



HAL
open science

L' auto-prescription chez les médecins généralistes auLuxembourg: pratiques, limites et risques

Anouk Reiff

► **To cite this version:**

Anouk Reiff. L' auto-prescription chez les médecins généralistes auLuxembourg: pratiques, limites et risques. Médecine humaine et pathologie. 2023. hal-04516838

HAL Id: hal-04516838

<https://hal.univ-lorraine.fr/hal-04516838v1>

Submitted on 22 Mar 2024

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



**UNIVERSITÉ
DE LORRAINE**

**BIBLIOTHÈQUES
UNIVERSITAIRES**

AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact bibliothèque : ddoc-thesesexercice-contact@univ-lorraine.fr
(Cette adresse ne permet pas de contacter les auteurs)

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>

UNIVERSITÉ DE LORRAINE
FACULTÉ DE MÉDECINE, MAÏEUTIQUE
ET MÉTIERS DE LA SANTÉ À NANCY

UNIVERSITÉ DU LUXEMBOURG
FACULTÉ DES SCIENCES, DES
TECHNOLOGIES ET DE MÉDECINE

Année académique 2022/2023

THÈSE

Pour obtenir le grade de

DOCTEUR EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement

dans le cadre du troisième cycle de Médecine Générale

par

Anouk REIFF

le 17 avril 2023

**L'auto-prescription chez les médecins généralistes au
Luxembourg : pratiques, limites et risques**

Membres du jury :

Monsieur le Professeur DI PATRIZIO Paolo

Monsieur le Docteur FOGEN Frédéric

Monsieur le Docteur SCHMIT Christian

Madame le Docteur MANTZ Pascale

Président du jury

Co-président du jury

Membre du jury

Membre du jury

Directeur de thèse : Monsieur le Docteur MART Daniel

Co-directrice de thèse : Madame la Prof. Émérite BAUMANN Michèle

LISTE DES PROFESSEURS

Présidente de l'Université de Lorraine :
Madame Hélène BOULANGER

Doyen de la Faculté de Médecine
Professeur Marc BRAUN

Vice-doyenne
Pr Louise TYVAERT

Assesseurs :

- *Premier cycle* : Dr Thomas SCHWITZER et Dr Nicolas GAMBIER
- *Deuxième cycle* : Pr Antoine KIMMOUN
- *Troisième cycle hors MG* : Pr Marie-Reine LOSSER
- *Troisième cycle MG* : Pr Paolo DI PATRIZIO
- *Finances* : Prs Eliane ALBUISSON et Louise TYVAERT
- *Vie hospitalo-universitaire* : Pr Stéphane ZUILY
- *Relations avec la Grande Région* : Pr Thomas FUCHS-BUDER
- *Relations Internationales* : Pr Jacques HUBERT
- *Valorisation* : Pr Pascal ESCHWEGE
- *Interface avec les métiers de la santé* : Pr Céline HUSELSTEIN
- *Docimologie* : Dr Jacques JONAS
- *ECOS* : Dr Patrice GALLET, Dr Eva FEIGERLOVA
- *Service sanitaire* : Pr Nelly AGRINIER
- *Lecture critique d'articles* : Drs Jonathan EPSTEIN et Aurélie BANNAY
- *Interface HVL & Réseau Nasce* : Pr Pablo MAUREIRA, Drs Nicla SETTEMBRE et Fabienne ROUYER-LIGIER
- *Etudiant* : Mehdi BELKHITER

Chargé de mission
• *PASS Médecine* : Dr Nicolas GAMBIER

Présidente du Conseil Pédagogique : Pr Louise TYVAERT
Président du Conseil Scientifique : Pr Abderrahim OUSSALAH

=====

DOYENS HONORAIRES

Professeur Jacques ROLAND - Professeur Patrick NETTER - Professeur Henry COUDANE

=====

PROFESSEURS HONORAIRES

Etienne ALIOT - Jean-Marie ANDRE - Alain AUBREGE - Gérard BARROCHE - Alain BERTRAND - Pierre BEY - Marc-André BIGARD Patrick BOISSEL – Pierre BORDIGONI - Jacques BORRELLY - Michel BOULANGE - Jean-Louis BOUTROY - Serge BRACARD
Laurent BRESLER - Serge BRIANÇON - Jean-Claude BURDIN - Claude BURLET - Daniel BURNEL - François CHERRIER
Henry COUDANE - Jean-Pierre CRANCE - Gilles DAUTEL - Jean-Pierre DESCHAMPS - Gilbert FAURE - Gérard FIEVE
Bernard FOLIGUET - Jean FLOQUET - Robert FRISCH - Pierre GAUCHER - Jean-Luc GEORGE - Alain GERARD - Hubert GERARD Jean-Marie GILGENKRANTZ - Simone GILGENKRANTZ - Gilles GROSDIDIER –

Philippe HARTEMANN - Dominique HESTIN
Bruno HOEN - Gérard HUBERT - Claude HURIET – Jean-Pierre KAHN - Gilles KARCHER - Michèle KESSLER - François KOHLER Pierre LANDES - Pierre LASCOMBES - Marie-Claire LAXENAIRE - Michel LAXENAIRE - Alain LE FAOU - Jacques LECLERE
Pierre LEDERLIN - Bernard LEGRAS - Bruno LEHEUP - Jean-Pierre MALLIÉ - Philippe MANGIN - François MARCHAL
Jean-Claude MARCHAL - Yves MARTINET - Pierre MATHIEU - Thierry MAY - Michel MERLE - Daniel MOLÉ - Pierre MONIN
Pierre NABET - Patrick NETTER - Jean-Pierre NICOLAS - Francis PENIN - Claude PERRIN - François PLENAT - Jacques POUREL Francis RAPHAEL - Antoine RASPILLER - Denis REGENT - Jacques ROLAND - Daniel SCHMITT - Michel SCHMITT
Jean-Luc SCHMUTZ - Michel SCHWEITZER - Daniel SIBERTIN-BLANC - Claude SIMON - Jean-François STOLTZ
Michel STRICKER - Gilbert THIBAUT - Paul VERT - Hervé VESPIGNANI - Colette VIDAILHET - Michel VIDAILHET
Jean-Pierre VILLEMOT - Denis ZMIROU - Faïez ZANNAD

PROFESSEURS ÉMÉRITES

Serge BRACARD - Laurent BRESLER - Serge BRIANÇON - Henry COUDANE - Jean-Pierre CRANCE - Gilbert FAURE -
Bruno HOEN - Jean-Pierre KAHN - Gilles KARCHER - Michèle KESSLER - Alain LE FAOU - Bruno LEHEUP - Thierry MAY - Patrick NETTER - Jean-Pierre NICOLAS - Michel SCHMITT - Jean-Luc SCHMUTZ - Faïez ZANNAD

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

(Disciplines du Conseil National des Universités)

42^e Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1^{re} sous-section : *Anatomie*

Professeur Marc BRAUN - Professeure Manuela PEREZ

2^e sous-section : *Histologie, embryologie et cytogénétique*

Professeur Christo CHRISTOV

3^e sous-section : *Anatomie et cytologie pathologiques*

Professeur Guillaume GAUCHOTTE – Professeur Hervé SARTELET

43^e Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE

1^{re} sous-section : *Biophysique et médecine nucléaire*

Professeur Pierre-Yves MARIE – Professeur Pierre OLIVIER - Professeur Antoine VERGER

2^e sous-section : *Radiologie et imagerie médicale*

Professeur René ANXIONNAT - Professeur Alain BLUM - Professeure Valérie CROISÉ - Professeur Jacques FELBLINGER - Professeur Benjamin GORY - Professeur Damien MANDRY - Professeur Pedro GONDIM TEIXEIRA

44^e Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

1^{re} sous-section : *Biochimie et biologie moléculaire*

Professeur Jean-Louis GUEANT - Professeur David MEYRE - Professeur Bernard NAMOUR - Professeur Jean-Luc OLIVIER - Professeur Abderrahim OUSSALAH

2^e sous-section : *Physiologie*

Professeur Christian BEYAERT - Professeur Bruno CHENUÉL - Professeur Mathias POUSSEL

3^e sous-section : *Biologie cellulaire*

Professeure Véronique DECOT-MAILLERET

4^e sous-section : *Nutrition*

Professeur Didier QUILLIOT - Professeure Rosa-Maria RODRIGUEZ-GUEANT - Professeur Olivier ZIEGLER

45^e Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

1^{re} sous-section : *Bactériologie – virologie ; hygiène hospitalière*

Professeur Alain LOZNIEWSKI – Professeure Evelyne SCHVOERER

2^e sous-section : *Parasitologie et Mycologie*

Professeure Marie MACHOUART

3^e sous-section : *Maladies infectieuses ; maladies tropicales*

Professeure Céline PULCINI - Professeur Christian RABAUD

46^e Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

1^{re} sous-section : *Épidémiologie, économie de la santé et prévention*

Professeure Nelly AGRINIER - Professeur Francis GUILLEMIN

4^e sous-section : *Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication*

Professeure Eliane ALBUISSON - Professeur Nicolas JAY

47^e Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

1^{re} sous-section : *Hématologie ; transfusion*

Professeur Pierre FEUGIER – Professeur Thomas LECOMPTE

2^e sous-section : *Cancérologie ; radiothérapie*

Professeur Thierry CONROY - Professeur Frédéric MARCHAL - Professeur Didier PEIFFERT

3^e sous-section : *Immunologie*

Professeur Marcelo DE CARVALHO-BITTENCOURT - Professeure Marie-Thérèse RUBIO

4^e sous-section : *Génétique*

Professeur Philippe JONVEAUX

48^e Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE, PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE

1^{re} sous-section : *Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire*

Professeur Gérard AUDIBERT - Professeur Hervé BOUAZIZ - Professeur Thomas FUCHS-BUDER

Professeure Marie-Reine LOSSER - Professeur Claude MEISTELMAN

2^e sous-section : *Médecine intensive-réanimation*

Professeur Sébastien GIBOT - Professeur Bruno LÉVY - Professeur Antoine KIMMOUN

3^e sous-section : *Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie*

Professeur Pierre GILLET - Professeur Jean-Yves JOUZEAU

4^e sous-section : *Thérapeutique-médecine de la douleur ; addictologie*

Professeur Nicolas GIRERD

5^e sous-section : *Médecine d'urgence*

Professeur Tahar CHOUIHED

49^e Section : PATHOLOGIE NERVEUSE ET MUSCULAIRE, PATHOLOGIE MENTALE, HANDICAP ET RÉÉDUCATION

1^{re} sous-section : *Neurologie*

Professeur Marc DEBOUVERIE - Professeur Louis MAILLARD - Professeur Sébastien RICHARD - Professeur Luc

TAILLANDIER Professeure Louise TYVAERT

2^e sous-section : *Neurochirurgie*

Professeur Thierry CIVIT - Professeure Sophie COLNAT-COULBOIS - Professeur Olivier KLEIN

3^e sous-section : *Psychiatrie d'adultes ; addictologie*

Professeur Vincent LAPREVOTE - Professeur Raymund SCHWAN

4^e sous-section : *Pédopsychiatrie ; addictologie*

Professeur Bernard KABUTH

5^e sous-section : *Médecine physique et de réadaptation*

Professeur Jean PAYSANT

50^e Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE ET CHIRURGIE PLASTIQUE

1^{re} sous-section : *Rhumatologie*

Professeure Isabelle CHARY-VALCKENAERE - Professeur Damien LOEUILLE

2^e sous-section : *Chirurgie orthopédique et traumatologique*

Professeur Laurent GALOIS - Professeur Didier MAINARD - Professeur François SIRVEAUX

3^e sous-section : *Dermato-vénérologie*

Professeure Anne-Claire BURSZTEJN

4^e sous-section : *Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie*

Professeur François DAP - Professeur Etienne SIMON

51^e Section : PATHOLOGIE CARDIO-RESPIRATOIRE ET VASCULAIRE

1^{re} sous-section : *Pneumologie ; addictologie*

Professeur Jean-François CHABOT - Professeur Ari CHAOUAT

2^e sous-section : *Cardiologie*

Professeur Edoardo CAMENZIND - Professeur Christian de CHILLOU DE CHURET – Professeur Olivier HUTTIN

Professeur Batric POPOVIC - Professeur Nicolas SADOUL

3^e sous-section : Chirurgie thoracique et cardiovasculaire

Professeur Juan-Pablo MAUREIRA - Professeur Stéphane RENAUD

4^e sous-section : Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire

Professeur Sergueï MALIKOV - Professeur Denis WAHL – Professeur Stéphane ZUILY

52^e Section : MALADIES DES APPAREILS DIGESTIF ET URINAIRE

1^{re} sous-section : Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie

Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI - Professeur Laurent PEYRIN-BIROULET

2^e sous-section : Chirurgie viscérale et digestive

Professeur Ahmet AYAV - Professeur Laurent BRUNAUD – Professeure Adeline GERMAIN

3^e sous-section : Néphrologie

Professeur Luc FRIMAT

4^e sous-section : Urologie

Professeur Pascal ESCHWEGE - Professeur Jacques HUBERT

53^e Section : MÉDECINE INTERNE, GÉRIATRIE ET MÉDECINE GÉNÉRALE

1^{re} sous-section : Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie

Professeur Athanase BENETOS - Professeur Jean-Dominique DE KORWIN - Professeure Gisèle KANNY

Professeure Christine PERRET-GUILLAUME – Professeur Roland JAUSSAUD – Professeure Laure JOLY

3^e sous-section : Médecine générale

Professeur Jean-Marc BOIVIN - Professeur Paolo DI PATRIZIO

54^e Section : DÉVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE, ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION

1^{re} sous-section : Pédiatrie

Professeur Pascal CHASTAGNER - Professeur François FEILLET - Professeur Jean-Michel HASCOET -

Professeur Cyril SCHWEITZER

2^e sous-section : Chirurgie infantile

Professeur Pierre JOURNEAU - Professeur Jean-Louis LEMELLE

3^e sous-section : Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale

Professeur Philippe JUDLIN - Professeur Olivier MOREL

4^e sous-section : Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale

Professeur Bruno GUERCI - Professeur Marc KLEIN - Professeur Georges WERYHA

55^e Section : PATHOLOGIE DE LA TÊTE ET DU COU

1^{re} sous-section : Oto-rhino-laryngologie

Professeur Roger JANKOWSKI - Professeure Cécile PARIETTI-WINKLER - Professeure Cécile RUMEAU -

2^e sous-section : Ophtalmologie

Professeure Karine ANGIOI - Professeur Jean-Paul BERROD – Professeur Jean-Baptiste CONART

3^e sous-section : Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie

Professeure Muriel BRIX

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

61^e Section : GÉNIE INFORMATIQUE, AUTOMATIQUE ET TRAITEMENT DU SIGNAL

Professeur Walter BLONDEL

64^e Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

Professeure Sandrine BOSCHI-MULLER - Professeur Pascal REBOUL

65^e Section : BIOLOGIE CELLULAIRE

Professeure Céline HUSELSTEIN

66^e Section : PHYSIOLOGIE

Professeur Nguyen TRAN

PROFESSEUR ASSOCIÉ DE MÉDECINE GÉNÉRALE

53^e Section, 3^e sous-section : Médecine générale

Professeure associée Sophie SIEGRIST - Professeur associé Olivier BOUCHY

MAÎTRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

42^e Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1^{re} sous-section : *Anatomie*

Docteur Bruno GRIGNON

44^e Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

1^{re} sous-section : *Biochimie et biologie moléculaire*

Docteure Shyue-Fang BATTAGLIA - Docteure Sophie FREMONT - Docteure Isabelle GASTIN –
Docteure Catherine MALAPLATE - Docteur Marc MERTEN

2^e sous-section : *Physiologie*

Docteure Iulia-Cristina IOAN - Docteur Jacques JONAS

45^e Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

1^{re} sous-section : *Bactériologie – Virologie ; hygiène hospitalière*

Docteure Corentine ALAUZET - Docteure Hélène JEULIN - Docteure Véronique VENARD

2^e sous-section : *Parasitologie et mycologie*

Docteure Anne DEBOURGOGNE

46^e Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

1^{re} sous-section : *Epidémiologie, économie de la santé et prévention*

Docteur Cédric BAUMANN - Docteure Frédérique CLAUDOT - Docteur Arnaud FLORENTIN - Docteur Jonathan EPSTEIN – Docteur Abdou OMOROU

2^e sous-section *Médecine et Santé au Travail*

Docteure Isabelle THAON

4^e sous-section : *Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication*

Docteure Aurélie BANNAY (stagiaire)

47^e Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

1^{re} sous-section : *Hématologie ; transfusion*

Docteure Maud D'AVENI - Docteur Julien BROSEUS

2^e sous-section : *Cancérologie ; radiothérapie*

Docteure Lina BOLOTINE

3^e sous-section : *Immunologie*

Docteure Alice AARNINK

4^e sous-section : *Génétique*

Docteure Céline BONNET - Docteure Mathilde RENAUD

48^e Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE, PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE

1^{re} sous-section : *Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire*

Docteur Philippe GUERCI

3^e sous-section : *Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie*

Docteur Nicolas GAMBIER - Docteur Julien SCALA-BERTOLA - Docteure Élise PAPE (stagiaire)

49^e Section : PATHOLOGIE NERVEUSE ET MUSCULAIRE, PATHOLOGIE MENTALE, HANDICAP ET RÉÉDUCATION

2^e sous-section : *Neurochirurgie*

Docteur Fabien RECH

3^e sous-section : *Psychiatrie d'adultes ; addictologie*

Docteur Thomas SCHWITZER

4^e sous-section : *Pédopsychiatrie ; addictologie*

Docteur Fabienne ROUYER-LIGIER

50^e Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE ET CHIRURGIE PLASTIQUE

4^e sous-section : *Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie*

Docteure Laetitia GOFFINET-PLEUTRET

51^e Section : PATHOLOGIE CARDIO-RESPIRATOIRE ET VASCULAIRE

3^e sous-section : Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire

Docteur Fabrice VANHUYSE

4^e sous-section : Chirurgie vasculaire ; Médecine vasculaire

Docteure Nicla SETTEMBRE

54^e Section : DEVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE, ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION

1^e sous-section : Pédiatrie

Docteure Cécile POCHON – Docteur Amandine DIVARET-CHAUVEAU

3^e sous-section : Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale

Docteur Charline BERTHOLD

4^e sous-section : Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; Gynécologie médicale

Docteure Eva FEIGERLOVA

5^e sous-section : Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale

Docteur Mikaël AGOPIANTZ

55^e Section : PATHOLOGIE DE LA TÊTE ET DU COU

1^e sous-section : Oto-Rhino-Laryngologie

Docteur Patrice GALLET

MAÎTRES DE CONFÉRENCES

5^e Section : SCIENCES ÉCONOMIQUES

Monsieur Vincent LHUILLIER

63^e Section : GÉNIE ÉLECTRIQUE, ÉLECTRONIQUE, PHOTONIQUE ET SYSTÈMES

Madame Pauline SOULET LEFEBVRE

64^e Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

Madame Marie-Claire LANHERS - Monsieur Nick RAMALANJAONA

65^e Section : BIOLOGIE CELLULAIRE

Madame Nathalie AUCHET – Madame Rümeyza BASCETIN - Madame Natalia DE ISLA-MARTINEZ –
Monsieur Christophe NEMOS – Monsieur Simon TOUPANCE

69^e Section : NEUROSCIENCES

Madame Sylvie MULTON

90^e Section : MAÏEUTIQUE

Madame Gaëlle AMBROISE (stagiaire)

MAÎTRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE

53^e Section, 3^e sous-section : (Médecine générale)

Docteur Antoine CANTON - Docteur Jean-Charles VAUTHIER

DOCTEURS HONORIS CAUSA

Professeur Pierre-Marie GALETTI (1982)
Brown University, Providence (U.S.A)
Professeure Mildred T. STAHLMAN (1982)
Vanderbilt University, Nashville (U.S.A)
Professeur Théodore H. SCHIEBLER (1989)
Institut d'Anatomie de Würzburg (R.F.A)
Professeur Mashaki KASHIWARA (1996)
*Research Institute for Mathematical Sciences de
Kyoto (JAPON)*

Professeur Ralph GRÄSBECK (1996)
Université d'Helsinki (FINLANDE)
Professeur Duong Quang TRUNG (1997)
Université d'Hô Chi Minh-Ville (VIÊTNAM)
Professeur Daniel G. BICHET (2001)
Université de Montréal (Canada)
Professeur Marc LEVENSTON (2005)
Institute of Technology, Atlanta (USA)

Professeur Brian BURCHELL (2007)
Université de Dundee (Royaume-Uni)
Professeur Yunfeng ZHOU (2009)
Université de Wuhan (CHINE)
Professeur David ALPERS (2011)
Université de Washington (U.S.A)
Professeur Martin EXNER (2012)
Université de Bonn (ALLEMAGNE)

DÉDICACES

**Au Président du jury de l'Université de Lorraine,
Monsieur le Professeur Paolo DI PATRIZIO,**

Professeur des Universités de Médecine Générale
Directeur du Département de Médecine Générale
Directeur du Département Grand Est de Recherche en Soins Primaires
Coordonnateur local de Nancy et régional Grand Est du DES de médecine générale à
l'Université de Lorraine

Je vous remercie d'avoir accepté d'assurer la présidence du jury de cette thèse. Vous me faites l'honneur d'apporter votre expérience à la critique de ce travail. Veuillez recevoir par la présente l'expression de ma sincère reconnaissance et de mon profond respect.

