médecine de Montpellier Nîmes; 2018.
50. Deslandes T. Evolution des consommations de substances psychoactives chez les internes en médecine d'Angers depuis la circulaire de 2016. [Thèse d'exercice]. Angers : Université d'Angers; Faculté de Santé d'Angers ; 2021.
51. Université Toulouse III - Université Paris Diderot - Diplôme Interuniversitaire - Soigner les Soignants [Internet] 2023 [cité 13 févr 2024]. Disponible sur: <http://diu-soignerlessoignants.fr/>
52. Talerico G. Burn out, nutrition et activité physique chez les internes de médecine générale en alsace : existe-t-il un lien ? [Thèse d'exercice]. Strasbourg : Université de Strasbourg; Faculté de Médecine de Strasbourg ; 2022.
53. ISNI. Internes contaminés au Covid-19 : l'ISNI tire la sonnette d'alarme ! [Internet]. 2020 [cité 1 févr 2024]. Disponible sur: [https://isni.fr/wp-content/uploads/2020/06/200617\\_DDP-ISNI\\_Internes-infecte%CC%81s-au-Covid-19.pdf](https://isni.fr/wp-content/uploads/2020/06/200617_DDP-ISNI_Internes-infecte%CC%81s-au-Covid-19.pdf)

54. Ministre des Affaires sociales et de la Santé - Présentation de la stratégie nationale d'amélioration de la qualité de vie au travail : « Prendre soin de ceux qui nous soignent » du lundi 5 décembre 2016. Disponible sur: [https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/16\\_12\\_05\\_intervention\\_mt\\_-\\_strategie\\_qualite\\_de\\_vie\\_au\\_travail.pdf](https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/16_12_05_intervention_mt_-_strategie_qualite_de_vie_au_travail.pdf)
55. Ministre des Affaires sociales et de la Santé - Risques psychosociaux des internes, chefs de clinique et assistants (médecine, pharmacie et odontologie) : Guide de prévention, repérage et prise en charge [Internet] 2016 [cité 13 févr 2024]. Disponible sur : [https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/dgos\\_guide\\_risques\\_psychosociaux\\_280217.pdf](https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/dgos_guide_risques_psychosociaux_280217.pdf)
56. Université de Poitiers - Service Universitaire de Santé étudiante (SSE) : Consultations au SSU à Poitiers. [Internet]. 2023 [cité 2 févr 2024]. Disponible sur: <https://sse.univ-poitiers.fr/consultations/>

# ANNEXES

---

## Annexe 1 : Introduction jointe au questionnaire par voie numérique

Object : Thèse Med G : santé et auto-prescription des internes

Je réalise actuellement ma thèse sur les pratiques d'auto-prescription et la santé des internes de médecine générale et des anciens internes de la faculté de Poitiers. L'objectif est d'analyser les pratiques d'auto-prescription, les facteurs influençant cette pratique et comment les internes prennent en charge leur propre santé.

Cette thèse est dirigée par le Dr ARCHAMBAULT Pierrick.

Ce questionnaire comporte 30 questions, il faut 5 minutes en moyenne pour y répondre et vos réponses me parviendront de manière totalement anonyme.

Je vous remercie par avance pour votre participation dont dépend ce travail.

Cordialement

Auriane LELLOUCH

## **Annexe 2 : Questionnaire adressé aux internes**

\* Indique une question obligatoire

### **Question 1. Avez-vous un médecin traitant déclaré ? \***

**Une seule réponse possible.**

- 1) Oui, proche de votre lieu de travail ou résidence
- 2) Oui, en dehors de la région Poitou Charente
- 3) Non Passer à la question 3