**Au Co-président du jury de l'Université du Luxembourg,
Monsieur le Docteur Frédéric FOGEN,**

Je vous remercie de votre intérêt pour ce travail et d'avoir accepté de co-présider mon jury de thèse. Veuillez trouver ici le témoignage de ma respectueuse gratitude.

**Au membre du jury,
Monsieur le Docteur Christian SCHMIT,**

Je vous remercie de votre intérêt pour ce travail et d'avoir accepté de faire partie du jury de cette thèse. Merci de m'avoir accueillie en tant qu'interne au sein de votre cabinet médical et de m'avoir guidée à travailler en autonomie. Je vous prie de bien vouloir accepter l'expression de ma sincère considération.

**Au membre du jury,
Madame le Docteur Pascale MANTZ,**

Je vous remercie d'avoir accepté, sans hésitation, de juger ce travail et d'avoir contribué, grâce à votre passion et votre vocation pour cette spécialité, à ma décision de choisir la plus belle des spécialités médicales, la médecine générale. Merci également de m'avoir accueillie en tant qu'interne au sein de votre cabinet médical et de m'avoir transmis vos connaissances. Soyez assurée de ma profonde gratitude.

**À mon directeur de thèse et tuteur,
Monsieur le Docteur Daniel MART,**

Je vous remercie d'avoir accepté de me soutenir sur la dernière ligne droite de ma formation en m'accompagnant, non pas uniquement le long de la FSMG en tant que mon tuteur, mais également lors de la rédaction de ce travail. Votre investissement de temps et vos suggestions m'ont énormément aidée.

**À la sociologue médicale et co-directrice de thèse,
Madame la Professeure Emérite Michèle BAUMANN,**

Je vous remercie d'avoir accepté de me suivre tout le long de la construction de cette thèse et d'avoir supervisé cette étude qualitative. J'ai énormément apprécié votre disponibilité et vos conseils m'ont été une aide précieuse.

À tous mes maîtres de stage,

Merci de m'avoir accueillie au sein de vos cabinets médicaux, de m'avoir transmis votre savoir et d'avoir contribué à ma formation.

À tous les médecins généralistes volontaires,

Merci pour le temps que vous m'avez consacré et pour votre participation aux entretiens, ce qui a rendu possible la réalisation de cette étude.

À mes parents et mon frère,

Merci pour votre soutien infaillible tout le long de mes études médicales qui, après de longues années, prennent fin avec cette thèse. Sans vous, je n'aurais jamais réussi, je n'aurais jamais pu réaliser mon rêve. Merci pour tout. Je vous aime.

À Joé,

Merci pour tes mots encourageants, ta patience et tes astuces précieuses que tu m'as apportés lors de la rédaction de cette thèse. Merci d'avoir été à mes côtés et d'avoir pris mes doutes lors des moments les plus difficiles. Ta présence m'a toujours rassurée et me rassure toujours. Je t'aime.

À Cédric, Liz, Michèle, Noémie, mes meilleurs amis,

Merci pour toutes les années que nous avons traversées ensemble, pour tous les bons moments que nous avons vécus depuis le lycée. Merci pour votre amitié que j'apprécie infiniment.

Un grand merci supplémentaire à Michèle pour ta disponibilité, ta rapidité et pour le temps engagé dans la relecture de ce travail.

À Tiziana et Véronique, mes consœurs et amies,

Merci pour tous les bons moments vécus ensemble, pour nos fous rires, pour vos petits conseils au quotidien et pour votre amitié.

SERMENT

« **A**u moment d'être admise à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité. Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux. Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité. J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences. Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me sont confiés. Reçue à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs. Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

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

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité. Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonorée et méprisée si j'y manque ».

TABLE DES MATIÈRES

LISTE DES PROFESSEURS.....	1
DÉDICACES.....	7
SERMENT.....	11
TABLE DES MATIÈRES.....	12
LISTE DES FIGURES ET DES TABLEAUX.....	14
LISTE DES ABRÉVIATIONS.....	15
I. INTRODUCTION.....	16
1. Problématique et questions de recherche.....	16
2. Cadre légal de quelques pays de l'Europe et de l'OCDE.....	18
3. Le taux de remplacement des médecins généralistes face à l'évolution démographique.....	19
4. Objectifs de l'étude.....	23
II. MATÉRIEL ET MÉTHODES.....	24
1. Méthode et enquêtrice.....	24
2. Population concernée et recrutement.....	24
3. Fiche des caractéristiques sociodémographiques.....	26
4. Guide d'entretien.....	26
5. Déroulement des entretiens.....	26
6. Retranscription des entretiens.....	27
7. Analyse de contenu.....	27
8. Recherche bibliographique.....	28
III. RÉSULTATS.....	29
1. Présentation des participants et des entretiens.....	29
1.1. Profil des participants.....	29
1.2. Description des caractéristiques sociodémographiques et socio-sanitaires...29	
1.3. Description des caractéristiques techniques des entretiens.....	31
2. Présentation des principaux résultats de l'analyse qualitative.....	33

2.1. Résultats majeurs de l'objectif 1 « facteurs intervenant dans la pratique d'auto-prescription des MG ».....	41
2.2. Résultats majeurs de l'objectif 2 « limites et risques de l'auto-prescription ».....	42
2.3. Résultats majeurs de l'objectif 3 « recommandations pour encadrer la prise en charge de la santé des MG ».....	43
IV. DISCUSSION.....	45
1. Mise en perspective des résultats majeurs au regard de la littérature et propositions.....	45
1.1. Utilisation de l'auto-prescription.....	45
1.2. Facteurs contribuant à l'utilisation de l'auto-prescription.....	48
1.3. La non-utilisation de l'auto-prescription.....	50
1.4. Facteurs contribuant à la non-utilisation de l'auto-prescription.....	51
1.5. Encadrement de l'auto-prescription : recommandations pour un encadrement de la prise en charge médicale de la santé des MG.....	53
2. Forces et limites de l'étude.....	58
2.1. Forces de l'étude.....	58
2.2. Limites de l'étude.....	59
V. CONCLUSION.....	61
BIBLIOGRAPHIE.....	63
ANNEXES.....	68
Annexe 1 : Lettre d'informations.....	68
Annexe 2 : Formulaire de consentement éclairé.....	69
Annexe 3 : Fiche des caractéristiques sociodémographiques.....	70
Annexe 4 : Guide d'entretien.....	71
Annexe 5 : Grille d'analyse.....	72
DROIT D'IMPRIMATUR.....	95
RÉSUMÉ DE LA THÈSE.....	96

LISTE DES FIGURES ET DES TABLEAUX

Figure 1 : Proportion des différentes catégories des médecins en 2020.....	20
Figure 2 : Évolution de la pyramide des âges des médecins conventionnés à activité significative par sexe et spécialité médicale.....	21
Figure 3 : Médecins en exercice pour 1000 habitants en 2010 et 2020.....	22
Tableau 1 : Caractéristiques sociodémographiques des participants.....	30
Tableau 2 : Caractéristiques socio-sanitaires à l'égard de l'auto-prescription.....	30
Tableau 3 : Caractéristiques techniques des entretiens.....	31
Tableau 4 : Description des dimensions et items qui répondent aux objectifs de l'étude.....	33

LISTE DES ABRÉVIATIONS

AAPMS	Association d'Aide Professionnelle aux Médecins et Soignants
AMA	American Medical Association
AP	Auto-prescription
APSS	Association Pour les Soins aux Soignants
ARENE	Association Régionale d'Entraide du Nord Est
ASRA	Aide aux Soignants de Rhône-Alpes
ASSPC	Association Santé des Soignants en Poitou-Charentes
AVC	Accident vasculaire cérébral
BMA	British Medical Association
CARMF	Caisse Autonome de Retraite des Médecins de France
CNOM	Conseil National de l'Ordre des Médecins
CNS	Caisse Nationale de Santé
DIU	Diplôme Inter-Universitaire
EAPH	European Association for Physician Health
ECG	Électrocardiogramme
ERMB	Entraide Régionale des Médecins de Bretagne
FSMG	Formation Spécifique en Médecine Générale
GMC	General Medical Council
IGSS	Inspection Générale de la Sécurité Sociale
Insee	Institut national de la statistique et des études économiques
MEVS	Médecin en voie de spécialisation
MG	Médecins généralistes
MOTS	Médecin-Organisation-Travail-Santé
OCDE	Organisation de Coopération et de Développement Économiques
PAIMM	Programme d'aide intégrale pour le médecin malade
PAMQ	Programme d'aide aux médecins du Québec
RDV	Rendez-vous
STATEC	Institut National de la Statistique et des Études Économiques
WONCA	World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians

I. INTRODUCTION

1. Problématique et questions de recherche

L'auto-prescription (AP) médicale (ordonnance qu'un médecin se rédige) est une habitude prise par les médecins pour répondre à leurs besoins et problèmes de santé physique et mentale. (1) (2) (3) (4) (5) La liberté de prescription inscrite au code de déontologie médicale du Luxembourg et de la France n'interdit pas aux médecins d'utiliser l'auto-prescription, étant donné qu'elle n'est pas mentionnée en tant que telle et que le texte laisse la place à l'interprétation personnelle du lecteur. C'est ainsi que la santé des médecins est reléguée à l'arrière-plan de leurs priorités. Le manque de temps, la peur, la stigmatisation ou l'exigence sociale sont quelques-unes des raisons pour lesquelles les médecins banalisent ou nient leurs symptômes et ne demandent pas d'aide. (1) (6) Le sens du devoir et de la responsabilité envers leurs patients et leurs confrères ainsi que le fait d'être une profession d'indépendants pour la plupart d'entre eux, les poussent à ne pas arrêter de travailler, même en cas de maladie. (7) (8) (9)

Le rapport « Le médecin malade » de 2008 du Conseil National de l'Ordre des Médecins (CNOM) en France déclare que la santé des médecins est un enjeu majeur de santé publique. (10) Un problème de santé publique étant défini comme un problème qui a une fréquence ou une incidence, une gravité en termes de mortalité, une évolutivité ou des conséquences sur les plans économique et social. Les conséquences sanitaires des pratiques d'auto-prescription sont, d'une part directes, elles peuvent induire un retard de diagnostic, de traitement et provoquer une progression de la maladie allant le cas échéant vers une aggravation du pronostic (4) (11) ; et d'autre part indirectes, elles peuvent affecter la santé physique et le bien-être de leurs patients et leurs familles.

La déclaration de Voltaire de l'année 1767 : « *Je ne sais rien de si ridicule qu'un médecin qui ne meurt pas de vieillesse* » n'est pas anodine. (12) La santé des médecins est ainsi considérée comme leur enseigne, les médecins s'estiment devoir être toujours en bonne santé et disponibles pour leurs patients.

Montrer une vulnérabilité ou une détresse pourrait rompre l'image d'infaillibilité et de toute-puissance des médecins. (13)

Cependant, comme la population générale, les médecins peuvent également être atteints de maladies sévères et avoir besoin de soins médicaux. (14) (15) D'après les statistiques de la Caisse Autonome de Retraite des Médecins de France (CARMF), les indemnités journalières versées aux médecins en 2021 étaient dues à environ 40% à la COVID-19. Les 60% restants étaient dues à des affections hors COVID-19 et se partageaient comme suit : 27% pour une affection cancéreuse, 24% pour une affection psychiatrique, 10% pour une affection rhumatismale, 10% pour une lésion traumatique et 29% pour d'autres causes. (16)

« *Medice, cura te ipsum* » est la traduction latine d'un ancien proverbe grec présent dans l'Évangile selon Saint Luc (Luc 4 :23), signifiant « Médecin, guéris-toi toi-même ». La problématique de la prise en charge de la santé des médecins est historique et elle concerne le fait de s'occuper d'abord de ses problèmes avant de traiter ceux de ses patients.

En 1948, la déclaration de Genève, qui est le serment médical adopté par l'assemblée générale de l'Association médicale mondiale, précise le principe suivant : « *Je veillerai à ma propre santé, à mon bien-être et au maintien de ma formation afin de prodiguer des soins irréprochables.* » (17 ; page 1)

En 2002, lors de la Conférence WONCA Europe, il est souligné que les médecins généralistes doivent être en bonne santé pour exercer une médecine de qualité auprès de leurs patients : « *Ils ont la responsabilité d'assurer le développement et le maintien de leurs compétences professionnelles, de leur équilibre personnel et de leurs valeurs pour garantir l'efficacité et la sécurité des soins aux patients.* » (18 ; page 8)

Enfin en 2010, d'après les recommandations du département d'éthique médicale de la British Medical Association (BMA), il est indiqué que les « *médecins doivent surveiller leur propre santé et ne pas être réticents à solliciter de l'aide professionnelle. Ils ont la responsabilité de s'assurer que leurs problèmes de santé n'affectent pas la prise en charge de leurs patients.* » (19 ; page 1)

Les impacts de la COVID-19 ont pu montrer que la protection de la santé des professionnels de santé, en particulier des médecins généralistes (MG), était un atout majeur dans la gestion de la pandémie. (20) La problématique du présent travail de fin d'études s'appuie sur l'identification et la compréhension des facteurs qui interviennent dans les pratiques d'auto-prescription des médecins généralistes et qui ont des impacts directs sur les performances des systèmes de santé ainsi que sur les garanties d'une accessibilité et d'une qualité des soins et des services.

Par conséquent, les pratiques d'auto-prescription ouvrent, dès lors, des questions de recherche telles que :

- Quelles sont les raisons psychologiques, économiques et sociales ainsi que les facteurs éthiques qui amènent les MG à développer des comportements d'auto-prescription ?
- Quelles sont les limites de ces pratiques face aux différents risques encourus ?
- Quel principe de précaution pourrait-on mettre en place ? Quelles stratégies pourrait-on développer pour apporter une prise en charge adaptée aux MG afin qu'ils prennent soin de leur santé ? Quelles sont leurs attentes pour encadrer cette pratique au regard des expériences qu'ils ont vécues ?

2. Cadre légal de quelques pays de l'Europe et de l'OCDE

Depuis 2013 au Luxembourg et 2012 en France, les codes de déontologie médicale stipulent que : « *Le médecin est libre de ses prescriptions, qui seront celles qu'il estime les plus appropriées en la circonstance.* » (21 ; page 617) (22) Remarquons, de nouveau, que l'auto-prescription en tant que telle n'est pas mentionnée.

Depuis 2013, en Grande-Bretagne, le guide des bonnes pratiques de la prescription et de la gestion de médicaments du « General Medical Council » (GMC) recommande que les médecins en général doivent éviter l'auto-prescription autant que possible. (23 ; page 9)

Lorsqu'ils sont amenés à pratiquer l'auto-prescription, ils doivent consigner les détails dans leur dossier médical afin de justifier et expliquer leurs décisions. Par ailleurs, ils sont tenus à en informer leur propre médecin traitant.

Depuis 2017, au Québec, le code de déontologie des médecins préconise que : « *Le médecin doit, sauf dans les cas d'urgence ou dans les cas qui manifestement ne présentent aucune gravité, s'abstenir de se traiter lui-même* » (11) (24 ; page 11)

Aux États Unis, la législation concernant l'auto-prescription n'est pas uniforme et diffère d'État en État. Selon les États, elle peut, par exemple, conduire à des actions disciplinaires de la part du « medical board » ou être formellement interdite. Selon le code d'éthique de l'« American Medical Association » (AMA), les praticiens ne devraient pas s'auto-prescrire, sauf en situation d'urgence. (25 ; partie 2, paragraphe 1.2.1.)

3. Le taux de remplacement des médecins généralistes face à l'évolution démographique

Le temps que les médecins ne semblent pas utiliser – ceci n'est qu'une hypothèse – pour prendre soin de leur santé, pourrait être expliqué en partie par l'augmentation de leurs activités professionnelles liée à l'évolution démographique, au vieillissement de la population et au nombre de médecins généralistes par habitants.

En effet, au Luxembourg comme en France, la population générale ne cesse de s'accroître et le pourcentage des médecins en exercice ne semble pas combler les départs à la retraite des médecins les plus âgés. Nous sommes donc confrontés à un phénomène appelé « effet ciseaux » qui se qualifie par une baisse de la démographie médicale et une augmentation concomitante de la population générale. (26) En conséquence, les médecins se trouvent face à de plus en plus de patients qui ne parviennent pas à prendre rendez-vous, ce qui augmente la pression qui s'exerce sur leurs activités et les amène à avoir recours à l'auto-prescription par manque de temps.

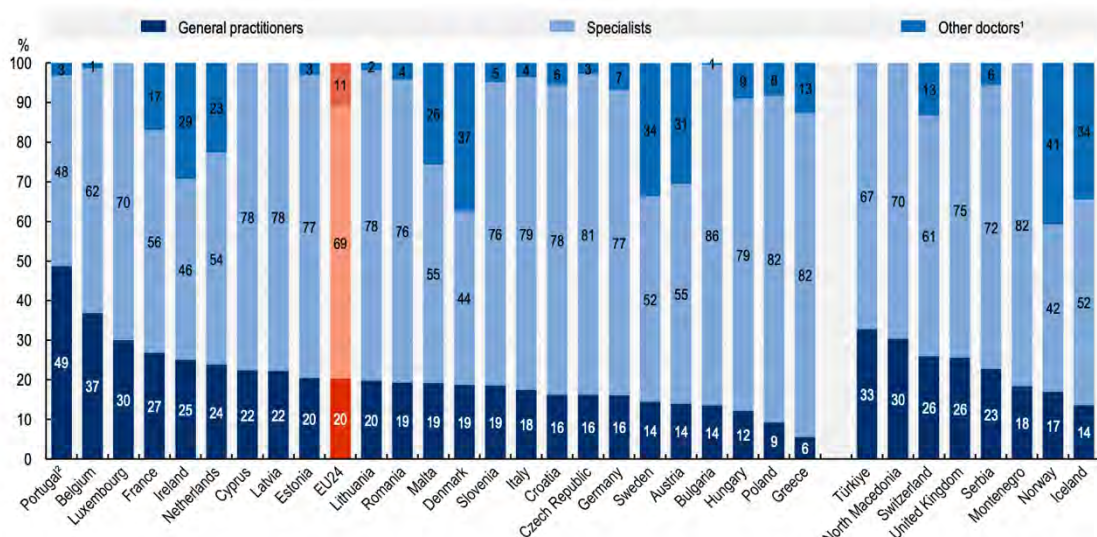
Selon l'Institut national de la statistique et des études économiques du Grand-Duché de Luxembourg (STATEC), la population générale s'élève à 645 397 au 1^{er} janvier 2022 contre 634 730 au 1^{er} janvier 2021 (+1,7%) et 512 353 au 1^{er} janvier 2011 (+20,6%). (27)

D'après les données de l'Institut national de la statistique et des études économiques (Insee), en France il y a également un accroissement de la population générale avec des nombres estimés de 68 042 591 au 1^{er} janvier 2023 contre 67 635 124 au 1^{er} janvier 2021 et 65 241 241 au 1^{er} janvier 2012. (28)

Au Luxembourg, l'Inspection générale de la sécurité sociale (IGSS) met en évidence que le nombre de personnes protégées (assurés et co-assurés) par les régimes de protection sociale représente 914 642 en 2021 (29 ; page 25) alors que la population du Grand-Duché à la même date est 634 730. Cette différence montre que l'activité des médecins couvre non seulement des patients résidents et leurs familles, mais également des non-résidents et leurs familles comme les travailleurs frontaliers français, belges et allemands, qui cotisent à la Caisse Nationale de Santé (CNS) et qui sont dès lors assurés par la CNS.

D'après le rapport « Health at a Glance : Europe 2022 » publiée par l'OCDE / Union européenne, en 2020 30% des médecins du Luxembourg et 27% des médecins en France sont des médecins généralistes (voir *figure 1*). (20) En 2021, le nombre de médecins actifs au Luxembourg est de 2114, dont seulement environ un quart de médecins généralistes. (29)

Figure 1 : Proportion des différentes catégories des médecins, 2020 (ou année la plus proche)



Note: The EU average is unweighted. 1. The category "Other doctors" includes non-specialist doctors working in hospital, recent medical graduates who have not yet started post-graduate specialty training, as well as any other doctors not further defined. 2. In Portugal, only about 30% of doctors employed by the public sector work as GPs in primary care – the other 70% work in hospitals.

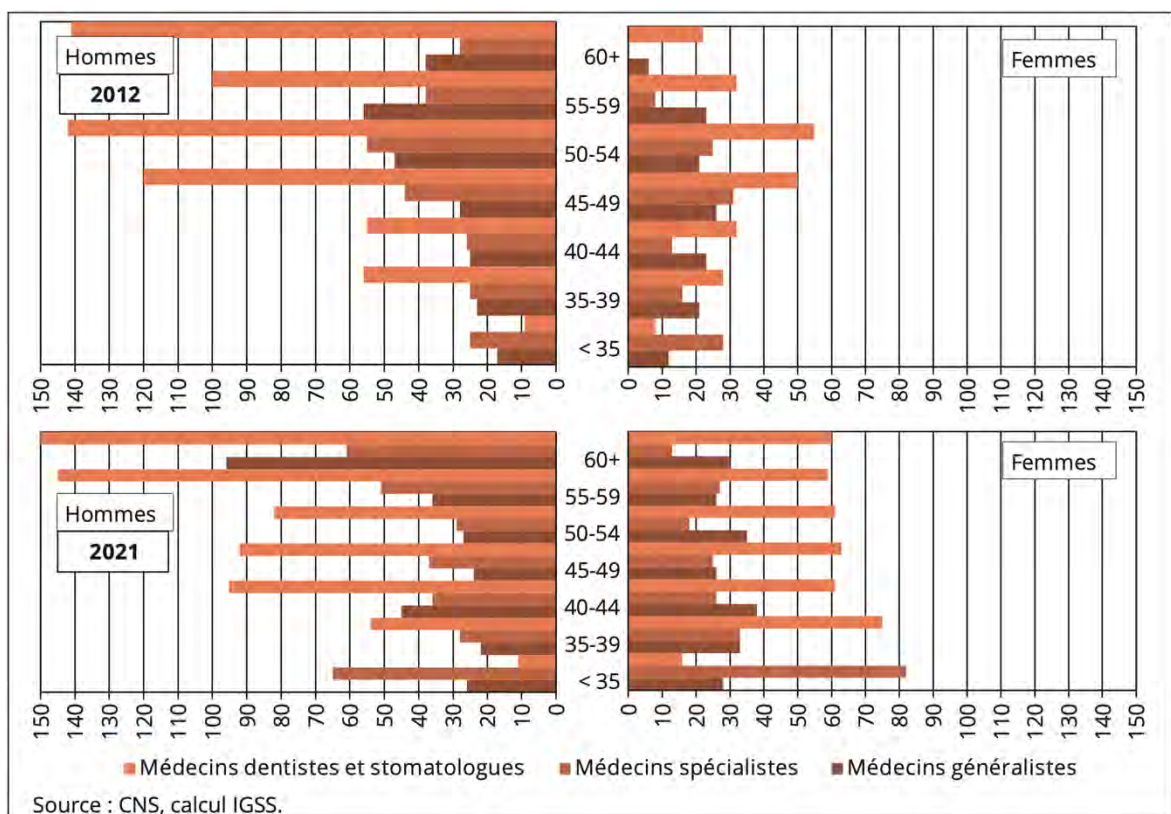
Source: OECD Health Statistics 2022; Eurostat Database.

Bien que ces taux soient plus élevés que la moyenne de l'OCDE (20%), ils semblent insuffisants pour pallier le manque de médecins au regard des besoins des patients dont l'espérance de vie n'a cessé d'augmenter jusqu'à ce jour.

En 2023, le nombre de médecins généralistes et médecins généralistes remplaçants actifs inscrits au Collège Médical du Luxembourg, équivalent de l'Ordre des Médecins en France, est en croissance (30), mais sachant que la population des médecins actifs est vieillissante, le problème persiste. Par ailleurs, selon le gouvernement luxembourgeois, le secteur extrahospitalier est à promouvoir ce qui engendrera le développement des soins primaires au Luxembourg. (31)

La pyramide des âges illustre ce vieillissement des médecins (voir *figure 2*) et montre qu'une grande proportion de médecins sera à remplacer dans les prochaines années. (29)

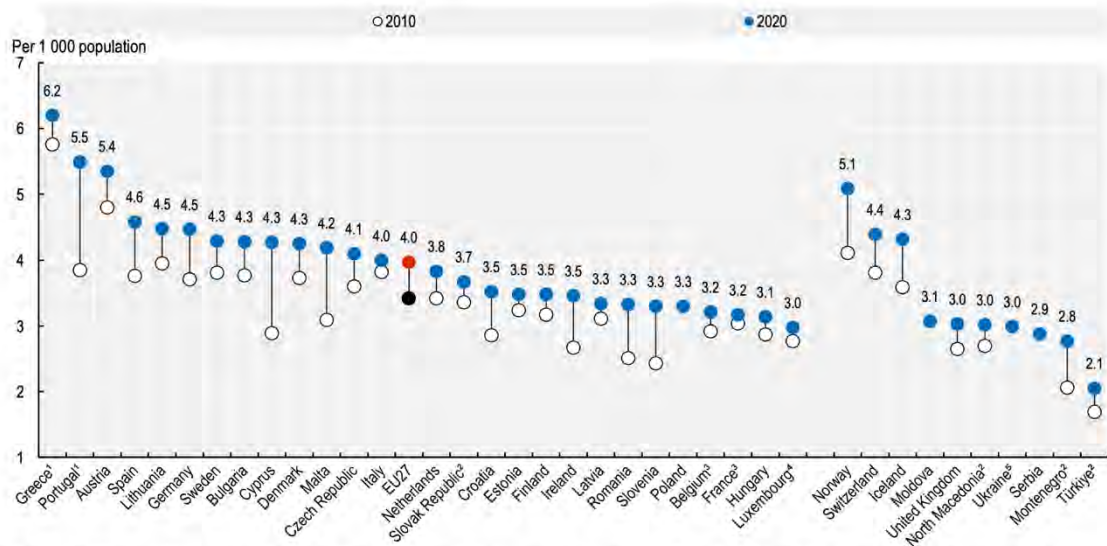
Figure 2 : Évolution de la pyramide des âges des médecins conventionnés à activité significative par sexe et spécialité médicale



En 2012, 14,9% des médecins étaient âgés de plus de 60 ans alors qu'ils représentent 22,6% en 2021. Avec 25,6%, la médecine générale constitue la spécialité ayant le taux le plus élevé de médecins âgés de plus de 60 ans. Si la part des médecins actifs de moins de 45 ans a augmenté de 28% en 2012, elle est passée à 36,6% en 2021, la moyenne d'âge des médecins généralistes actifs est toujours en hausse : elle est de 49,8 ans en 2021 alors qu'elle était de 49,1 ans en 2012 et de 47,5 ans en 2008. (29)

En 2017, le Luxembourg compte 3 médecins pour 1000 habitants. Le pays occupe ainsi l'avant-dernière place parmi les pays de l'OCDE dont la moyenne est de 3,9 médecins pour 1000 habitants (20). En 2020, la France, non loin du Luxembourg, compte 3,2 médecins pour 1000 habitants, en tenant compte que les internes ne sont pas inclus dans cette moyenne (voir *figure 3*). (20)

Figure 3 : Médecins en exercice pour 1000 habitants, 2010 et 2020 (ou année la plus proche)



Note: The EU average is unweighted. 1. Data refer to all doctors licensed to practice, resulting in a large over-estimation of the number of practising doctors (e.g. of around 30% in Portugal). 2. Data include not only doctors providing direct care to patients, but also those working in the health sector as managers, educators, researchers, etc. (adding another 5-10% of doctors). 3. Medical interns and residents are not included. 4. The latest data refer to 2017 only. 5. The latest data refer to 2014 only.

Source: OECD Health Statistics 2022; Eurostat Database; WHO National Health Workforce Accounts for Moldova and Ukraine.

Pour le Luxembourg, le manque de médecins semble en partie lié à une absence de cursus complet de formation en médecine et à un recrutement qui dépend du retour au pays des résidents après leur formation, des non-résidents frontaliers et des immigrations européennes pour qui des équivalences peuvent être obtenues.

Pour pallier à cette situation, l'Université du Luxembourg offre, depuis 2004, un 3^e cycle de médecine générale. En 2021, un Bachelor en Médecine cursus complet est mis en place ainsi que des spécialisations en oncologie et en neurologie.

4. Objectifs de l'étude

À notre connaissance, aucune étude destinée à identifier et comprendre les limites psychologiques et déontologiques concernant les pratiques d'auto-prescription des médecins généralistes n'a été menée au Luxembourg – d'où notre intérêt pour ce sujet. Par leur fréquence, leur gravité (retard diagnostic ou de prise en charge), leur évolution (période de pénurie de médecins au Luxembourg) (31), leurs conséquences économiques, sociales et sanitaires sur les patients et leurs familles, ainsi que sur le système de santé, les pratiques d'auto-prescription forment un thème de recherche que nous nous proposons d'aborder à partir de l'analyse du vécu exprimé par des médecins généralistes.

Les objectifs de notre étude ont été :

- 1) d'analyser les facteurs qui interviennent dans la pratique d'auto-prescription des MG dans le cadre de leur prise en charge médicale ;
- 2) d'identifier les limites et les risques liés à cette pratique ;
- 3) de proposer des recommandations et des suggestions pour encadrer l'auto-prescription et la prise en charge médicale des MG.

II. MATÉRIEL ET MÉTHODES

1. Méthode et enquête

Au regard des objectifs, la méthode retenue a été qualitative et transversale (c'est-à-dire à un moment donné). Cette technique s'est avérée la méthode appropriée, car elle a permis de recueillir les opinions et les points de vue sur les pratiques menées à partir des expériences vécues en réalisant des entretiens individuels semi-dirigés auprès de médecins généralistes volontaires. (32)

L'enquêtrice qui a mené les entretiens a été médecin en voie de spécialisation en médecine générale au moment des entretiens. Étant donné que l'enquêtrice n'a pas eu d'expérience antérieure à cette étude qualitative dans le domaine de la recherche, des supports et conseils pratiques et techniques lui ont été fournis par une sociologue médicale et co-promotrice de cette thèse.¹

Cette recherche a été réalisée dans le cadre d'un travail de fin d'études / thèse de la Formation Spécifique en Médecine Générale (FSMG) à l'Université du Luxembourg en coopération avec l'Université de Lorraine – Faculté de Médecine de Nancy, selon une convention inter-facultaire.

2. Population concernée et recrutement

Les critères d'inclusion utilisés pour le recrutement ont été les suivants : 1) exercer actuellement au Luxembourg ; 2) être installé depuis au moins 10 ans au Luxembourg. Par ailleurs, lors de la sélection des médecins nous avons également tenu compte de l'âge et du sexe pour avoir une population variée.

¹ Professeure Emérite Michèle Baumann, sociologue médicale à l'Université du Luxembourg, ancienne Maître de Conférences à la Faculté de Médecine de Nancy et spécialiste des études qualitatives.

Le recrutement a été opéré de manière à ce que des médecins des différentes régions géographiques du pays soient présents. Les régions du pays ont été définies comme suit :

- Centre inclut les cantons de Luxembourg et de Mersch ;
- Sud inclut le canton d'Esch-sur-Alzette ;
- Est comprend les cantons de Remich, de Grevenmacher et d'Echternach ;
- Ouest inclut les cantons de Rédange et de Capellen ;
- Nord compte les cantons de Diekirch, de Wiltz, de Vianden et de Clervaux.

À partir de la liste des médecins généralistes inscrits au Collège Médical, le recrutement des médecins a été effectué par téléphone et par courriel.

Par la suite, à l'issue de la réalisation d'un entretien, nous avons demandé au médecin de nous proposer d'autres médecins généralistes à contacter qui seraient susceptibles d'accepter de participer à cette étude ; il s'agit d'un recrutement par la méthode dite de « boule de neige ». (32)

Une lettre d'informations qui présente les objectifs de l'étude ainsi que les coordonnées de l'enquêtrice (voir annexe 1) et un formulaire de consentement éclairé (voir annexe 2), dont la rédaction a été supervisée par le promoteur² et la co-promotrice de thèse, ont été envoyés par courriel aux médecins ayant souhaité participer à l'étude.

Le consentement a été complété et signé préalablement aux entretiens et après que les médecins aient eu l'occasion de poser toutes les questions qu'ils souhaitaient sur les objectifs de l'étude.

Le nombre d'entretiens à effectuer a été fixé par le principe de la saturation des données. Ceci signifie que tant que les idées émises par les entretiens ont été nouvelles, l'investigation a été poursuivie. Lorsque les idées d'un entretien ont déjà été évoquées précédemment, un entretien de confirmation a encore été mené et a marqué la fin de l'enquête qualitative ; ceci correspondait au moment où tout nouvel entretien n'aurait plus apporté de nouvelles idées.

² Docteur Daniel MART, médecin généraliste et maître de stage de l'Université du Luxembourg.

3. Fiche des caractéristiques sociodémographiques

Une fiche sur les caractéristiques sociodémographiques a également été conçue en collaboration avec la co-promotrice de thèse pour collecter des informations sur les données personnelles des MG et concernant l'exercice de la médecine générale (voir annexe 3). En début d'entretien, cette fiche des caractéristiques sociodémographiques a été remise aux MG. Une saisie des données a été faite de façon confidentielle et anonyme, en veillant à ce que aucun nom de lieu ou de personne n'ait été noté.

4. Guide d'entretien

Les entretiens ont donc été réalisés avec l'appui d'un guide d'entretien préalablement élaboré au regard des objectifs de l'étude. Le guide d'entretien a également été établi en collaboration avec la co-promotrice de thèse.

Ce guide comporte 11 questions ouvertes (voir annexe 4). Deux entretiens exploratoires ont permis de tester et d'ajuster les questions du guide d'entretien qui a finalement été validé par le promoteur de thèse.

5. Déroulement des entretiens

Les entretiens individuels ont été réalisés selon les disponibilités des médecins volontaires interrogés et dans les locaux choisis par eux.

Ils ont été tenus soit en français, soit en luxembourgeois, selon la préférence des médecins interrogés.

Les entretiens ont été enregistrés à l'aide d'un dictaphone PHILIPS Voice Tracer LFH0642 et d'un téléphone portable iPhone 13 et ce de façon anonyme. Aucun nom et aucun lieu n'ont été cités pendant les enregistrements. Les passages des entretiens, qui auraient pu révéler l'identité de la personne interrogée, ont été supprimés.

6. Retranscription des entretiens

Les enregistrements ont été retranscrits, de façon anonyme et confidentielle, à l'aide du logiciel de traitement de texte *Microsoft® Word* et ont été détruits 48 heures après la réalisation des entretiens.

Les transcriptions ont été gardées de façon sécurisée grâce au classement anonyme des transcriptions selon le schéma suivant : de M1 pour le premier entretien à M13 pour le dernier entretien, « M » signifiant « médecin » ; la protection des données ainsi que la confidentialité ont été garanties.

7. Analyse de contenu

L'analyse de contenu thématique catégorielle a été menée sur la transcription intégrale.

Premièrement, nous avons extrait des transcriptions les *verbatim*³ qui correspondent aux unités de sens (phrases qui comprennent sujet-verbe-complément).