**Si oui :**

### **Question 2. Si oui est-ce un membre de votre famille ?**

**Une seule réponse possible.**

- 1) Oui
- 2) Non

**Si non :**

### **Question 3. Avez-vous consulté un médecin au cours des six derniers mois ? \***

**Une seule réponse possible.**

- 1) Jamais
- 2) Occasionnellement
- 3) Fréquemment
- 4) Très fréquemment

### **Question 4. Avez-vous consulté un médecin depuis le début de l'internat ? \***

**Une seule réponse possible.**

- 1) Jamais
- 2) Occasionnellement
- 3) Fréquemment
- 4) Très fréquemment

### **Question 5. Il s'agissait ? \* Plusieurs réponses possibles**

- 1) De votre médecin traitant
- 2) D'un autre médecin généraliste
- 3) D'un autre spécialiste
- 4) Autre : merci de préciser à la question suivante
- 5) Je ne suis pas concerné

**Si vous avez répondu "autre" merci de préciser ci-dessous :**

.....

### **Question 6. Si vous ressentez le besoin de consulter, vous préférez solliciter ?\***

**Plusieurs réponses possibles**

- 1) Votre médecin traitant
- 2) Un co-interne
- 3) Un maître de stage, ou médecin de votre service
- 4) Un médecin que vous connaissez professionnellement en dehors de votre lieu de stage
- 5) Un médecin inconnu dont on vous a parlé
- 6) Je ne suis pas concerné



**Question 13. Depuis quand pratiquez-vous l'auto-prescription ? \***

**Une seule réponse possible.**

- 1) L'externat, dès l'accès aux ordonnances
- 2) Le début de l'internat
- 3) A partir du SASPAS
- 4) NSP

**Question 14. Pour quelle(s) raison(s) avez-vous recours à l'auto-prescription ? \***

**Plusieurs réponses possibles**

- 1) Gain de temps
- 2) Compétence professionnelle
- 3) Confidentialité
- 4) Économique
- 5) Organisation
- 6) Autre : merci de préciser à la question suivante

**Si vous avez répondu « autre » merci de préciser ci-dessous :**

.....

**Question 15. Quels produits vous êtes-vous prescrits au cours de l'internat ? \***

**Plusieurs réponses possibles, une seule réponse possible par ligne.**

	Jamais	Occasionnellement	Fréquemment	Très fréquemment
AINS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Antalgique palier I ou II	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Antalgique palier III	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Antibiotique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anti dépresseur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anti histaminique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anxiolytique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Beta bloquant	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Contraception	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Correction ophtalmique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Corticoïde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hypnotique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
IPP	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Matériel médical (attelle, pansement, bas contention...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
TTT symptomatiques virose (GEA, rhino, ...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vaccin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Votre traitement au long court	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Autre : merci de préciser ci-dessous**

.....





**Question 29. En quel semestre de médecine générale êtes-vous ? \***

**Une seule réponse possible.**

- 1) 1er
- 2) 2eme
- 3) 3eme
- 4) 4eme
- 5) 5eme
- 6) 6eme
- 7) > 6e thésé ou non (promotion 2019)

**Si vous avez répondu « autre » merci de préciser ci-dessous :**

.....

**Question 30. Au cours de votre internat, combien de fois avez-vous dû déménager suite à vos changements de stage ? \***

**Une seule réponse possible.**

- 1) Jamais
- 2) 1-2 fois
- 3) 3-4 fois
- 4) 5-6 fois
- 5) Autre : merci de préciser à la question suivante

**Si vous avez répondu « autre » merci de préciser ci-dessous :**

.....

**Commentaire libre**

.....