Par la suite, les verbatim identifiés ont été classés en catégories. Pour chaque catégorie, l'enquêtrice a formulé l'idée maîtresse y contenue sous la forme d'un item, en utilisant les mots disponibles dans les verbatim. Les items représentent ainsi le résumé de l'ensemble des verbatim contenus dans chaque catégorie.

Finalement, les différents items, qui ont correspondu à une idée clé, ont été regroupés en dimensions afin de répondre aux objectifs de l'étude.

Une grille d'analyse a ainsi été élaborée (voir annexe 5). La notation des verbatim de cette grille s'est déroulée comme suit : EX(Y), E correspondant à l'entretien, X au numéro de l'entretien et Y à la ligne de la citation de l'entretien dans la transcription.

Une procédure de contrôle a pu être réalisée avec l'appui de la co-promotrice de thèse.

³ *verbatim* : nom masculin invariable (du latin *verbum*, mot) définition : reproduction intégrale des propos prononcés par l'interviewé ; compte rendu fidèle. (Dictionnaire de français Larousse)

8. Recherche bibliographique

La recherche d'articles a été réalisée de façon informatisée à l'aide des moteurs de recherche *PubMed*®, *Google Scholar* et *Google* tout comme à l'aide des ressources en ligne de la bibliothèque universitaire de l'Université de Lorraine. Des articles en langues française et anglaise ont été retenus.

Les mots-clés recherchés ont été les suivants : autoprescription, médecin malade, santé des médecins, self prescription, self prescribing, self medication in doctors, doctors' health, self treating, self treatment in physicians, doctors' illness behaviour.

La bibliographie a été construite à l'aide du logiciel de gestion de références *Zotero*.

III. RÉSULTATS

1. Présentation des participants et des entretiens

1.1. Profil des participants

Le recrutement des participants a eu lieu entre mars et mai 2022. Vingt-sept médecins exerçant dans les 5 régions géographiques du pays ont été contactés par mail et par téléphone.

Neuf médecins n'ont pas donné suite à notre invitation. Seuls cinq médecins ont décliné l'invitation soit par manque de temps, soit par manque de motivation pour le thème d'étude.

Au total treize médecins ont donné leur consentement et ont accepté de participer à l'enquête qualitative ; il s'agit de 7 femmes et 6 hommes.

1.2. Description des caractéristiques sociodémographiques et socio-sanitaires

Le *tableau 1* résume les caractéristiques sociodémographiques des participants.

Les participants regroupent des femmes et des hommes de façon presque équitable dont l'âge varie entre 41 et 68 ans avec un âge moyen d'environ 55 ans. Le nombre d'années d'exercice varie de 10 à 42 ans avec une durée moyenne de 26 ans. La grande majorité des participants travaille en cabinet de groupe (11 sur 13) et exercent en région Nord, Centre et Sud (10 sur 13).

Tableau 1 : Caractéristiques sociodémographiques des participants

Numéro	Sexe	Age	Nombre d'années d'exercice	Région d'exercice	Type de cabinet
M1	Féminin	65	38	Sud	Cabinet de groupe
M2	Féminin	44	14,5	Est	Cabinet de groupe
M3	Masculin	67	42	Centre	Cabinet de groupe
M4	Masculin	68	35	Centre	Cabinet de groupe
M5	Féminin	53	22	Centre	Cabinet de groupe
M6	Masculin	41	10	Nord	Cabinet individuel
M7	Féminin	59	34	Nord	Cabinet de groupe
M8	Féminin	45	16	Nord	Cabinet de groupe
M9	Masculin	60	33	Nord	Cabinet de groupe
M10	Féminin	56	20	Est	Cabinet individuel
M11	Féminin	44	15	Sud	Cabinet de groupe
M12	Masculin	62	36	Sud	Cabinet de groupe
M13	Masculin	46	18	Ouest	Cabinet de groupe
Profil	Nb = 7 femmes Nb = 6 hommes	Age moyen = 54,6 ans	Nombre moyen = 25,7 ans	1 = en région Ouest 2 = en région Est 3 = en région Sud 3 = en région Centre 4 = en région Nord	Nb = 2 participants travaillent seul Nb = 11 travaillent en cabinet de groupe

Le tableau 2 présente les caractéristiques socio-sanitaires des participants à l'égard de l'auto-prescription.

Tableau 2 : Caractéristiques socio-sanitaires à l'égard de l'auto-prescription

Numéro	Pathologie aiguë	Maladie chronique	Suivi	Prévention	Médicament	Examens complémentaires	Kiné	Renouvellement d'ordonnance
M1	Oui	Non	Non	Non	Non	Oui	Non	Non
M2	Oui	Non	Non	Non	Oui	Oui	Non	Non
M3	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Non	Oui
M4	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
M5	Oui	Oui	Non	Oui	Oui	Oui	Non	Oui
M6	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
M7	Oui	Oui	Non	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
M8	Oui	Non	Oui	Oui	Oui	Oui	Non	Non
M9	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Non	Oui
M10	Oui	Non	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
M11	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
M12	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
M13	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui

Le profil des caractéristiques socio-sanitaires des participants a mis en évidence que seuls 3 sur 13 participants ont déclaré avoir un médecin traitant (père du participant, membre de la famille, une connaissance).

Dans le cadre de pathologies aiguës, la totalité des participants a reconnu s'auto-prescrire, en particulier des examens complémentaires (13 sur 13), des médicaments (12 sur 13) et des séances de kinésithérapie (7 sur 13).

Dans le cadre d'une maladie chronique, 9 sur 13 participants ont reconnu qu'ils s'auto-prescrivaient et qu'ils faisaient leur suivi. Enfin, 10 sur 13 participants ont renouvelé une ordonnance leur ayant déjà été prescrite initialement par un spécialiste.

Dans le cadre de la prévention, 11 sur 13 participants ont également affirmé utiliser l'auto-prescription.

1.3. Description des caractéristiques techniques des entretiens

Le *tableau 3* résume la fiche technique des entretiens avec la date, la durée et le lieu des entretiens.

Tableau 3 : Caractéristiques techniques des entretiens

Numéro	Date de l'entretien	Durée de l'entretien	Lieu de l'entretien
M1	05/04/2022	12min39s	Cabinet médical
M2	07/04/2022	19min30s	Cabinet médical
M3	11/04/2022	40min28s	Cabinet médical
M4	15/04/2022	13min06s	Cabinet médical
M5	21/04/2022	34min27s	Cabinet médical
M6	22/04/2022	10min28s	Domicile du médecin
M7	27/04/2022	8min32s	Salle de repos du cabinet
M8	27/04/2022	13min22s	Salle de repos du cabinet
M9	27/04/2022	11min03s	Salle de repos du cabinet
M10	28/04/2022	13min31s	Cabinet médical
M11	10/05/2022	14min09s	Cabinet médical
M12	10/05/2022	13min47s	Cabinet médical
M13	11/05/2022	8min27s	Cabinet médical
		Durée moyenne d'un entretien = 16 min 25 s. Durée intégrale = 3h 33min 29 s.	Nb de lieux cabinet = 9 Salle de repos = 3 Domicile = 1

Les 13 entretiens ont été conduits entre le 5 avril et le 11 mai 2022.

La durée des entretiens a été comprise entre un minimum de 8 minutes 27 secondes et un maximum de 40 minutes 28 secondes. La durée moyenne des entretiens a été de 16 minutes 25 secondes. L'intégralité des durées des entretiens a été de 3 heures 33 minutes et 29 secondes.

Les entretiens se sont déroulés en grande majorité (9 sur 13) dans les cabinets médicaux des participants, en salle de repos (3 sur 13) ainsi qu'au domicile du médecin (1 sur 13). Au bout du 12^e entretien, les idées et les opinions émises par les participants ont été identiques à celles déjà collectées. Un 13^e entretien a été réalisé pour confirmer la saturation des données, ce qui a permis d'arrêter le recrutement.

2. Présentation des principaux résultats de l'analyse qualitative

L'analyse de contenu thématique catégorielle menée sur les transcriptions intégrales des 13 participants a mis en évidence 417 verbatim regroupés en 72 items et classés dans 7 dimensions qui répondent aux 3 objectifs de l'étude et répartis de la façon suivante :

- Les dimensions A et B répondent à l'objectif 1 ;
- Les dimensions C, D et E répondent à l'objectif 2 ;
- Les dimensions F et G répondent à l'objectif 3.

Le *tableau 4* décrit les dimensions et les items ainsi que le nombre de verbatim et le nombre d'entretiens concernés (le tableau détaillé avec l'intégralité des verbatim est consultable en annexe 5).

Tableau 4 : Description des dimensions et items qui répondent aux objectifs de l'étude

Dimension A : Critères médicaux qui facilitent les pratiques d'auto-prescription médicale et les moyens utilisés		
Items	Nombre de verbatim	Nombre d'entretiens
L'auto-prescription médicale est utilisée pour des syndromes simples (ex : toux, rhume, douleur) et aigus (durée environ 3 jours) et pour répondre à un besoin (ex : prescrire des semelles orthopédiques).	20	9

Les classes de médicaments qui sont utilisées dans l'auto-prescription médicale sont : les antalgiques, anti-diarrhéiques, antiémétiques, vitamine D, antibiotiques, inhalateurs, antidiabétiques, anti-hypertenseurs, hypolipémiants, immunosuppresseurs, anti-épileptiques, antihistaminiques, pharmacie de voyage, crèmes contre l'eczéma, contre des mycoses ou contre la couperose, collyres, la contraception, antitussifs, sprays nasaux.	31	13
L'auto-prescription médicale est aussi utilisée pour répondre à des problèmes de santé mentale avec la prescription d'antidépresseurs et d'anxiolytiques à courte durée.	3	2
L'auto-prescription médicale est utilisée pour un renouvellement d'ordonnance de médicaments après avoir consulté un spécialiste (ex : hypertension) ou pour un traitement conseillé (ex : demande du cardiologue).	10	7
L'auto-prescription médicale est utilisée dans le cadre d'examens complémentaires (ex. échographie) et dans le cadre d'un suivi (ex : contrôles de prise de sang).	2	2
D'après les MG, l'auto-prescription médicale est faite en première intention.	2	2
L'auto-prescription médicale des MG se réalise avec la même approche que pour leurs patients.	7	5
D'après les MG, ils s'auto-examinent (ex. auscultation) pour poser leur diagnostic.	3	3
Dimension B : Raisons personnelles et facteurs psychologiques, temporels et économiques qui contribuent à l'auto-prescription médicale		
Items	Nombre de verbatim	Nombre d'entretiens
La raison pour pratiquer l'auto-prescription médicale peut être liée à une mauvaise expérience antérieure avec un confrère.	1	1
L'auto-prescription médicale est utilisée par manque de confiance envers des confrères.	1	1
L'auto-prescription médicale est pratique, simple, rapide, sans perte de temps et facile.	20	12
L'auto-prescription médicale permet de choisir la présentation et la taille du conditionnement des médicaments.	1	1
L'auto-prescription médicale ne coûte rien à la caisse de maladie.	2	2
Les MG estiment avoir les connaissances nécessaires pour évaluer leur santé et gérer la situation.	10	7

L'auto-prescription médicale est utilisée parce que c'est un privilège lié à l'obtention du diplôme.	1	1
Les MG qui déclarent ne pas avoir peur de l'auto-prescription médicale, affirment connaître les domaines dans lesquels ils interviennent.	7	7
L'auto-prescription médicale permet d'éviter la perte de temps et le stress qu'un rendez-vous chez un médecin peut engendrer.	4	4
L'auto-prescription médicale permet de préserver l'intimité des MG qui ont peur d'être jugé et que « <i>tout le monde le sache car le pays est petit</i> ».	7	3
L'auto-prescription médicale permet d'éviter les traitements que les MG n'aiment pas.	1	1
L'auto-prescription médicale évite de déranger un confrère.	3	3
Une crainte qui incite à l'auto-prescription médicale précoce est de ne plus pouvoir travailler à cause d'une maladie qui traîne.	2	1
Dimension C : Facteurs qui limitent les pratiques d'auto-prescription médicale		
Items	Nombre de verbatim	Nombre d'entretiens
Les MG ne s'auto-prescrivent pas les médicaments qu'ils ne prescriraient pas à leurs patients.	1	1
Les MG ne s'auto-prescrivent pas les médicaments tels que : antibiotiques, corticoïdes, anti-hypertenseurs, anti-arythmique, anti-épileptiques, antalgiques de palier II, chimiothérapies, immunomodulateurs, immunosuppresseurs (p.ex. Ledertrexate), biothérapies (p.ex. des anticorps monoclonaux), insuline, anxiolytiques, anti-dépresseurs.	18	11
Les MG déclarent consulter des spécialistes et alors suivre leurs prescriptions.	6	4
Les MG précisent s'auto-prescrire seulement des médicaments après avoir fait une évaluation objective (p.ex. prise de sang).	2	2
L'auto-prescription médicale est limitée par le fait que certains médicaments ne sont pas disponibles en médecine générale, d'où la nécessité d'avoir une prescription d'un spécialiste.	3	3

Les MG déclarent s'adresser à un spécialiste lorsqu'ils ne peuvent pas s'autocontrôler ou intervenir ; cela concerne les spécialités médicales telles que la gynécologie, la psychiatrie, l'hématologie, la néphrologie, l'oncologie, la dermatologie et la chirurgie.	22	7
Les MG déclarent préférer un contrôle par un spécialiste pour un bilan, la prise en charge et la surveillance de pathologies chroniques ou lourdes.	9	5
Dimension D : Craintes à l'égard de l'auto-prescription médicale		
Items	Nombre de verbatim	Nombre d'entretiens
Les craintes à l'égard de l'auto-prescription médicale sont d'avoir peur de manquer d'objectivité, de distance pour être capable de juger de ses besoins dans une approche orientée vers une prise en charge globale.	11	6
Une crainte liée à l'auto-prescription médicale à visée psychiatrique est de ne pas savoir si un autre dosage ou un autre médicament serait plus adapté.	2	2
Une crainte à l'égard de l'auto-prescription médicale est de penser pouvoir passer à côté de quelque chose d'important (ex : faire un test).	2	2
Dimension E : Risques encourus par l'auto-prescription médicale		
Items	Nombre de verbatim	Nombre d'entretiens
Les risques de l'auto-prescription médicale sont de ne pas être capable d'évaluer la situation, ne pas être objectif par rapport à ce qu'il faudrait et de se construire des idées fausses.	12	5

Les risques de l'auto-prescription médicale sont de sous-estimer ou banaliser un problème ou des symptômes, ne pas pouvoir faire un examen clinique, poser un faux diagnostic ou retarder le diagnostic, par facilité et par peur de devoir se remettre en question.	11	7
Les risques encourus dans l'auto-prescription médicale sont l'addiction, l'abus et la dépendance aux médicaments qui concernent les troubles du sommeil, la dépression, les douleurs chroniques sans contrôle.	10	6
Le risque d'une auto-prescription médicale peut être le jugement par un confrère que l'on va consulter ultérieurement.	1	1
Les risques de l'auto-prescription médicale sont les effets secondaires liés à la prise d'un médicament ainsi que celui de ne pas faire attention aux interactions médicamenteuses.	7	6
Un risque de l'auto-prescription médicale est la surestimation de problèmes (ex : cholestérol) en prescrivant des médicaments non nécessaires.	4	2
Pour les MG, les effets secondaires de l'auto-prescription médicale ne sont pas redoutés.	1	1
Dimension F : Recommandations pour faire face à ou gérer l'auto-prescription médicale		
Items	Nombre de verbatim	Nombre d'entretiens
Les MG qui se sentent concernés par un problème (ex : échec du traitement autoprescrit qui s'aggrave) doivent aller consulter un autre MG ou spécialiste ou aller à l'hôpital.	4	3
Les MG qui ont l'impression de ne pas être compétents dans un domaine, de ne pas pouvoir juger une situation et qu'ils estiment ne pas s'y connaître assez, doivent consulter un autre MG ou un spécialiste.	8	7
Les MG doivent consulter des spécialistes pour des situations qui nécessitent des examens complémentaires ou des traitements qu'ils ne peuvent pas réaliser ou s'auto-prescrire.	13	8
Les MG qui doutent de leur diagnostic doivent demander un second avis.	8	6
Les MG qui souffrent d'une pathologie potentiellement dangereuse ou grave doivent consulter un autre MG ou un spécialiste.	4	4

Les MG qui ont besoin de médicaments à risque de dépendance ou d'abus doivent effectuer une consultation préalable pour avis.	2	2
Les MG qui souffrent de pathologies qui nécessitent un examen clinique qu'ils ne peuvent pas faire eux-mêmes doivent consulter un autre MG pour avoir un avis objectif.	8	7
Les MG qui ont un doute peuvent demander l'avis à un confrère du cabinet de groupe ou à un copain médecin.	4	4
Dimension G : Facteurs à considérer pour encadrer les pratiques de l'auto-prescription médicale		
Items	Nombre de verbatim	Nombre d'entretiens
D'après les MG, mettre un frein à l'auto-prescription médicale serait un non-sens et ne serait pas défendable sur le plan déontologique.	3	2
D'après les MG, la prescription médicale peut être demandée à un confrère ou à un membre de la famille qui est médecin.	6	4
Une limite à l'auto-prescription médicale existe déjà par l'intermédiaire du Contrôle Médical qui surveille.	4	4
Une limite à l'auto-prescription médicale dans le cadre de maladies chroniques et lourdes serait éventuellement judicieuse avec notamment une consultation de suivi chez un spécialiste 1x/an.	4	2
L'auto-prescription de médicaments tels que des antalgiques simples, antibiotiques devrait rester accessible aux MG.	4	3
La mise en place d'un frein à l'auto-prescription médicale n'est pas utile puisque les MG sont auto-responsables et peuvent se faire aider par un confrère.	10	8
Un frein à l'auto-prescription médicale pourrait se faire lorsqu'une ordonnance est établie pour un patient qui est le médecin.	1	1
La mise en place d'un frein à l'auto-prescription médicale n'éviterait pas la possibilité de se procurer des médicaments (p.ex. faire une prescription au nom d'un membre de la famille).	2	2