### Annexe 3 : Tableaux descriptifs et analyses

Tableau 1. Description des étudiant(e)s de l'études	
	Ensemble N= 143 Nombre (%)
<b>Sexe</b>	
Femme	102 (71,3)
Homme	40 (27,9)
Autre	1 (0,7)
<b>Lieu Externat</b>	
Poitiers	79 (55,2)
Autres	64 (44,7)
<b>Semestre actuel d'internat</b>	
1	0 (0)
2	20 (13,9)
3	1 (0,7)
4	12 (8,3)
5	3 (2,1)
6	38 (26,6)
Promotion 2019	69 (48,3)
<b>Déménagement durant l'internat</b>	113 (79)
Aucun	30 (21)
Si oui, 1-2 fois	35 (24,5)
3-4 fois	49 (34,3)
5-6 fois	29 (20,3)
<b>Prise de traitement régulier</b>	
NON	89 (62)
OUI	54 (38)
<i>Les données sont l'effectif (%) ou alors indiqué</i>	

Tableau 2. Analyse univariée des facteurs associés au fait d'avoir un médecin traitant déclaré

	Avoir un médecin traitant	Ne pas avoir un médecin traitant		
	OUI N= 116	NON N= 27	P	OR (95% IC)
<b>Sexe</b>			<b>0,001</b>	
Femme	90 (77,6)	12 (44,4)		
Homme	26 (22,4)	14 (51,8)		
<b>Lieu Externat</b>			0,37	
Poitiers	62 (53)	17 (63)		
Autres	54 (47)	10 (37)		
<b>Année de DES</b>				
1ere année	17 (14,7)	3 (11,1)	0,42	
2eme année	12 (10,4)	1 (3,7)		
3eme année	35 (30,2)	6 (22,2)		
Promotion 2019	52 (44,8)	17 (63)		
<b>Déménagement effectué pour l'internat</b>			0,7	
Aucun	25 (21,6)	5 (18,5)		
Si oui, 1-2 fois	29 (25)	6 (22,2)		
3-4 fois	37 (31,9)	12 (44,4)		
5-6 fois	25 (21,6)	4 (14,8)		
<b>Prise de traitement régulier</b>			0,16	1,94 (0.762-4,968)
NON	69 (59,5)	20 (74)		
OUI	47 (40,5)	7 (26)		
<b>Évaluation de son état de santé</b>			0,47	
Très satisfait	26 (22,4)	6 (22,2)		
Plutôt satisfait	70 (60,3)	14 (51,6)		
Peu satisfait	19 (16,4)	6 (22,2)		
Pas du tout satisfait	1 (0,9)	1 (3,7)		
<b>Réussir à aller consulter si on souhaite le faire</b>			0,97	
Très facilement et facilement	38 (32,7)	9 (33,3)		
Neutre	26 (22,4)	7 (26)		
Très difficilement et difficilement	44 (37,9)	10 (37)		
Non concerné	8 (6,9)	1 (3,7)		
<b>Avoir consulté un médecin depuis le début de l'internat</b>			0,28	
Jamais	24 (20,7)	9 (33,3)		
Occasionnellement	88 (75,9)	17 (63)		
Fréquemment ou très fréquemment	4 (3,4)	1 (3,7)		
<i>Les données sont l'effectif (%) ou alors indiqué</i>				

Tableau 3. Description du suivi médical des internes	
	Ensemble N = 143 Nombre (%)
<b>Avoir un médecin traitant déclaré</b>	
Oui	116 (81,1)
Non	27 (18,9)
<b>Si oui (N=116) lieu d'exercice</b>	
Proche du lieu de travail ou résidence	61 (53)
En dehors région Poitou Charente	55 (47)
<b>Si oui (N=116) un membre de votre famille</b>	
	4 (3,4)
<b>Avoir consulté un médecin au cours des six derniers mois</b>	
Jamais	82 (57)
Occasionnellement	54 (38)
Fréquemment	5 (3,5)
Très fréquemment	2 (1,4)
<b>Avoir consulté un médecin depuis le début de l'internat</b>	
Jamais	33 (23,1)
Occasionnellement	105 (73,4)
Fréquemment	4 (2,8)
Très fréquemment	1 (0,7)
<b>Médecin consulté durant l'internat (choix multiple)</b>	
Autre spécialiste	72 (50,7)
Médecin traitant	55 (38,7)
Non concerné	31 (21,8)
Autre médecin généraliste	30 (21,1)
<b>Médecin sollicité si ressenti d'aller consulter (choix multiple)</b>	
Médecin traitant	76 (53,5)
Co interne	55 (38,7)
Maitre de stage ou médecin du service de stage	43 (30,3)
Médecin inconnu conseillé	33 (23,2)
Médecin connaissance professionnelle	31 (21,8)
Non concerné	5 (3,5)
<b>Réussir à aller consulter si on souhaite le faire</b>	
Très facilement	6 (4,2)
Facilement	41 (28,7)
Neutre	33 (23,1)
Difficilement	31 (21,7)
Très difficilement	23 (16,1)
Non concerné	9 (6,3)
<b>Prise de traitement régulier</b>	
Non	89 (62)
Oui	54 (38)