La mise en place d'une restriction à l'auto-prescription médicale pour certaines classes de médicaments (p.ex. ceux à risque d'abus) avec un contrôle de la part de la CNS serait à recommander.	5	4
La mise en place d'un frein aux situations d'abus pour les MG qui n'ont pas un œil objectif en faisant des auto-prescriptions serait recommandée.	2	2
La mise en place d'un frein à l'auto-prescription médicale par un tiers n'est pas à recommander.	1	1
La mise en place d'une médecine du travail pour MG libéraux est une idée à recommander.	6	5
La mise en place d'une médecine du travail ne correspond pas à un besoin s'il s'agit de contrôler les MG.	6	5
La mise en place d'une médecine du travail serait recommandée pour avertir les MG des horaires excessifs/charges de travail et éviter les surmenages (symptômes non reconnus).	3	3
La mise en place d'une médecine du travail pour MG libéraux serait recommandée pour leur permettre d'avoir une vue globale sur leur santé, un suivi et une prévention adaptée.	7	6
La mise en place d'une médecine du travail avec un rythme de consultation (p.ex. tous les 3, 5 ou 10 ans) et une prise de sang seraient recommandées.	8	6
La mise en place d'une médecine du travail obligatoire n'est pas recommandée puisque les MG n'ont pas envie d'aller chez un médecin du travail tous les 2 ans.	7	6
La mise en place d'une médecine du travail pose la question de la qualification des médecins du travail à l'égard de la prise en charge de MG libéraux.	3	2
Un frein à l'auto-prescription médicale est recommandé en demandant une prescription par un autre médecin au moins une fois par an au risque de ne pas être remboursé par la CNS	1	1
Lorsque les MG ont des problèmes de santé mentale (ex : sénilité), il faut pouvoir annuler ou arrêter leurs auto-prescriptions à l'issue d'un entretien.	2	1
Une surveillance par la CNS des auto-prescriptions serait recommandée avec la possibilité de justification de l'auto-prescription si nécessaire, comme pour les autres patients.	3	2
Une sensibilisation aux désavantages de l'auto-prescription médicale est recommandée auprès des étudiants en médecine.	2	2
La volonté de se faire surveiller par d'autres médecins doit venir de l'initiative des MG eux-mêmes.	3	2

La mise en place d'un suivi par un médecin généraliste est recommandée pour permettre aux MG de consulter pour avoir une vue globale et objective.	3	3
Il faudrait proposer des centres médicaux dédiés aux MG.	1	1
L'examen clinique réalisé pour recevoir un certificat de « bonne santé » permettant d'obtenir l'autorisation d'exercer serait à revoir.	1	1

2.1. Résultats majeurs de l'objectif 1 « facteurs intervenant dans la pratique d'auto-prescription des MG »

2.1.1. Critères médicaux qui facilitent les pratiques d'auto-prescription médicale et les moyens utilisés

Les participants ont reconnu utiliser l'auto-prescription médicale en première intention pour des syndromes simples et aigus et pour répondre à un besoin. Les classes de médicaments qui ont été cités sont les antalgiques, anti-diarrhéiques, antiémétiques, vitamine D, antibiotiques, inhalateurs, antidiabétiques, anti-hypertenseurs, antihistaminiques, pharmacie de voyage, crèmes contre l'eczéma, contre des mycoses ou contre la couperose, collyres, la contraception, antitussifs, sprays nasaux. Des participants ont affirmé avoir eu recours à l'auto-prescription médicale dans le cadre de problèmes de santé mentale et s'être prescrits des antidépresseurs et des anxiolytiques à courte durée. L'auto-prescription médicale s'avère être pratiquée dans un renouvellement d'ordonnance de médicaments après avoir consulté un spécialiste ou pour un traitement conseillé par un confrère. Des participants ont déclaré se servir de l'auto-prescription lorsqu'ils ont besoin de réaliser des examens complémentaires et dans le cadre d'un suivi. Les moyens utilisés dans l'auto-prescription sont réalisés avec la même approche que celle pratiquée pour leurs patients, en d'autres termes les MG s'auto-examinent avant de poser leur diagnostic et avant de s'auto-prescrire.

2.1.2. Raisons personnelles et facteurs psychologiques, temporels et économiques qui contribuent à l'auto-prescription

Les participants qui ont affirmé ne pas avoir peur de l'auto-prescription médicale ont estimé avoir les connaissances nécessaires dans les domaines dans lesquels ils interviennent, à savoir évaluer leur santé et gérer la situation. L'auto-prescription médicale qu'ils disent être pratique, simple et rapide, est alors utilisée par facilité et par manque de temps. Des participants ont précisé ainsi éviter de déranger un confrère et préserver leur intimité.

2.2. Résultats majeurs de l'objectif 2 « limites et risques de l'auto-prescription »

2.2.1. Facteurs qui limitent les pratiques d'auto-prescription médicale

Un contrôle par un spécialiste pour un bilan, une prise en charge et une surveillance de pathologies chroniques ou lourdes est préféré lorsque les médecins interrogés estiment ne pas pouvoir s'autocontrôler ou intervenir ; cela concerne les spécialités telles que la gynécologie, la psychiatrie, l'hématologie, la néphrologie, l'oncologie, la dermatologie et la chirurgie. Dans cet ordre d'idées, des médicaments tels que les antibiotiques, corticoïdes, anti-hypertenseurs, anti-arythmiques, anti-épileptiques, antalgiques de palier II, chimiothérapies, immunomodulateurs, immunosuppresseurs, biothérapies, insuline, anxiolytiques, anti-dépresseurs ne sont pas prescrits. Enfin, s'adresser à un spécialiste est indispensable car la prescription de certains médicaments est soumise à des limitations et réservée à la spécialité concernée.

2.2.2. Craintes à l'égard de l'autoprescription médicale

Les craintes avouées à l'égard de l'auto-prescription médicale ont été :

- a) avoir peur de manquer d'objectivité et de distance et de ne pas être capable de juger de ses besoins dans une approche globale ;
- b) passer à côté d'un diagnostic par oubli de réaliser un test ;
- c) ne pas connaître un autre dosage ou médicament plus adapté à la situation.

2.2.3. Risques encourus par l'auto-prescription médicale

Un risque reconnu de l'auto-prescription médicale a été de ne pas être capable d'évaluer correctement la situation, par manque d'objectivité vis-à-vis de soi-même et par la possibilité de se construire des idées fausses à propos de sa santé. Le risque de sous-estimer ou banaliser un problème ou des symptômes et de retarder le diagnostic peut être envisagé, tout comme celui de surestimer des problèmes et de se prescrire des médicaments non nécessaires.

D'autres risques tels que l'addiction, l'abus et la dépendance aux médicaments auto-prescrits dans le cadre de troubles du sommeil, dépression et douleurs chroniques sans contrôle ont également été soulignés.

Enfin, les effets secondaires liés à la prise d'un médicament ainsi que celui ne pas faire attention aux interactions médicamenteuses restent des risques permanents.

2.3. Résultats majeurs de l'objectif 3 « recommandations pour encadrer la prise en charge de la santé des MG »

2.3.1. Recommandations pour faire face à ou gérer l'auto-prescription médicale

Pour gérer l'auto-prescription médicale, les participants ont suggéré à leurs collègues :

- a) qui sont concernés par un problème qui s'aggrave et dont ils estiment ne pas pouvoir évaluer correctement la situation, d'aller consulter un autre MG ou spécialiste ou un praticien hospitalier à l'hôpital ;
- b) qui doutent de leur diagnostic, de demander un second avis, par exemple à un confrère du cabinet ou à un copain médecin ;
- c) qui souffrent d'une pathologie potentiellement dangereuse ou grave, de consulter un autre MG ou un spécialiste ;
- d) qui souffrent de pathologies qui nécessitent un examen clinique, des examens complémentaires ou des traitements qu'ils ne peuvent pas faire ou s'auto-prescrire, de consulter un autre MG ou un spécialiste pour avis ;
- e) qui ont besoin de médicaments à risque de dépendance ou d'abus, d'effectuer une consultation pour avis.

2.3.2. Facteurs à considérer pour encadrer les pratiques de l'auto-prescription médicale

La mise en place d'un frein à l'auto-prescription médicale a été perçue par certains participants comme un non-sens – pas défendable sur le plan déontologique – qui n'évite pas la possibilité de se procurer des médicaments, car la prescription médicale peut être faite pour un membre de la famille, par un collègue ou par un membre de la famille qui est médecin. Un frein à l'auto-prescription médicale ne semblerait pas nécessaire car les participants se perçoivent comme auto-responsables qui peuvent également se faire aider par un confrère.

Une limite à l'auto-prescription médicale dans le cadre de maladies chroniques et lourdes serait judicieuse en suggérant une consultation de suivi chez un spécialiste 1 fois par an. De plus, une restriction à l'auto-prescription médicale pour certaines classes de médicaments, et notamment ceux à risque d'abus et de dépendance, serait à recommander avec une surveillance de la part de la CNS. L'auto-prescription de médicaments tels que des antalgiques simples ou antibiotiques devrait rester accessible avec une surveillance de la CNS et une justification de l'auto-prescription par les MG.

Une surveillance des MG par d'autres médecins devrait être à leur initiative. Ainsi, une sensibilisation aux risques encourus par l'auto-prescription médicale serait recommandée auprès des étudiants en médecine pour qu'ils prennent conscience des désavantages de l'auto-prescription, mais aussi des avantages que représente un suivi par un médecin généraliste pour avoir une vue globale et objective sur leur état de santé.

Mettre en place des centres médicaux ou une médecine du travail pour les MG libéraux avec un rythme de consultation (p.ex. tous les 3, 5 ou 10 ans) et une prise de sang a également été suggéré par des participants. Ce dispositif permettrait aux MG de bénéficier d'un suivi et d'une prévention concernant leurs horaires excessifs et la charge de travail afin d'éviter les surmenages. Mais la mise en place d'une médecine du travail ne devrait pas être obligatoire, puisque les participants ne semblent pas avoir envie d'aller chez un médecin du travail tous les 2 ans et la question de la qualification de ces médecins du travail à l'égard de la prise en charge de MG libéraux reste ouverte.

IV. DISCUSSION

1. Mise en perspective des résultats majeurs au regard de la littérature, recommandations et propositions

La pratique de l'AP des MG exerçant au Luxembourg est peu connue. Les objectifs de notre étude ont été d'analyser les facteurs qui interviennent dans cette pratique, d'identifier ses risques et limites et de proposer des recommandations.

Treize MG ont accepté volontairement de participer à notre étude, sept femmes et six hommes dont l'âge moyen était de 55 ans et le nombre moyen d'années d'exercice de 26 ans. Parmi les médecins participants, la majorité était installée dans les régions Sud (3 sur 13), Centre (3 sur 13) et Nord (4 sur 13) et travaillait en cabinet de groupe (11 sur 13).

Dans le cadre d'une maladie chronique, une grande majorité ferait de l'AP (s'ils étaient concernés) et ferait leur suivi. Une grande majorité a déjà renouvelé une ordonnance leur ayant été prescrite initialement par un spécialiste et utilise l'AP dans le cadre de la prévention.

Les résultats majeurs de l'analyse de contenu thématique catégorielle sont discutés ci-après.

1.1. Utilisation de l'auto-prescription

Les pratiques déclarées ont permis d'identifier que peu de participants avaient un médecin traitant qu'ils consultent régulièrement soit par une consultation officielle, soit par une demande d'avis informelle. Tous les MG ont affirmé avoir recours à l'AP, même ceux qui avaient un médecin traitant.

Des études comme notamment celle menée en 2002 en Norvège par Rosvold et Bjertness ont montré que 73% des médecins participants qui s'automédiquent, utilisent l'AP pour se procurer les médicaments. (4) En 2008, à Hong Kong, l'étude quantitative de Chen et al. obtient des résultats similaires, 62% des répondants prennent en charge leur santé et ont indiqué utiliser l'AP. (33)

79,5% des participants ont déclaré s'auto-prescrire dans l'étude de Stepowski en 2011 en France. (34)

Enfin, en 2016, aux Etats-Unis, Benkhadra et al. ont montré que 61% des répondants avaient recours à l'auto-diagnostic et l'auto-traitement lors de problèmes de santé. (1) Dans le cadre de pathologies aiguës, la grande majorité de nos participants a affirmé s'auto-prescrire des médicaments et des examens complémentaires, et pour une majorité également des séances de kinésithérapie. L'AP est utilisée pour des symptômes simples et aigus :

E2 (50) « <i>ce sont des choses aiguës qui durent trois jours et puis c'est fini (...)</i> » ; E8 (6) « <i>(...) quand ce sont des petites choses, des petits soucis (...)</i> » ; E12 (6) « <i>(...) s'il s'agit de choses aiguës non compliquées (...)</i> ».

Ces résultats confirment ceux obtenus par Davidson et Schattner en 2003 en Australie, pour qui 90% des participants estiment que c'est acceptable de s'auto-prescrire pour des symptômes aigus. (35) Dans l'étude de Schulz et al. en 2017 en Allemagne, 68% déclarent faire un auto-diagnostic lorsqu'ils sont malades de façon aiguë et 60% pratiquent l'auto-traitement. (36) En France, dans leurs travaux de thèse, Machuelle (en 2015) et Tanguy (en 2017) ont également mis en évidence que les médecins utilisent l'AP pour prendre en charge des cas bénins et aigus. (37) (38)

Les médicaments auto-prescrits par les MG de notre étude sont entre autres les antalgiques, anti-diarrhéiques, antiémétiques, antibiotiques, inhalateurs, anti-hypertenseurs, hypolipémiants, antihistaminiques ainsi que la contraception. Ces médicaments ont été recensés dans d'autres travaux comme ceux de Pullen et al. en 1995 où l'AP est utilisée pour se procurer notamment des antibiotiques, antalgiques, anti-inflammatoires non stéroïdiens, contraception, stupéfiants, inhalateurs, antihistaminiques, médication à visée cardiaque, hypolipémiants, anti-migraineux, substitution thyroïdienne. (39) En 1998, Christie et al. ont identifié que la pratique de l'AP existait avec les médicaments tels que : les antibiotiques, antihistaminiques, inhalateurs, contraception, médication pour problèmes gastro-intestinaux, antalgiques, anti-dépresseurs, benzodiazépines, hypolipémiants, anti-hypertenseurs. (5) D'après Tanguy, l'AP concerne les antalgiques, antibiotiques, antihistaminiques, inhibiteurs de la pompe à protons, inhalateurs, anti-hypertenseurs et la contraception. (38)

L'AP est utilisée dans le cas d'un renouvellement d'ordonnance, suite à la consultation avec un spécialiste :

E6 (4) « (...) déi éischt Kéier vun engem Spezialist opgeschriwwen an elo maan ech emmer den Renouvellement (...) » ;

E9 (5) « (...) j'ai consulté un cardiologue, on a fait un holter tensionnel et donc voilà c'est lui qui a fait la première prescription et maintenant moi je fais le renouvellement d'ordonnance (...) ».

D'après Tanguy : « Pour plusieurs des médecins interrogés, l'auto-prescription médicamenteuse ne peut s'effectuer raisonnablement que dans le cadre d'un renouvellement d'une prescription établie par un autre médecin. » (38 ; page 25)

L'AP est retrouvée dans le cadre des examens complémentaires :

E8 (9) « (...) j'ai aussi fait des auto-prescriptions d'examens mais c'est plutôt des examens de suivi (...) je dois faire des échographies mammaires tous les 6 mois et je fais l'ordonnance moi-même ».

En 1992, au Royaume-Uni, Chambers et al. ont montré que l'AP concernait notamment les prises de sang, les analyses urinaires et les radiographies thoraciques. (40) En France, Bonneaud (en 2011) et Machuelle ont décrit dans leurs thèses respectives que l'AP se pratiquait pour des examens complémentaires et des examens paracliniques. (41) (37)

D'après notre étude, l'approche de l'AP se réalise de manière identique à celle pratiquée avec les patients :

E2 (67) « Je pense que je n'ai pas réagi autrement pour moi que pour un autre patient » ;
E4 (30) « Je me traite un peu comme je traite mes patients, c'est un peu la même approche (...) ».

En revanche, les opinions des MG relevées dans la thèse de Machuelle estiment que les « soins [sont] différents de ceux des patients, moins attentifs, moins rigoureux ». (37 ; page 8)

1.2. Facteurs contribuant à l'utilisation de l'auto-prescription

Dans notre étude, la raison majeure qui contribue à l'AP est qu'elle est effectuée par commodité, simplicité, rapidité et facilité et parce que l'AP évite une perte de temps :

E2 (22) « (...) ne pas avoir une perte de temps pour prendre un rendez-vous et se déplacer (...) » ;
E4 (15) « (...) c'est plus pratique (...) » ;
E5 (6) « (...) c'est beaucoup plus rapide (...) » ;
E12 (10) « (...) c'est la facilité, on est devant l'ordinateur, on se prescrit les choses et on va les chercher à la pharmacie (...) ».

Le manque de temps est cité dans de nombreuses études. (6) (11) Ainsi, Bonneaudeau évoque le manque de temps alors que Tanguy souligne la simplicité et la rapidité de l'AP. (41) (38)

Une autre raison de pratiquer l'AP est le fait d'estimer avoir les connaissances requises pour évaluer leur santé et gérer la situation :

E2 (18) « (...) par estimation qu'on gère la situation (...) » ;
E9 (15) « (...) je ne vois pas pourquoi je n'aurais pas le droit de me faire une auto-prescription puisque je juge quand même que je peux très bien apprécier ma propre santé (...) » ;
E11 (10) « La confiance en soi... déjà je peux me faire un diagnostic (...) ».

Les MG n'ont donc pas peur de s'auto-prescrire dans les domaines où ils affirment avoir les connaissances nécessaires :

E9 (20) « (...) Nulle crainte... je connais les risques (...) » ;
E11 (20) « (...) je n'en ai pas puisque ce sont des domaines connus donc je n'ai pas de craintes (...) ».

Les études qualitatives de Machuelle et de Tanguy confirment l'existence du « *sentiment de capacité* » et de la « *compétence personnelle et de la confiance en soi* ». (37) (38)

Le manque de confiance à l'égard des confrères et de la préservation de leur intimité amène les MG de notre étude à reconnaître avoir peur que tout le monde ait connaissance de leurs problèmes de santé et d'être jugés ; ce qui a été soulevé par certains participants comme des facteurs qui ont facilité la pratique de l'AP :

E5 (7) « (...) parfois il y a aussi probablement une absence de confiance envers les confrères (...) » ;

E3 (107) « (...) il y a peut-être aussi un peu la question de ne pas vouloir dire à un collègue ou confrère (...) de lui confier des choses sur sa santé car il y a des choses qu'on aime garder pour soi pour préserver l'intimité (...) » ;

E13 (9) « (...) le fait de ne pas devoir raconter son histoire personnelle à un confrère (...) le pays est petit, tout le monde se connaît (...) ».