<b>Si oui (N= 54) qui réalise la prescription</b>	
L'interne lui même	38 (70,4)
Son médecin traitant	8 (14,8)
Un autre médecin généraliste	3 (5,6)
Son spécialiste traitant	3 (5,6)
Un co-interne	2 (3,7)
Un maitre de stage / médecin du service	0
<b>Évaluation de son état de santé</b>	
Très satisfait	32 (22,4)
Plutôt satisfait	84 (58,7)
Peu satisfait	25 (17,5)
Pas du tout satisfait	2 (1,4)
<b>Évaluation de sa prise en charge médicale</b>	
Nettement meilleure qu'avant	1 (0,7)
Meilleure qu'avant	13 (9,1)
Identique	82 (57,3)
Moins bonne qu'avant	36 (25,1)
Nettement moins bonne qu'avant	11 (7,7)
<b>Pratique l'auto-prescription</b>	
Jamais	4 (2,8)
Occasionnellement	65 (45,5)
Fréquemment	39 (27,3)
Très fréquemment	35 (24,5)
<b>Prescription d'un certificat médical (choix multiples)</b>	
Jamais eu besoin	51 (35,7)
Maitre de stage, médecin du service	38 (26,6)
Médecin traitant	33 (23,1)
Par l'interne lui même	23 (16,1)
Co interne	20 (14)
Autre médecin	19 (13,3)
<b>Prescription d'un arrêt de travail (choix multiples)</b>	
Jamais eu besoin	102 (71,3)
Autre médecin	22 (15,4)
Médecin traitant	15 (10,5)
Maitre de stage, médecin du service	14 (9,8)
Co interne	5 (3,5)
Par l'interne lui même	0 (0)
<b>Certificat ou arrêt de travail fait par complaisance</b>	
Jamais	53 (37,1)
Occasionnellement	10 (7)
Fréquemment	1 (0,7)
Très fréquemment	0 (0)
Non concerné	79 (55,2)
<i>Les données sont l'effectif (%) ou alors indiqué</i>	

Tableau 4. Pratique d'auto-prescription chez les internes	
	Ensemble N = 139 Nombre (%)
<b>Début de la pratique d'auto-prescription</b>	
Internat	106 (76,3)
Externat	18 (12,9)
SASPAS	13 (9,4)
NSP	2 (1,4)
<b>Raison du recours à l'auto-prescription (choix multiples)</b>	
Gain de temps	136 (97,8)
Organisation	108 (77,7)
Compétence professionnelle	46 (33,1)
Confidentialité	36 (25,9)
Économique	35 (25,2)
<b>Refuser de s'auto-prescrire certain médicament</b>	
Oui	96 (69,1)
Non	25 (18)
NSP	18 (12,9)
<b>S'être déjà prescrit un bilan biologique</b>	
Jamais	54 (38,8)
Occasionnellement	69 (49,6)
Fréquemment	14 (10,1)
Très fréquemment	2 (1,4)
<b>S'être déjà prescrit une imagerie médicale</b>	
Jamais	110 (79,1)
Occasionnellement	27 (19,4)
Fréquemment	1 (0,7)
Très fréquemment	1 (0,7)
<b>Auto-prescription conforme aux bonnes pratiques</b>	
Oui	128 (92,1)
Non	8 (5,8)
NSP	3 (2,2)
<b>Éléments orientant les auto-prescriptions (choix multiple)</b>	
Base médicamenteuse	117 (84,2)
Propre expérience	115 (82,7)
Maître de stage, médecin du service	44 (31,7)
Revue médicales	35 (25,2)
Co interne	23 (16,5)
NSP	1 (0,7)
<b>Demande l'accord du médecin pour lequel le numéro RPPS est utilisé</b>	
Oui	47 (33,8)
Non	80 (57,6)
NSP	12 (8,6)
<b>Lieu de réalisation des auto-prescriptions (choix multiples)</b>	
Lieu de travail	117 (84,2)
Au domicile	80 (57,6)
NSP	4 (2,9)
<b>Avoir des ordonnances vierges à domicile</b>	
Oui	83 (60)
Non	56 (40)
<i>Les données sont l'effectif (%) ou alors indiqué</i>	

	GENRE		P
	HOMME N= 40	FEMME N= 102	
<b>Lieu Externat</b>			0,3
Poitiers	25	54	
Autres	15	48	
<b>Année de DES</b>			0,07
1ere année	1	18	
2eme année	4	9	
3eme année	11	30	
Promotion 2019	24	45	

	Prise d'un traitement régulier		P
	OUI N= 54	NON N= 89	
<b>Avoir consulté un médecin depuis le début de l'internat</b>			0,026
Jamais	11	22	
Occasionnellement	38	67	
Fréquemment	4	0	
Très fréquemment	1	0	

Tableau 7. Analyse univariée des facteurs associés à la fréquence de consultation d'un médecin durant l'internat

	Avoir consulté un médecin depuis le début de l'internat			P
	Jamais N = 33	Occasionnellement N = 105	Fréquemment et très fréquemment N = 5	
<b>Sexe</b>				0,35
Femme	21	78	3	
Homme	12	26	2	
<b>Lieu Externat</b>				0,72
Poitiers	16	60	3	
Autres	17	45	2	
<b>Année de DES</b>				0,18
1ere année	8	12	0	
2eme année	4	8	1	
3eme année	8	33	0	
Promotion 2019	13	52	4	
<b>Déménagement effectué pour l'internat</b>				0,73
Aucun	10	19	1	
1-2 fois	9	25	1	
3-4 fois	8	39	2	
5-6 fois	6	22	1	
<b>Évaluation de son état de santé</b>				
Très satisfait	7	25	0	0,06
Plutôt satisfait	20	62	2	
Peu satisfait	4	18	3	
Pas du tout satisfait	2	0	0	
<b>Évaluation de sa prise en charge médicale</b>				0,13
Nettement meilleure qu'avant et meilleure qu'avant	2	10	2	
Identique	17	62	3	
Moins bonne et nettement moins bonne qu'avant	14	33	0	

Tableau 8. Analyse univariée des facteurs associés à l'évaluation de la prise en charge médicale

	Évaluation de sa prise en charge médicale			<b>P</b>
	Nettement meilleure et meilleure qu'avant N = 14	Identique N = 82	Nettement moins bonne et moins bonne qu'avant N= 47	
<b>Sexe</b>				0,043
Femme	10	53	39	
Homme	4	29	7	
<b>Année de DES</b>				0,84
1ere année	2	13	5	
2eme année	1	6	6	
3eme année	5	21	15	
Promotion 2019	6	42	21	
<b>Déménagement effectué pour l'internat</b>				0,64
Aucun	5	17	8	
Si oui, 1-2 fois	3	23	9	
3-4 fois	3	27	5	
5-6 fois	3	15	7	
<b>Avoir un médecin traitant déclaré</b>				0,17
Oui	12	68	36	
Non	2	14	11	
<b>Évaluation de son état de santé</b>				0,006
Très satisfait	5	23	4	
Plutôt satisfait	7	50	27	
Peu satisfait	2	8	15	
Pas du tout satisfait	0	1	1	