À ce propos, Richer indique dans sa publication de 2009 la « perspective de dévoiler des faiblesses ». (11) En 2016, Galvan et al. mettent en évidence que les médecins de leur étude expriment un doute concernant la confidentialité et que ceci pouvait pousser à l'AP. (42)

En 1997 respectivement en 2001, McKevitt et al. et Thompson et al. ont souligné que ce doute de confidentialité était particulièrement présent dans les déclarations des médecins qui souffraient de pathologies mentales. (43) (7)

Pour finir, le souhait de ne pas déranger un confrère est également évoqué par nos participants :

E5 (7) « (...) la peur de déranger (...) »

E12 (7) « (...) on ne va pas déranger quelqu'un d'autre (...) »

Kay et al. décrivent en 2008 que les médecins interrogés étaient soucieux par le « fait de ne pas s'imposer à un autre médecin, particulièrement lorsque leur problème de santé était trivial » ainsi que Richer qui parle du « désir de ne pas déranger ». (6) (11)

1.3. La non-utilisation de l'auto-prescription

Concernant les médicaments auto-prescrits, certains MG déclarent le faire pour des antibiotiques, anti-hypertenseurs, immunosuppresseurs, anti-épileptiques, anti-dépresseurs et anxiolytiques :

E3 (23) « *mirtazapine et venlafaxine point de vue psychiatrique (...) alors occasionnellement je prends des calmants (...)* »

E6 (3) « (...) *hun ech mer selwer en Rezept geschriwwen an sin mer et an d'Apdikt sichen gaangen (...) Cosentyx fir meng Schuppenflecht (...)* »

E11 (3) « *Je me prescris régulièrement le Tegretol parce que je suis épileptique (...)* »

En revanche, d'autres MG disent qu'ils ne le feraient jamais sans avoir pris l'avis d'un spécialiste car ils ne se sentent pas capables d'évaluer leur situation :

E2 (61) « *des médicaments antiépileptiques (...) je n'oserai jamais* »

E10 (50) « (...) *ech giff och niemols sou eppes wéi eng Antikierper-Therapie oder en Immunsuppressivum huelen ouni dat mat engem Spezialist geklärt ze hun (...)* »

E12 (56) « (...) *les anxiolytiques et les antidépresseurs des choses comme ça (...)* »

Une limite à l'AP est l'impossibilité de s'autocontrôler ou d'intervenir soi-même ; une consultation chez un spécialiste est alors requise. Ceci concerne entre autres les spécialités telles que la gynécologie, la psychiatrie, l'hématologie et l'oncologie :

E2 (52) « (...) *pour les pathologies où on ne peut pas contrôler soi-même... par exemple les problèmes cardiaques où il faut faire des échographies (...)* »

E5 (26) « (...) *hématologie jamais, cancérologie jamais (...)* »

E8 (21) « *Au niveau gynécologique, on est obligé de passer par là (...) il faut l'examen (...)* »

E12 (39) « (...) *le psychiatrique, je pense que c'est vraiment la principale, même si on pense s'analyser soi-même (...) être le thérapeute et la personne ça c'est justement à éviter (...) pour moi ce serait une limite (...)* »

La préférence de consulter un spécialiste et de suivre sa prescription est également liée à la gravité des pathologies lorsqu'il s'agit d'un contrôle avec un bilan, une prise en charge et une surveillance adaptée :

E2 (51) « (...) pour les pathologies chroniques au moins avoir une fois par an un avis de quelqu'un neutre qui contrôle (...) »
E4 (43) « (...) un méningiome donc là je ne suis pas compétent et c'est clair que là je me fie complètement au spécialiste (...) »
E12 (44) « (...) dans les maladies chroniques graves... où il faut quand même un suivi par un spécialiste (...) »

Certains facteurs qui limitent l'AP ont également été identifiés par Tanguy. Il s'agit de ceux liés à certains domaines de la médecine, à certains médicaments, à la nécessité de réaliser un acte technique, à la gravité de la maladie et à la chronicité d'une pathologie qui nécessite un suivi par confrère. (38) Quant à Machuelle, elle a mis en évidence les facteurs tels que l'incapacité à gérer, l'impossibilité de réaliser des bilans diagnostiques et paracliniques et les pathologies graves. (37)

1.4. Facteurs contribuant à la non-utilisation de l'auto-prescription

Avec la crainte de ne pas être capable d'évaluer une situation pathologique que les MG rencontrent, de se construire des idées fausses et par conséquent d'estimer incorrectement leurs besoins, l'AP est décrite comme présentant un risque potentiel lié à un manque d'objectivité et de distance.

Dans son étude qualitative, McKevitt montre que les médecins participants déclarent avoir des difficultés à interpréter leurs propres symptômes. (43) L'absence d'objectivité est également citée dans les travaux des thèses de Bonneau, de Lhote et de Machuelle. (41) (44) (37)

Du fait de ce manque d'objectivité, les MG participants redoutent de passer à côté d'un diagnostic par oubli de réaliser un test ou encore parce qu'ils se trouvent dans l'impossibilité de faire l'examen clinique.

Pour Richer, l'auto-prise en charge représente un risque de passer à côté d'un diagnostic qui peut être potentiellement important et d'un suivi adapté. (11)

Un autre risque de l'AP médicale soulevé par les MG de notre étude est de sous-estimer ou banaliser des symptômes, de poser un faux diagnostic ou encore de retarder le diagnostic par facilité et par peur de devoir se remettre en question.

La minimisation des symptômes et le déni sont identifiés par McKevitt comme un risque de produire des erreurs qui vont faire retarder le diagnostic, et par la suite, la prise en charge. (43) Bonneaudeau, Lhote et Machuelle abordent de même le retard de prise en charge par négligence des symptômes. (41) (44) (37)

En revanche, la surestimation des problèmes en prescrivant des médicaments non adaptés au diagnostic constitue un risque également à redouter dans l'AP :

E2 (66) « (...) *on peut se dire... ah je ne suis pas malade... ou être le contraire... être hypochondriaque et se prescrire trop de choses parce qu'on a peur (...)* »

E10 (43) « (...) *ech denken éischter dass een eppes ze vill wei eppes ze wéineg mescht wann een sech selwer behandelt (...)* »

E13 (27) « (...) *les autres risques sont de surprescrire, de mal prescrire (...)* »

Cette notion de dramatisation des symptômes est aussi soulignée par Bonneaudeau et par Machuelle. (41) (37)

Les effets secondaires liés à la prise d'un médicament auto-prescrit ainsi que l'inattention portée aux interactions médicamenteuses représentent des risques possibles de l'AP qui sont également associés au manque d'objectivité.

E4 (56) « (...) *j'avais essayé un inhibiteur calcique qui a fait un effet secondaire que je n'aimais pas (...)* »

E9 (44) « (...) *j'avais plus peur de les prendre parce que je me suis dit tu vas avoir un problème (...)* »

E10 (42) « (...) *dass een einfach bei sech selwer net oppasst, dass dat wat een anhëllt net zesommen passt (...)* »

Tanguy cite les effets secondaires comme des conséquences de l'AP. (38)

Pour finir, soulignons qu'une grande majorité des participants de notre étude évoque l'abus, l'addiction ou la dépendance à des médicaments tels que les psychotropes :

E2 (70) « (...) on peut avoir aussi recours à (...) des somnifères ou des anxiolytiques (...) et on a quand même un plus grand risque (...) on peut perdre le contrôle et tomber dans une dépendance (...) »

E5 (46) « Je crois vraiment qu'il y a des risques d'addiction (...) »

E9 (30) « Il y a toujours un risque d'abus (...) »

Dans leur revue de la littérature de 2001, Bennett et O'Donovan signalent que les médecins sont un groupe particulièrement à risque car l'abus de substance est présent par facilité d'accès aux médicaments, à cause d'un niveau élevé de stress lié au travail, ou encore par épuisement professionnel lié à des troubles du sommeil. (45) En 2014, Moberly met en évidence dans son étude les problèmes liés à l'AP d'anxiolytiques, d'antidépresseurs et d'antalgiques « forts » ciblés par le « Practitioner Health Programme », un service de santé pour médecins à Londres. (46)

1.5. Encadrement de l'auto-prescription : recommandations et pistes à considérer pour un encadrement de la prise en charge médicale des MG

Les MG interrogés suggèrent les recommandations suivantes : aller sans tarder consulter un autre MG ou un spécialiste ou encore aller à l'hôpital pour avoir un avis objectif, notamment en cas :

- d'aggravation d'un problème ou d'échec d'un traitement ;
- d'impression de ne pas être compétent dans un domaine, de ne pas pouvoir juger une situation et de ne pas s'y connaître assez ;
- de doute concernant un diagnostic ;
- de nécessité d'un examen clinique, d'examens complémentaires ou de traitements que les MG ne peuvent pas réaliser eux-mêmes ;
- de pathologie potentiellement dangereuse ou grave.

En ce qui concerne les freins à l'AP, les opinions des MG participants divergent. Pour les uns, il est inutile de mettre des freins à l'AP puisque les MG sont des professionnels auto-responsables qui peuvent se faire aider par un confrère :

E5 (85) « (...) rien (...) je crois que ce frein n'est pas nécessaire parce que je crois que chaque être humain, médecin ou non, est auto-responsable (...) »

E9 (50) « (...) mais je ne vois pas trop pourquoi (...) je crois qu'un médecin consciencieux est capable de se traiter soi-même (...) »

E11 (55) « (...) peut-être au début on fait vite, on prend un médicament et après on se dit ça ne va pas comme je voulais, on va changer ou on va demander à un confrère ou une consœur et donc on va déjà faire soi-même ces barrières (...) »

Pour d'autres, même s'ils reconnaissent les risques inhérents à l'AP, ils ne sont pas favorables à une modification de leurs habitudes car pour eux cela irait contre leur liberté de prescrire :

E1 (58) « also an mengen Aan as et deontologesch net verrietbar. »

Des méthodes alternatives existent pour se procurer des médicaments, soit par une prescription médicale faite par eux-mêmes au nom d'un membre de la famille, soit par une prescription demandée à un collègue ou à un membre de la famille qui est médecin :

E2 (101) « (...) si c'est juste la prescription (...) on peut toujours demander à un confrère sans qu'il t'examine (...) »

E5 (67) « (...) et comme on le sait tous : il y a des médecins qui prescrivent pour eux-mêmes sur un nom de leur famille (...) surtout des somnifères »

Par contre, dans le cadre de maladies chroniques et lourdes, il s'avère raisonnable de limiter l'AP médicale avec, par exemple, une consultation de suivi chez un spécialiste une fois par an.

Une restriction de certaines classes de médicaments et plus spécifiquement celles à potentiel abusif ou addictif, pourrait également être envisagée :

E5 (100) « (...) effectivement une limitation pour certaines classes de médicaments comme les benzos et les somnifères, je serai tout à fait d'accord (...) aussi naturellement les chimiothérapies (...) les stupéfiants sont également exclus (...) tous les antidouleurs de paliers 2 et 3 (...) carnet rose exclu et aussi la méthadone (...) et la ritaline »

E8 (51) « (...) *peut-être limiter juste à certaines classes de médicaments, mais alors il faudrait qu'il y ait un contrôle de la part de la CNS* »

Une limitation de certaines classes de médicaments a également été mentionnée par plusieurs médecins interrogés dans l'enquête menée par Tanguy. (38)

Pour finir, l'application d'une surveillance de la part de la CNS reste une question en suspens ; ce contrôle semble difficile à mettre en œuvre – et avec quelles conséquences ?

Pour faire face aux difficultés que les MG perçoivent dans la prise en charge médicale de leur santé, la mise en place d'une médecine du travail pour médecins libéraux a été approuvée par certains participants. Cette proposition d'une médecine du travail pour médecins libéraux avec un volet surtout préventif est aussi soulevée dans la thèse de Machuelle. (37) Cependant des divergences d'opinions subsistent.

D'un côté, certains participants estiment que ce serait une idée à recommander avec la possibilité de mise en place d'un rythme de consultation et d'une prise de sang pour obtenir une vue globale de leur santé, un suivi et une prévention adaptés :

E2 (109) « (...) *peut-être avant de s'installer, une fois être examiné et après est-ce que c'est en cas de besoin ou est-ce que c'est tous les 10 ans (...) peut-être donner un rythme avec la possibilité d'aller plus souvent (...)* »

E3 (124) « (...) *une certaine médecine du travail à titre préventif et avertissant (...) ce serait une possibilité (...)* »

E9 (54) « *Oui ce serait possible (...) pourquoi pas (...) donc une présentation tous les 3 ans chez un médecin avec analyse de sang (...)* »

E12 (73) « (...) *rien que pour les vaccins et pour se remettre un peu à l'ordre du jour, regarder si la chaise est bien et pour parler de la santé au travail (...)* »

De l'autre côté, le fait de recourir aux consultations de la médecine du travail devrait être soumis au libre choix des MG lorsqu'ils le jugent nécessaire ; celle-ci ne devrait pas devenir obligatoire :

E3 (126) « (...) *pas imposer des choses (...) on peut lui conseiller de faire mieux, de faire quelque chose pour sa santé (...)* »

E5 (115) « (...) je crois qu'il ne faut pas avoir d'obligation (...) je crois que ça doit rester libre (...) »

E11 (58) « (...) moi je ne verrais pas de médecine du travail pour les médecins libéraux (...) encore un contrôle de plus (...) »

La mission principale du médecin du travail pour médecins libéraux s'inscrirait ainsi dans une approche essentiellement préventive sans avoir le pouvoir de déclarer un médecin 'inapte au travail'.

Proposer la création de centres médicaux ou la mise en place de programmes d'aide pour les MG a été évoqué par un seul participant de notre enquête alors qu'ils existent dans d'autres pays. Par exemple à Barcelone, le programme d'aide intégrale pour le médecin malade (PAIMM) a vu le jour en 1998, créé par le Département de Santé et Sécurité Sociale de la Generalitat de Catalogne et le Service Catalan de Santé. Ce programme a comme objectif d'assister des médecins présentant des soucis psychologiques ou souffrant d'addictions. (10)

Au Canada, le programme d'aide aux médecins du Québec (PAMQ) et le programme de suivi administratif du Collège des médecins ont été lancés pour soutenir des médecins en difficulté. (10)

La « European Association for Physician Health » (EAPH) a été fondée pour améliorer la santé et le bien-être des médecins en partageant des recommandations de bonnes pratiques sur le traitement des médecins et en encourageant le développement de services de santé pour médecins. (47)

Des associations d'entraide confraternelle ont vu le jour à travers la France pour faciliter un accès aux soins par un accompagnement global pour médecins malades, comme par exemple :

MOTS (Médecin-Organisation-Travail-Santé); APSS (Association Pour les Soins aux Soignants) ; ARENE (Association Régionale d'Entraide du Nord Est) ; ASRA (Aide aux Soignants de Rhône-Alpes) ; ASSPC (Association Santé des Soignants en Poitou-Charentes) ; ERMB (Entraide Régionale des Médecins de Bretagne) ; AAPMS (Association d'Aide Professionnelle aux Médecins et Soignants) qui a instauré un numéro unique d'appel, en service 24h/24 et 7j/7, afin de garantir une assistance téléphonique pour des médecins en difficultés. (47)

En Grande-Bretagne, des services similaires sont proposés avec entre autres le « *National Counselling Service for Sick Doctors* » ainsi que le « *BMA 24 hour stress counselling service* ». (48)

Ces réalisations pourraient être des éléments propices aux principes de base à un encadrement de la prise en charge médicale des MG en leur donnant la possibilité de s'adresser à des professionnels de santé spécialement formés à la prise en charge de patients qui sont médecins, c'est-à-dire en tenant compte de leurs spécificités. Se pose alors la question du contenu pédagogique d'une telle formation et des compétences que devraient acquérir ces professionnels de santé. En France, un Diplôme Inter-Universitaire (DIU) « *soigner les soignants* » a été mis en place en 2015 avec pour mission de « *professionnaliser l'expérience de terrain des médecins d'ores et déjà impliqués dans l'entraide confraternelle* ». (47)

Dans l'esprit de l'adage « il vaut mieux prévenir que guérir », une sensibilisation aux risques liés à l'AP devrait être mise en place auprès des étudiants à la faculté de médecine afin qu'ils prennent conscience de l'importance d'avoir recours à un tiers en cas de problème de santé.

Le recours à un professionnel de santé permet de fournir une approche globale et objective, et de faire bénéficier au médecin-patient une prise en charge et une aide appropriée :

E2 (92) « (...) je pense que ce serait plus judicieux en tant qu'étudiant par exemple de parler de ce sujet (...) d'alerter les futurs médecins (...) d'éduquer un peu les médecins au lieu de contrôler s'ils font de l'auto-prescription ou non (...) »

E2 (98) « (...) je pense que c'est plus important que le médecin lui-même veuille s'occuper de soi-même par le moyen d'être surveillé aussi par d'autres médecins (...) »

La diffusion des risques liés à l'AP et la manière de les identifier, les gérer et les diminuer sont également préconisées dans les travaux publiés par Field et Haslam en 2008 et par Moberly en 2014. (49) (46)

Dans cette perspective, l'initiative « *Dis doc, t'as ton doc ?* » qui a été mise en place par le collège français des anesthésistes réanimateurs en 2017, fait partie d'une stratégie nationale de la qualité de vie au travail.

Cette campagne d'informations qui a pour but de réduire le recours à l'auto-diagnostic et à l'AP, avait comme objectif de sensibiliser les médecins à la nécessité :

- de trouver un équilibre entre vie professionnelle et vie privée ;
- de maintenir un suivi médical ;
- de déclarer un médecin traitant qui devrait être consulté régulièrement. (47)

En Grande-Bretagne, le GMC a publié des conseils officiels, nommés « *guidance* », dans lesquels il suggère aux médecins, à côté du fait de ne pas devoir s'auto-prescrire, d'avoir un médecin traitant pour faire coordonner les aspects préventifs au traitement des maladies avérées dans une approche orientée vers une prise en charge globale. (46) (50)

L'ensemble de ces pistes met à jour le besoin de mesures d'encadrement de l'AP médicale.

Elles montrent également l'importance de poursuivre ce travail de réflexion vers une meilleure identification et compréhension des besoins et des attentes des médecins généralistes concernant la prise en charge médicale de leur santé.

2. Forces et limites de l'étude

2.1. Forces de l'étude

À notre connaissance, aucune étude concernant l'AP des MG n'a été menée au Luxembourg, une problématique importante au regard des conséquences que l'AP peut engendrer. Le but de notre travail d'étude a été d'analyser les pratiques et les expériences des MG.

La méthode choisie a été celle d'une étude qualitative car elle s'avère être appropriée pour atteindre les objectifs de l'étude. En effet, une étude qualitative permet d'explorer les attitudes, les habitudes et le comportement déclarés ainsi que d'investiguer les opinions, les ressentis et le vécu exprimés.

Une analyse qualitative tente d'identifier et de comprendre, par opposition à une étude quantitative qui tente d'évaluer par des analyses statistiques et de mesurer les facteurs qui interviennent dans un problème médico-social.

La répartition des genres a été relativement équitable avec une contribution de 7 femmes pour 6 hommes.

Le lieu des entretiens a été choisi par les médecins participants pour leur permettre d'être à l'aise, confortablement installé et de se trouver dans un lieu familier, ce qui facilite l'expression et libère la parole. Par ailleurs, la langue avec laquelle les entretiens ont été menés, a également été choisie par les médecins participants pour leur permettre de s'exprimer avec aisance.

La retranscription des entretiens a été réalisée dans les 48 heures après les entretiens pour limiter un éventuel biais de mémorisation avec un risque de perte de données.

L'enquête a été poursuivie jusqu'à obtention de la saturation des données, ce qui a été le cas après 12 entretiens et a été confirmé par un 13^e entretien.

Une supervision de l'élaboration du guide d'entretien et un contrôle de l'analyse de contenu ont été réalisés par une sociologue médicale pour assurer une validation des résultats et pour limiter un biais d'interprétation.