Tableau 9. Analyse univariée des facteurs associés à l'auto-prescription

	Auto-prescription			P
	Occasionnellement N = 65	Fréquemment N = 35	Très fréquemment N= 39	
<b>Sexe</b>				0,25
Femme	42	31	25	
Homme	23	8	9	
<b>Lieu Externat</b>				0,48
Poitiers	33	20	22	
Autres	32	19	13	
<b>Année de DES</b>				0,62
1ere année	10	5	4	
2eme année	15	8	7	
3eme année	18	15	7	
Promotion 2019	32	15	21	
<b>Déménagement effectué pour l'internat</b>				1
NON	24	13	12	
OUI	54	29	29	
<b>Prise de traitement régulier</b>				0,031
NON	47	23	16	
OUI	18	16	19	
<b>Avoir un médecin traitant déclaré</b>				0,23
Oui	50	35	27	
Non	15	4	8	
<b>Réussir à aller consulter si on souhaite le faire</b>				0,12
Très facilement et facilement	22	8	14	
Neutre	17	8	8	
Très difficilement et difficilement	19	22	12	
<b>Évaluation de son état de santé</b>				0,38
Très satisfait	19	5	7	
Plutôt satisfait	35	26	20	
Peu satisfait ou pas du tout satisfait	11	8	8	
<b>Évaluation de sa prise en charge médicale</b>				0,15
Nettement meilleure qu'avant et meilleure qu'avant	6	2	5	
Identique	43	22	15	
Moins bonne qu'avant et nettement moins bonne qu'avant	16	15	15	
<b>Avoir des ordonnances vierges à domicile</b>				0,002
Oui	30	24	29	
Non	35	15	6	

Tableau 10. Analyse univariée des facteurs associés à l'auto-prescription d'examen complémentaire

	Prescription de biologie		<b>P</b>
	OUI N= 85	NON N= 54	
<b>Année de DES</b>			0,048
1ere année	7	12	
2eme année	6	6	
3eme année	24	16	
Promotion 2019	48	20	
	Prescription d'imagerie		<b>P</b>
	OUI N= 29	NON N= 110	
<b>Année de DES</b>			0,21
1ere année	2	17	
2eme année	2	10	
3eme année	5	35	
Promotion 2019	18	48	

# RÉSUMÉ

---

## INTRODUCTION :

Le manque de suivi médical et l'absence de médecin traitant chez les internes observés dans de nombreuses études nous conduisent à penser que les pratiques d'auto-prescription doivent être fréquentes chez les internes en médecine. Selon plusieurs études, les internes de médecine générale sont amateurs de ces pratiques et leur propre suivi médical est souvent négligé en raison du manque de temps ou de confiance excessive.

L'objectif principal de ce travail de thèse était de faire un état des lieux de la santé et des pratiques d'auto-prescription chez les internes de la faculté de Poitiers. Nous avons analysé ces pratiques et leur suivi médical, en confrontant nos résultats aux données des autres études et en particulier celle d'O. Ridet soutenue en 2013 à Poitiers.

**MATERIELS ET METHODES :** Nous avons utilisé une étude quantitative descriptive transversale monocentrique. Un questionnaire anonyme en ligne a été créé et envoyé par courriel et via les réseaux sociaux à tous les internes de médecine générale de Poitiers des promotions 2019 à 2022. Des comparaisons de groupe ont été recherchées par des analyses univariées (test exact de Fischer ou du Chi2). Le seuil de significativité retenu était de 0,05.

## RESULTATS :

Seulement 81,1% des internes ont un médecin traitant déclaré dont 47% dans une autre région. Ce pourcentage, bien qu'il reste équivalent à 2013, est inférieur à celui dans la population générale. Depuis le début de l'internat, 76,9% des internes ont consulté un médecin. Ils ont tendance à consulter directement un spécialiste plutôt que leur médecin traitant. Cependant, 40,3 % des internes trouvent difficile de consulter et ceux ayant un traitement régulier consultent rarement pour renouveler leur traitement. L'auto-prescription est la règle.

La quasi-totalité des internes (97,2 %) pratiquent l'auto-prescription médicamenteuse et, dans une moindre mesure, pour des examens complémentaires ou des certificats. La consommation d'anxiolytiques, d'antidépresseurs et d'hypnotiques chez les internes de Poitiers est supérieure à celle de 2013 et est plus importante que dans la population générale. En majorité, les internes estiment leurs auto-prescriptions conformes aux recommandations de bonne pratique et ils refusent de s'auto-prescrire certaines classes de traitement ou produits médicamenteux. Ces pratiques sont principalement justifiées par des raisons de gain de temps, d'organisation et de compétence professionnelle suffisante.

## DISCUSSION et CONCLUSION :

Cette étude révèle un manque de suivi médical et une pratique très répandue de l'auto-prescription chez les internes. Le taux d'internes sans médecin traitant est stable comparé à 2013 et inférieur à 20%. En revanche, on note une diminution du nombre d'internes s'estimant en bonne santé et une augmentation de la consommation d'anxiolytiques, d'antidépresseurs et d'hypnotiques. Le recours à l'auto-prescription est multifactoriel et il ne semble pas y avoir de solutions simples pour réduire les risques associés à cette pratique. De plus, aucune sensibilisation des internes sur leur santé n'a été mise en place depuis 2013. Dès lors, l'instauration d'une formation dédiée et d'un suivi médical adapté chez les internes apparaît comme une priorité.

# ABSTRACT

---

## INTRODUCTION:

The lack of medical monitoring and registrations with a general practitioner by residents observed in several studies suggest that self prescription might be common with residents. As per various studies, residents are keen to use these practices and their own medical care is often neglected due to lack of time or overconfidence. The main goal of this thesis work is to make an appraisal of the health and use of self prescription of the Poitiers University's residents. We have analysed these practices and their medical care by confronting our results to the others studies' data, in particular the one made by O. RIDET in 2013 in Poitiers.

## TOOLS AND METHODS:

We have used a monocentric cross-sectional quantitative descriptive study. An anonymous online questionnaire has been created and sent by email and through social medias to all residents of Poitiers from promotions 2019 to 2022. Group comparisons have been researched with univariate analyses (Fischer exact test or Chi2 test). The significance threshold retained was 0.05.

## RESULTS:

Only 81.1% of residents have a registered general practitioner (GP) and 47% of the latter are registered in a different region. Even though this percentage was equivalent in 2013, it is below from the rest of the population. Since the beginning of the internship, 76.9% of residents have consulted a doctor, they tend to see directly a specialist rather than their GP. Nevertheless, 40.3% of junior doctors find it difficult to have a consultation and for those under regular treatments, they seldom see their doctor for a prescription renewal. Self prescription is the rule.

Nearly every residents (97.2%) uses self prescription of medication and, in a lesser extent, of additional examinations or medical certificates. The use of anxiolytics, antidepressants and hypnotics among Poitiers residents is superior to 2013 and greater than in the general population. In majority, residents believe that their self prescriptions are in adequation with the safety guidelines and refuse to self prescribe certain types of treatments or medication. These practices are mainly justified for time and organisation saving reasons and sufficient professional competency.

## DISCUSSION AND CONCLUSION:

This study highlights a lack of medical health monitoring and a broad use of self prescription by residents. The rate of the latter without a registrations with a general practitioner is stable compared to 2013, beneath the 20%. However, We can notice a decrease in the number of residents estimating being healthy and an increase of anxiolytics, antidepressants and hypnotics consumption. The use of self prescription is multifactorial and it seems that there is no simple solution to reduce the risks of this practice. Moreover, no health prevention has been done for residents since 2013. Thus, the creation of a specific training and an adapted medical monitoring for junior doctors appear to be priority.