2.2. Limites de l'étude

La méthode « boule de neige » qui a été utilisée pour le recrutement des médecins, a pu présenter un biais. En effet, les participants désignés par d'autres participants avaient peut-être des points de vue et des valeurs identiques à ceux des médecins qui les ont proposés.

Lorsqu'on observe les caractéristiques sociodémographiques des médecins participants (*tableau 1*), un second biais de recrutement semble exister. Le recrutement des MG des cinq régions du pays avait pour but d'obtenir une répartition géographique équitable.

Cependant seul un médecin de la région Ouest a été volontaire et a donné son consentement. En revanche, quatre médecins de la région Nord ont accepté de participer à l'enquête. Ce sont les aléas du recours au volontariat.

De plus, comme seuls étaient inclus les médecins installés depuis au moins dix ans, la probabilité de recruter des médecins avec une certaine expérience, mais aussi davantage de problèmes de santé était plus élevée. Notre travail s'est donc centré sur une population d'âge moyen de 55 ans. Une étude future sur les pratiques des jeunes médecins serait dès lors intéressante.

Un élément qui a pu représenter un biais d'investigation est le fait que l'enquêtrice n'a pas d'expérience antérieure à cette étude qualitative dans le domaine de la recherche, ce qui a pu occasionner un manque de rigueur dans la méthodologie, raison pour laquelle elle a été supervisée par une sociologue médicale.

L'AP étant un sujet qui concerne la santé des médecins, un thème très personnel et intime, il se peut qu'il existe un manque de sincérité dans les réponses obtenues car les médecins participants étaient peut-être gênés de parler de leurs problèmes de santé les concernant. En outre, la présence du dictaphone et du téléphone portable a pu intimider les médecins interrogés, même si l'assurance de l'anonymat a été donnée.

Des facteurs liés aux lieux d'entretiens ont également pu impacter la qualité des discours. Ainsi, lors de quelques entretiens il y a eu des coupures par des appels téléphoniques auxquels les médecins ont dû répondre. Enfin, la pression de respecter les horaires des prochaines consultations a également pu être une raison pour les médecins de rester brefs dans leurs réponses.

Pour finir, pendant la retranscription des entretiens, certains passages ont pu poser des problèmes de compréhension liés à l'acoustique ou l'articulation des médecins participants.

V. CONCLUSION

Le but de ce travail d'étude a été d'investiguer le vécu et les ressentis des médecins généralistes installés au Luxembourg sur les pratiques d'auto-prescription médicale concernant leur santé physique et mentale.

L'analyse de leurs opinions a montré que l'AP est essentiellement utilisée par facilité et par manque de temps, mais également parce que les participants estiment avoir les connaissances requises pour établir un diagnostic à partir de symptômes simples et aigus ainsi que pour réaliser un suivi de leurs problèmes de santé. Ces pratiques sont réalisées avec la même approche que celle utilisée pour leurs patients ; il s'agit de s'auto-examiner avant de poser un diagnostic et avant de s'auto-prescrire. À cela s'ajoute la volonté de préserver leur intimité et d'éviter de déranger un confrère.

Cependant, des risques concrets liés à cette pratique existent. Ils sont principalement issus d'une impossibilité à évaluer leur propre santé de manière objective. De ce fait, un retard de diagnostic ou de prise en charge par sous-estimation des problèmes ou par banalisation des symptômes est inhérent à la démarche. À ces risques s'ajoutent l'abus ou la dépendance à un médicament auto-prescrit sans contrôle.

Des suggestions ont été formulées par les MG participants pour mieux gérer l'auto-prescription médicale. Il s'agit de consulter un confrère en cas de doute, d'aggravation d'un problème ou d'échec d'un traitement, en cas de crainte de ne pas être à même d'évaluer un problème, en cas de pathologies potentiellement graves ou en cas de nécessité d'un examen clinique, d'examens complémentaires ou de traitements que les MG ne peuvent pas réaliser eux-mêmes.

Les pistes de réflexion à considérer en vue d'un encadrement de l'auto-prescription médicale portent sur les thèmes suivants :

- Mise en place d'un frein à l'auto-prescription notamment pour les médicaments à potentiel abusif ou addictif ;
- Installation d'une médecine du travail essentiellement à titre préventif mais à fréquenter sur base volontaire par les MG ;
- Sensibilisation des étudiants en médecine et des médecins aux risques inhérents à l'auto-prescription ;
- Promotion de la santé des médecins avec la proposition d'une assistance aux médecins malades ou en difficultés.

La mise en place de mesures d'encadrement de l'auto-prescription médicale est une tâche complexe à mettre en œuvre devant impliquer tous les acteurs concernés ; des études complémentaires sont à envisager. Elles pourraient avoir comme but d'analyser les besoins et les attentes des médecins à propos de la prise en charge médicale de leur santé.

BIBLIOGRAPHIE

1. Benkhadra K, Adusumalli J, Rajjo T, Hagen PT, Wang Z, Murad MH. A survey of health care needs of physicians. *BMC Health Serv Res*. 2016 Sep 6;16(1):472.
2. Montgomery A, Bradley C, Rochfort A, Panagopoulou E. A review of self-medication in physicians and medical students. *Occupational medicine (Oxford, England)*. 2011 Jul 4; 61:490–7.
3. Forsythe M, Calnan M, Wall B. Doctors as patients: postal survey examining consultants and general practitioners adherence to guidelines. *BMJ*. 1999 Sep 4;319(7210):605–8.
4. Rosvold EO, Bjertness E. Illness behaviour among Norwegian physicians. *Scand J Public Health*. 2002 Apr; 30(2):125–32.
5. Christie JD. Prescription Drug Use and Self-prescription Among Resident Physicians. *JAMA*. 1998 Oct 14;280(14):1253.
6. Kay M, Mitchell G, Clavarino A, Doust J. Doctors as patients: a systematic review of doctors' health access and the barriers they experience. *Br J Gen Pract*. 2008 Jul 1;58(552):501–8.
7. Thompson WT, Cupples ME, Sibbett CH, Skan DI, Bradley T. Challenge of culture, conscience, and contract to general practitioners' care of their own health: qualitative study. *BMJ*. 2001 Sep 29;323(7315):728–31.
8. McKeivitt C, Morgan M, Dundas R, Holland WW. Sickness absence and 'working through' illness: a comparison of two professional groups. *Journal of Public Health*. 1997 Sep 1;19(3):295–300.
9. Oxtoby K. Why doctors don't take sick leave. *BMJ*. 2015 Dec 9;h6719.
10. Leriche B, Biencourt M, Bouet P, Carton M, Cressard P, Faroudja JM. Le médecin malade. Rapport de la Commission nationale permanente adopté lors des Assises du Conseil National de l'Ordre des Médecins. 2008 Jun. Disponible sur : <http://www.departement-information-medicale.com/wp-content/uploads/2008/10/lemedecinmalade.pdf>
11. Richer S. Should family physicians treat themselves or not? *Can Fam Physician*. 2009 Aug;55(8):781–2.

12. Lettre de Voltaire à Monsieur le Comte Argental. 1767 Nov 6. Disponible sur : <http://www.monsieurdevoltaire.com/2015/06/correspondance-annee-1767-partie-54.html>
13. Mourgues JM, Le Breton-Lerouvillois G. La santé des étudiants et jeunes médecins. Commission jeunes médecins – section santé publique et démographie médicale. Édito. Conseil National de l'Ordre des Médecins. 2016. Disponible sur : https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/rapport/1u012ze/sante_et_jeunes_medecins.pdf
14. Allibone A, Oakes D, Shannon HS. The health and health care of doctors. *J R Coll Gen Pract.* 1981 Dec;31(233):728–34.
15. Desprès P. et Grimbert I., Lemery B. et Bonnet C., Aubry C. et Colin C. Santé physique et psychique des médecins généralistes. Etudes et résultats N° 731. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES). 2010 Jun. Disponible sur : <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/er731.pdf>
16. CARMF. De quelles affections souffrent les médecins bénéficiaires du régime invalidité-décès ? 2022 Apr. Disponible sur : [http://www.carmf.fr/page.php?page=chiffrescles/stats/2022/nature-affections.htm#:~:text=M%C3%A9decins%20invalides,canc%C3%A9reuses%20\(11%2C49%20%25\).](http://www.carmf.fr/page.php?page=chiffrescles/stats/2022/nature-affections.htm#:~:text=M%C3%A9decins%20invalides,canc%C3%A9reuses%20(11%2C49%20%25).)
17. Assemblée Médicale Mondiale. Déclaration de Genève. Adoptée par la 2e Assemblée Générale, Genève, Suisse, Septembre 1948, révisée par la 22e Assemblée Médicale Mondiale, Sydney, Australie, Août 1968, la 35e Assemblée Médicale Mondiale, Venise, Italie, Octobre 1983, la 46e Assemblée générale, Stockholm, Suède, Septembre 1994, la 170e Session du Conseil, Divonne-les-Bains, France, Mai 2005, la 173e Session du Conseil, Divonne-les-Bains, France, Mai 2006, la 68e Assemblée générale, Chicago, Etats-Unis, Octobre 2017, et (dans sa version française uniquement) par la 71e Assemblée générale de l'AMM (en ligne), Cordoue, Espagne, Octobre 2020. Disponible sur : <https://www.wma.net/fr/policies-post/declaration-de-geneve/>
18. WONCA Europe. The European definition of general practice/family medicine. 2002 Mar 2. Disponible sur : https://dumg.univ-paris13.fr/IMG/pdf/definition_europeenne_de_la_medecine_generale_-_wonca_2002.pdf

19. British Medical Association. Ethical responsibilities in treating doctors who are patients. Guidance from the BMA Medical Ethics Department. 2010 Jan. Disponible sur : <https://www.bradfordvts.co.uk/wp-content/onlineresources/looking-after-ourselves/doctors-as-patients/doctors%20who%20are%20patients%20-%20bma%20guidance.pdf>
20. OECD/European Union (2022), Health at a Glance: Europe 2022: State of Health in the EU Cycle, OECD Publishing, Paris, <https://doi.org/10.1787/507433b0-en>.
21. Memorial. Journal Officiel du Grand-Duché de Luxembourg. Code de déontologie médicale. Arrêté ministériel du 1er mars 2013 approuvant le Code de déontologie des professions de médecin et de médecin-dentiste édicté par le Collège médical. 2013 Mar 13. Disponible sur : <https://data.legilux.public.lu/filestore/eli/etat/leg/memorial/2013/a47/fr/pdf/eli-etat-leg-memorial-2013-a47-fr-pdf.pdf>
22. Code de Santé Publique. Partie réglementaire. Quatrième partie : Professions de santé. Livre Ier : professions médicales. Titre II : Organisation des professions médicales. Chapitre VII : Déontologie. Section 1 : code de déontologie médicale. Sous-section 1 : Devoirs généraux des Médecins. Article 4127-8. Modifié par Décret n°2012-694 du 7 mai 2012 - art. 1. Disponible sur : https://www.legifrance.gouv.fr/codes/section_lc/LEGITEXT000006072665/LEGISCTA000006190547/
23. General Medical Council. Good practice in prescribing and managing medicines and devices. Published 2013 Jan. Updated 2022 Mar. Disponible sur : https://www.gmc-uk.org/-/media/documents/prescribing-guidance-updated-english-20210405_pdf-85260533.pdf
24. Éditeur officiel du Québec. Code de déontologie des médecins du Québec, Canada. RLRQ chapitre M-9, r.17, article 70. 2017 Feb 16. Disponible sur : <https://www.legisquebec.gouv.qc.ca/fr/pdf/rc/M-9,%20R.%2017%20.pdf>
25. American Medical Association (AMA). Code of Medical Ethics. Disponible sur: <https://code-medical-ethics.ama-assn.org/sites/default/files/2022-08/1.2.1.pdf>
26. Chabot JM, Sibilia J. Démographie des professions de santé : historique et perspective. *Rev Prat.* 2020;70(3):259-263. Disponible sur : <https://www.larevuedupraticien.fr/article/demographie-des-professions-de-sante-historique-et-perspective>

27. Institut national de la statistique et des études économiques du Grand-Duché de Luxembourg (STATEC). Population par nationalités détaillées au 1^{er} janvier. 2022 Apr. Disponible sur : [https://lustrat.statec.lu/vis?fs\[0\]=Th%C3%A8mes%2C1%7CPopulation%20et%20emploi%23B%23%7CEtat%20de%20la%20population%23B1%23&pg=0&fc=Th%C3%A8mes&df\[ds\]=ds-release&df\[id\]=DF_B1113&df\[ag\]=LU1&df\[vs\]=1.0&pd=2015%2C2022&dq=](https://lustrat.statec.lu/vis?fs[0]=Th%C3%A8mes%2C1%7CPopulation%20et%20emploi%23B%23%7CEtat%20de%20la%20population%23B1%23&pg=0&fc=Th%C3%A8mes&df[ds]=ds-release&df[id]=DF_B1113&df[ag]=LU1&df[vs]=1.0&pd=2015%2C2022&dq=).
A
28. Institut national de la statistique et des études économiques (Insee). Estimations de population. Population au 1^{er} janvier. 2023 Jan 17. Disponible sur : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1893198>
29. Inspection générale de la sécurité sociale. Rapport général sur la sécurité sociale 2022. 2022 Dec. Disponible sur : <https://igss.gouvernement.lu/dam-assets/publications/rapport-g%C3%A9n%C3%A9ral-sur-la-s%C3%A9curit%C3%A9-sociale/rg-2022.pdf>
30. Collège Médical. Professionnels inscrits. Médecine Générale. 2023. Disponible sur : <http://www.collegemedical.lu/Fr/Professionnels/default.asp?Type=107>
31. Baumann M, Urbé R. Luxembourg: consultations with a view to developing a National Health Plan and strengthening the resilience of the healthcare system. ESPN Flash Report 2022/42. 2022 Jun. European Social Policy Network (ESPN). Brussels, European Commission.
32. Bryman A. Social research methods. 4th Edition. Oxford University Press. 2012.
33. Chen JY, Tse EY, Lam TP, Li DK, Chao DV, Kwan CW. Doctors' personal health care choices: A cross-sectional survey in a mixed public/private setting. BMC Public Health. 2008 May 28;8:183.
34. Stepowski C. L'auto-prescription médicamenteuse des médecins généralistes et ses déterminants en Haute-Normandie. Thèse Méd. Rouen; 2011.
35. Davidson SK, Schattner PL. Doctors' health-seeking behaviour: a questionnaire survey. Medical Journal of Australia. 2003 Sep;179(6):302–5.
36. Schulz S, Einsle F, Schneider N, Wensing M, Gensichen J. Illness behaviour of general practitioners—a cross-sectional survey. OCCMED. 2017 Jan;67(1):33–7.
37. Machuelle L. Comment les médecins généralistes du Nord-Pas-De-Calais prennent-ils en charge leurs problèmes de santé ? Thèse Méd. Lille ; 2015

38. Tanguy F. L'auto-prescription médicamenteuse chez les médecins. Etude qualitative par entretiens semi-directifs auprès de 11 médecins généralistes breilliens. Thèse Méd. Rennes ; 2017.
39. Pullen D, Cam DE, Doughty MV, Lonie CE, Lyle DM. Medical care of doctors. *Medical Journal of Australia*. 1995 May;162(9):481–4.
40. Chambers R, Belcher J. Self-reported health care over the past 10 years: a survey of general practitioners. *Br J Gen Pract*. 1992 Apr;42(357):153–6.
41. Bonneaudeau S. Le médecin malade: un patient comme les autres ? Thèse Méd. Paris Diderot; 2011.
42. Galvan M, Dal Pai D, Echevarría-Guanilo M. Self medication among health professionals. *REME : Revista Mineira de Enfermagem*. 2016 Jan 1;20.
43. McKeivitt C, Morgan M. Illness doesn't belong to us. *J R Soc Med*. 1997 Sep;90(9):491–5.
44. Lhote M. Soigner un médecin malade : quelles spécificités ? : étude qualitative auprès de médecins franciliens. Thèse Méd. Paris Diderot; 2011.
45. Bennett J, O'Donovan D. Substance misuse among health care workers. *Current Opinion in Psychiatry*. 2001 ; 14:195199.
46. Moberly, T. (2014). Physician, don't heal thyself: the perils of self prescribing. *BMJ*, 349(dec08 1), g7401–g7401. doi:10.1136/bmj.g7401.
47. Bouet P. La santé des médecins : un enjeu majeur de santé publique. Du diagnostic aux propositions. Conseil National de l'Ordre des Médecins. 2018. Disponible sur : https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/cnom-sante_medecins-2017.pdf
48. Oxley J, Brandon S. Getting help for sick doctors. *BMJ*. 1997 May 17;314(7092):S2.
49. Field R, Haslam D. Do you have your own doctor, doctor? Tackling barriers to health care. *Br J Gen Pract*. 2008 Jul 1;58(552):462–4.
50. Kay MP, Mitchell GK, Del Mar CB. Doctors do not adequately look after their own physical health. *Medical Journal of Australia*. 2004 Oct;181(7):368–70.

ANNEXES

Annexe 1 : Lettre d'informations

Introduction :

Je m'appelle Anouk REIFF et je suis actuellement médecin en voie de spécialisation (MEVS) au Luxembourg en 3^e année de médecine générale. Dans le cadre de ma thèse, que je réalise en collaboration entre l'Université du Luxembourg et la Faculté de Médecine de Nancy de l'Université de Lorraine, je sollicite votre participation à mon étude qualitative ayant comme titre « L'autoprescription chez les médecins généralistes au Luxembourg : pratiques, limites et risques ».

Les objectifs de ce travail :

- 1) analyser les facteurs qui interviennent dans la pratique d'autoprescription des médecins généralistes dans le cadre de leur prise en charge médicale ;
- 2) identifier les limites et les risques liés à cette pratique.

Réalisation :

Selon la méthode qualitative, des entretiens individuels seront réalisés durant lesquels des questions vous seront posées concernant votre expérience personnelle en matière d'autoprescription.

Après votre consentement, l'entretien sera réalisé suivant vos disponibilités et dans les locaux choisis par vos soins et durera entre 15 et 25 minutes. Pour faciliter l'analyse ultérieure, l'entretien sera enregistré à l'aide d'un dictaphone et/ou d'un téléphone portable de façon anonyme (aucun nom de lieu ou de personne ne sera cité).

Afin d'obtenir un profil des médecins participants, une fiche des caractéristiques sociodémographiques vous sera remise en début d'entretien et sera ensuite saisie de façon confidentielle.

Traitement des données recueillies :

Les enregistrements seront retranscrits de façon anonyme et confidentielle et seront détruits dans les 48 heures après leur retranscription. Les transcriptions seront gardées de façon sécurisée.

L'analyse des données sera réalisée en collaboration avec Madame le Professeure Emérite Michèle Baumann, sociologue médicale et experte en santé publique à l'Université du Luxembourg.

Les résultats anonymisés de l'étude seront utilisés dans le cadre de ma thèse et peuvent éventuellement être publiés dans une revue scientifique.

Annexe 2 : Formulaire de consentement éclairé

Je soussigné(e) Dr _____, confirme avoir lu et compris les informations ci-dessus.