## **MOTS CLEFS**

---

- Auto-prescription - Auto-médication - Internat et résidence - Médecine générale -  
Comportement de santé - Faculté de médecine

## **KEYWORDS**

---

- Self-prescribing - Self-doctoring - Residency and internship - General practice -  
Health behavior - Medical school



UNIVERSITE DE POITIERS

Faculté de Médecine et de  
Pharmacie



## SERMENT D'HIPPOCRATE



En présence des Maîtres de cette école, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans 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 le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !



# RÉSUMÉ

**TITRE :** État des lieux des pratiques d'auto-prescription et de la santé des internes en médecine générale de la faculté de Poitiers.

## **INTRODUCTION :**

Le manque de suivi médical et l'absence de médecin traitant chez les internes observés dans de nombreuses études nous conduisent à penser que les pratiques d'auto-prescription doivent être fréquentes chez les internes en médecine. Selon plusieurs études, les internes de médecine générale sont amateurs de ces pratiques et leur propre suivi médical est souvent négligé en raison du manque de temps ou de confiance excessive.

L'objectif principal de ce travail de thèse était de faire un état des lieux de la santé et des pratiques d'auto-prescription chez les internes de la faculté de Poitiers. Nous avons analysé ces pratiques et leur suivi médical, en confrontant nos résultats aux données des autres études et en particulier celle d'O. Ridet soutenue en 2013 à Poitiers.

**MATERIELS ET METHODES :** Nous avons utilisé une étude quantitative descriptive transversale monocentrique. Un questionnaire anonyme en ligne a été créé et envoyé par courriel et via les réseaux sociaux à tous les internes de médecine générale de Poitiers des promotions 2019 à 2022. Des comparaisons de groupe ont été recherchées par des analyses univariées (test exact de Fischer ou du Chi2). Le seuil de significativité retenu était de 0,05.

## **RESULTATS :**

Seulement 81,1% des internes ont un médecin traitant déclaré dont 47% dans une autre région. Ce pourcentage, bien qu'il reste équivalent à 2013, est inférieur à celui dans la population générale. Depuis le début de l'internat, 76,9% des internes ont consulté un médecin. Ils ont tendance à consulter directement un spécialiste plutôt que leur médecin traitant. Cependant, 40,3 % des internes trouvent difficile de consulter et ceux ayant un traitement régulier consultent rarement pour renouveler leur traitement. L'auto-prescription est la règle.

La quasi-totalité des internes (97,2 %) pratiquent l'auto-prescription médicamenteuse et, dans une moindre mesure, pour des examens complémentaires ou des certificats. La consommation d'anxiolytiques, d'antidépresseurs et d'hypnotiques chez les internes de Poitiers est supérieure à celle de 2013 et est plus importante que dans la population générale. En majorité, les internes estiment leurs auto-prescriptions conformes aux recommandations de bonne pratique et ils refusent de s'auto-prescrire certaines classes de traitement ou produits médicamenteux. Ces pratiques sont principalement justifiées par des raisons de gain de temps, d'organisation et de compétence professionnelle suffisante.

## **DISCUSSION et CONCLUSION :**

Cette étude révèle un manque de suivi médical et une pratique très répandue de l'auto-prescription chez les internes. Le taux d'internes sans médecin traitant est stable comparé à 2013 et inférieur à 20%. En revanche, on note une diminution du nombre d'internes s'estimant en bonne santé et une augmentation de la consommation d'anxiolytiques, d'antidépresseurs et d'hypnotiques. Le recours à l'auto-prescription est multifactoriel et il ne semble pas y avoir de solutions simples pour réduire les risques associés à cette pratique. De plus, aucune sensibilisation des internes sur leur santé n'a été mise en place depuis 2013. Dès lors, l'instauration d'une formation dédiée et d'un suivi médical adapté chez les internes apparaît comme une priorité.