Je confirme avoir eu la possibilité de poser toutes mes questions à ce sujet.

Je suis d'accord de participer à l'étude, de façon anonyme et confidentielle.
Je comprends que ma participation est basée sur le volontariat et sans rémunération.

Je donne mon consentement à l'enregistrement et à la transcription de l'entretien.

Je donne mon consentement à l'utilisation anonyme des données recueillies et de citations issues de l'entretien pour la thèse ou à des fins d'une publication scientifique.

Je donne mon consentement que mes données personnelles soient traitées de façon anonyme et confidentielle, selon la législation en vigueur concernant la protection des données personnelles.

Je comprends que je suis libre de quitter l'étude à n'importe quel moment et de retirer mon consentement, sans avoir à fournir d'explication. Le retrait du consentement ne compromet pas la licéité du traitement fondé sur le consentement effectué avant ce retrait.

Fait à _____, le ____ / ____ / _____

Signature du participant :

Annexe 3 : Fiche des caractéristiques sociodémographiques

Genre ?

- Masculin
- Féminin

Âge (en années) ?

Nombre d'années d'exercice en médecine générale ?

Type de cabinet ?

- Seul
- En groupe

Lieu d'exercice (région) ?

- Nord
- Centre
- Sud
- Est
- Ouest

Avez-vous un médecin traitant autre que vous-même ?

- Oui
- Non

Si oui, s'agit-il de :

- Un ami
- Un membre de la famille
- Une autre personne avec laquelle vous n'avez pas de relation personnelle ?

Dans quelles situations utilisez-vous l'autoprescription ?

▪ Pathologies aiguës ?

- Oui
- Non

▪ Maladies chroniques ?

- Oui
- Non

▪ Suivi ?

- Oui
- Non

▪ Prévention ?

- Oui
- Non

Quand utilisez-vous l'autoprescription ?

▪ Médicaments ?

- Oui
- Non

▪ Examens complémentaires (biologie, imagerie) ?

- Oui
- Non

▪ Kinésithérapie ?

- Oui
- Non

▪ Renouvellement d'ordonnance vous ayant éventuellement été prescrite par un confrère spécialiste ?

- Oui
- Non

**MERCI POUR VOTRE
COLLABORATION**

Annexe 4 : Guide d'entretien

Bonjour, je vous remercie d'avoir accepté de réaliser cet entretien dans le cadre de ma thèse qui s'intéresse à la pratique d'autoprescription chez les médecins généralistes au Luxembourg – l'autoprescription étant une prescription médicale qu'un médecin se fait à lui-même ; nous ne parlerons donc pas des prescriptions qu'un médecin ferait éventuellement à sa famille.

Pour rappel, les objectifs de cette étude sont :

- 1) d'analyser les facteurs qui interviennent dans la pratique d'autoprescription des médecins généralistes dans le cadre de leur prise en charge médicale ;
- 2) d'identifier les limites et les risques liés à cette pratique.

Si vous êtes d'accord, nous allons commencer.

- Pouvez-vous me raconter votre dernière pratique d'autoprescription ?
- Donnez-moi 3 raisons qui vous amènent à utiliser l'autoprescription plutôt que de consulter un confrère / médecin traitant ?
- Quels sont, selon vous, les avantages de l'autoprescription ?
- Quels sont les médicaments ou les domaines de la médecine pour lesquels vous vous autoprescrivez ? Donnez-moi des exemples.
- Quelles sont les craintes ou hésitations que vous avez eu avant de vous autoprescrire ?

- A l'inverse, donnez-moi 3 raisons qui vous amènent à consulter un confrère / médecin traitant plutôt que de pratiquer l'autoprescription ?
- Quels sont, selon vous, les inconvénients, limites ou risques de la pratique d'autoprescription ?
- Quels sont les médicaments ou les domaines de la médecine pour lesquels vous ne vous autoprescrivez pas ? Donnez-moi des exemples.
- Quels sont les effets secondaires ou les complications de l'autoprescription que vous avez déjà vécu personnellement ?

- Que pensez-vous de la mise en place d'un frein à l'autoprescription ? Comment cela pourrait-il se mettre en place ?

- Que pensez-vous de la mise en place d'une médecine du travail pour médecins libéraux ? Selon vous, comment devrait-elle être mise en place au Luxembourg ?

Je vous remercie du temps que vous m'avez consacré et de votre participation.

Annexe 5 : Grille d'analyse

L'auto-prescription chez les médecins généralistes au Luxembourg : pratiques, limites et risques

Objectifs d'étude ont été :

- 1) d'analyser les facteurs qui interviennent dans la pratique d'auto-prescription des médecins généralistes (MG) ;
- 2) d'identifier les limites et les risques liés à cette pratique ;
- 3) de proposer des recommandations pour encadrer la prise en charge de leur santé.

Les dimensions A et B répondent à l'objectif 1. Les dimensions C, D et E répondent à l'objectif 2. Les dimensions F et G répondent à l'objectif 3.

Dimension A : Critères médicaux qui facilitent les pratiques d'auto-prescription médicale et les moyens utilisés	
Items	Verbatim
L'auto-prescription médicale est utilisée pour des syndromes simples (ex : toux, rhume, douleur) aigus (durée environ 3 jours) et pour répondre à un besoin (ex : prescrire des semelles orthopédiques).	<p>E1 (3) « <i>Dat ass déi Geschicht mat der Schëller.</i> »</p> <p>E2 (6) « <i>J'avais fait une infection pulmonaire et là j'ai pris des antibiotiques (...)</i> »</p> <p>E2 (28) « <i>(...) entorse je vais m'auto-prescrire ibuprofène ou prendre Voltaren Gel (...) pour des tendinites (...)</i> »</p> <p>E2 (29) « <i>(...) syndromes grippaux simples (...) si j'ai une toux, un rhume (...)</i> »</p> <p>E2 (30) « <i>(...) gastro, je pense que j'auto-prescrirai (...)</i> »</p> <p>E2 (31) « <i>(...) les choses faciles qui sont à mon avis pas dangereuses... qui ne peuvent pas me mettre en risque (...) où j'ai l'impression que c'est quelque chose de banal (...) surtout pour les choses qui sont aiguës et pas chroniques (...)</i> »</p> <p>E2 (50) « <i>ce sont des choses aiguës qui durent trois jours et puis c'est fini (...)</i> »</p> <p>E3 (63) « <i>(...) utiliser un antihistaminique contre une allergie je ne vois pas de problème (...)</i> »</p> <p>E3 (66) « <i>(...) diarrhée simple ou une gastro-entérite, je ferai de l'automédication (...)</i> »</p> <p>E5 (17) « <i>(...) état grippal... les infections qui sont urinaires (...)</i> »</p> <p>E5 (27) « <i>(...) je me prescrirais des semelles orthopédiques (...)</i> »</p> <p>E6 (12) « <i>(...) Bobologie, wann ee lo bëssen ze vill de Schnapp huet (...) oder en Houschtsirop oder eppes géint de Wéi wann een eng Sportsverletzung huet (...)</i> »</p> <p>E7 (3) « <i>Pour ma maladie de COVID je me suis administrée du paracétamol et des anti-inflammatoires et un antitussif (...) j'ai utilisé les échantillons sinon j'aurais fait une prescription</i> »</p>

	<p>E8 (6) « (...) <i>quand ce sont des petites choses, des petits soucis (...)</i> » E10 (3) « (...) <i>wéinst enger Erkältung a well ech eng chronesch Bronchite hunn brauch ech, wann ech mech erkalen, oft en Inhalateur (...)</i> » E10 (6) « (...) <i>akut Zoustänn, wann eppes wéi deet oder wann ech erkaalt sinn (...)</i> » E10 (7) « (...) <i>Migrän kéint mol sinn (...)</i> » « (...) <i>wann et ganz haart op haart kennt an ech brauch en Antibiotique (...)</i> » E12 (3) « (...) <i>c'était les choses normales comme du paracétamol, l'ibuprofène, et justement du Tobrex pour une conjonctivite (...)</i> » E12 (6) « (...) <i>s'il s'agit de choses aiguës non compliquées (...)</i> » E12 (48) « (...) <i>je me dis quand même qu'on peut être son médecin généraliste tant que ça reste simple (...)</i> »</p>
<p>Les classes de médicaments qui sont utilisées dans l'auto-prescription médicale sont : les antalgiques, anti-diarrhéiques, antiémétiques, vitamine D, antibiotiques, inhalateurs, antidiabétiques, anti-hypertenseurs, hypolipémiants, immunosuppresseurs, anti-épileptiques, antihistaminiques, pharmacie de voyage, crèmes contre l'eczéma, contre des mycoses ou contre la couperose, collyres, la contraception, antitussifs, sprays nasaux.</p>	<p>E1 (14) « <i>éventuellement en Anti-douleur.</i> » E1 (17) « <i>Normal Saachen wéi Dafalgan oder Ibuprofen, eventuell en Anti-diarrhée also den Tiorfix zum Beispill oder en Antiémétique.</i> » E2 (4) « (...) <i>la vitamine D si ça compte (...)</i> » E2 (9) « (...) <i>j'avais d'abord une bronchite donc je me suis autoprescrit le Seretide (...)</i> ça s'est aggravé... <i>j'ai pris l'Augmentin (...)</i> » E3 (3) « (...) <i>à visée diabétique (...)</i> » E3 (17) « (...) <i>des médicaments à visée cardiaque (...)</i> » E3 (22) « <i>l'Ozempic ou semaglutide injectable une fois par semaine</i> » E3 (23) « <i>à visée cardiaque il y a le Nobiten et l'Eliquis</i> » E3 (69) « (...) <i>je me prescris de temps en temps des antalgiques mais très rarement (...)</i> il m'arrive de <i>prescrire une boîte d'ibuprofène (...)</i> je <i>prescris parfois du paracétamol (...)</i> » E4 (3) « <i>mon médicament contre l'hypertension</i> » E4 (21) « <i>Je prends donc Atacand et Nobiten (...)</i> ah oui <i>la vitamine D</i> » E4 (24) « (...) <i>le Spidifen ou ibuprofène pour de temps en temps des douleurs (...)</i> » E5 (3) « (...) <i>je me suis prescrit moi-même un Artechol Free et un Sofrasolone spray (...)</i> » E5 (38) « (...) <i>si mon gynéco était en congé j'aurai aussi fait en gynécologie une auto-prescription (...)</i> » E6 (3) « (...) <i>hunn ech mer selwer en Rezept geschriwwen a si mer et an d'Apdikt siche gaangen (...)</i> <i>Cosentyx fir meng Schuppenflecht (...)</i> » E7 (10) « <i>Tout ce qui est anti-douleur, tout ce qui est infectieux dans un premier temps, tout ce qui touche à la médecine générale au sens le plus large</i> »</p>

	<p>E8 (3) « (...) une prescription pour un collyre pour une conjonctivite (...) »</p> <p>E8 (13) « Des antidouleurs... du paracétamol... puis pour des problèmes de peau, parfois de l'eczéma ou des petites mycoses au niveau du pied (...) »</p> <p>E8 (37) « (...) je me suis déjà prescrit des antibiotiques pour des sinusites (...) »</p> <p>E9 (3) « (...) je me suis autoprescrit l'amlodipine et le Coversyl pour la tension artérielle (...) »</p> <p>E9 (14) « (...) du Dafalgan de temps en temps, parce que j'ai mal au dos (...) »</p> <p>E9 (38) « (...) peut-être un anti-inflammatoire de temps en temps si j'ai mal au dos (...) »</p> <p>E10 (14) « (...) en Inhalateur, en Symbicort oder en Seretide (...) ganz seele mol en Antibiotique oder klassesch Schmerzmittel oder Erkältungsmedikamenter (...) »</p> <p>E11 (3) « Je me prescris régulièrement le Tegretol parce que je suis épileptique (...) et le Nexiam pour un reflux gastro-œsophagien (...) »</p> <p>E11 (16) « (...) pour la pharmacie de voyage, le Bellozal, (...) l'Avamys (...) tous les médicaments pour les problèmes d'allergie (...) »</p> <p>E11 (17) « (...) les antibiotiques au besoin (...) » « (...) tout ce qui est Dafalgan, Motilium, Imodium, Buscopan (...) »</p> <p>E11 (18) « (...) les anti-inflammatoires pour les problèmes d'articulations (...) »</p> <p>E12 (13) « (...) des antalgiques (...) les myorelaxants (...) »</p> <p>E12 (19) « (...) la vitamine D ça je me prescris (...) » « (...) des crèmes par exemple la fucidine, crème contre la couperose, le Soolantra (...) des traitements locaux (...) »</p> <p>E12 (22) « (...) puis la contraception (...) j'ai un stérilet mais si je prenais une pilule je me la prescrirais bien sûr aussi (...) »</p> <p>E13 (12) « (...) antalgiques comme paracétamol et ibuprofène (...) des médicaments de grippe antitussifs, décongestionnants, éventuellement antibiotiques (...) et puis les médicaments pour les vacances comme les antiémétiques et antidiarrhéiques (...) »</p>
<p>L'auto-prescription médicale est aussi utilisée pour répondre à des problèmes de santé mentale avec la prescription d'antidépresseurs et d'anxiolytiques à courte durée.</p>	<p>E3 (3) « Il s'agit surtout de prescription de médicaments à visée psychologique/psychiatrique (...) »</p> <p>E3 (23) « Mirtazapine et Venlafaxine point de vue psychiatrique (...) alors occasionnellement je prends des calmants (...) »</p> <p>E5 (24) « (...) je n'hésiterais pas dans un deuil de me prescrire un anxiolytique (...) c'est-à-dire à courte durée (...) »</p>
<p>L'auto-prescription médicale est utilisée pour un renouvellement d'ordonnance de médicaments après avoir consulté un</p>	<p>E3 (3) « c'est un renouvellement d'ordonnance avec des médicaments que je prends depuis une longue durée (...) »</p>

<p>spécialiste (ex : hypertension) ou pour un traitement conseillé (ex : demande du cardiologue).</p>	<p>E3 (7) « (...) je me prescris les mêmes médicaments, tout en m'écouter comment je me sens, quelle est ma réaction et si mon état reste stable (...) » E3 (17) « (...) je renouvelle l'ordonnance (...) je suis le traitement qui m'a été conseillé (...) sur demande du cardiologue (...) il dit de continuer ces traitements (...) » E3 (90) « (...) je suis resté avec le traitement au long cours, instauré par le psychiatre (...) » E5 (18) « (...) je me prescris mes médicaments pour mon hypertension moi-même mais je fais mes bilans chez le cardiologue tous les 3 ans (...) » E6 (4) « (...) déi éischt Kéier vun engem Spezialist opgeschriwwen an elo maachen ech ëmmer de Renouvellement (...) » E9 (5) « (...) j'ai consulté un cardiologue, on a fait un holter tensionnel et donc voilà c'est lui qui a fait la première prescription et maintenant moi je fais le renouvellement d'ordonnance (...) » E11 (8) « (...) je prends toujours le même médicament, ça reste stable et donc je continue (...) » E12 (7) « (...) si ce sont des maladies chroniques qui ont été vérifiées une fois par un confrère spécialiste et qu'après il n'y a pas grand-chose à faire alors on peut renouveler le traitement (...) » E13 (3) « J'ai renouvelé mon traitement habituel qui est Nexiam et Crestor (...) j'ai dû faire une gastroscopie avec ensuite les conseils de prendre du Nexiam donc j'ai continué (...) »</p>
<p>L'auto-prescription médicale est utilisée dans le cadre d'examen complémentaires (ex. échographie) et dans le cadre d'un suivi (ex : contrôles de prise de sang).</p>	<p>E8 (9) « (...) j'ai aussi fait des auto-prescriptions d'examen mais c'est plutôt des examens de suivi (...) je dois faire des échographies mammaires tous les 6 mois et je fais l'ordonnance moi-même » E12 (13) « (...) pour moi l'hypothyroïdie (...) je fais mes contrôles de prises de sang que je prescris moi-même et je dose en fonction du résultat la posologie de la substitution (...) »</p>
<p>D'après les MG, l'auto-prescription médicale est faite en première intention.</p>	<p>E2 (15) « (...) j'ai d'abord voulu essayer de me traiter moi-même (...) » E7 (31) « (...) dans un premier temps j'essaye de faire et sinon si je sens que je coince je passe la main (...) »</p>
<p>L'auto-prescription médicale des MG se réalise avec la même approche que pour leurs patients.</p>	<p>E2 (20) « je me suis dit si j'avais un patient devant moi qui était dans la situation j'aurais prescrit ça donc pourquoi ne pas me le prescrire » E2 (67) « je pense que je n'ai pas réagi autrement pour moi que pour un autre patient » E4 (11) « (...) ce qu'il faut faire pour les patients je le fais aussi pour moi (...) » E4 (30) « Je me traite un peu comme je traite mes patients, c'est un peu la même approche (...) » E6 (17) « (...) et hellt ee Verantwortung bei de Patienten (...) et kennt unsech op dat selwecht raus dass ee Verantwortung fir sech selwer iwwehëlt (...) » E7 (30) « (...) comme chez mes patients (...) » E9 (8) « (...) on traite les gens donc pourquoi ne pas se traiter soi-même également (...) »</p>

D'après les MG, ils s'auto-examinent (ex. auscultation) pour poser leur diagnostic.	E2 (19) « (...) <i>je me suis même auscultée moi-même et je l'ai entendu (...)</i> » E8 (23) « (...) <i>pour prendre ma tension, j'ai un tensiomètre électrique donc c'est facile (...)</i> » E10 (11) « (...) <i>ech kann (...) unhand vun deem wat ech spieren, mir en Bild maache wat et wuel si kéint a lauschtere mech zur Nout och mol selwer of (...)</i> »
Dimension B : Raisons personnelles et facteurs psychologiques, temporels et économiques qui contribuent à l'auto-prescription médicale	
La raison pour pratiquer l'auto-prescription médicale peut être liée à une mauvaise expérience antérieure avec un confrère.	E1 (3) « (...) <i>eng schlecht Experienze eng Kéier virdrun gemaach hat, wou et iwwert den richtegen Wee gaangen war an wou d'Prise en Charge ganz schlecht war (...)</i> <i>hunn ech des Kéier selwer meng Echographie opgeschriwwen.</i> »
L'auto-prescription médicale est utilisée par manque de confiance envers des confrères.	E5 (7) « (...) <i>parfois il y a aussi probablement une absence de confiance envers les confrères (...)</i> »
L'auto-prescription médicale est pratique, simple, rapide, sans perte de temps et facile.	E1 (10) « <i>ech hätt héchstwarscheinlech en bësse méi laang misste waarden... 't ass méi rapid gewiescht.</i> » E2 (18) « (...) <i>on peut très rapidement avoir ce qu'on veut (...)</i> » « (...) <i>certainement par facilité (...)</i> » E2 (22) « (...) <i>ne pas avoir une perte de temps pour prendre un rendez-vous et se déplacer (...)</i> » E2 (72) « (...) <i>puisque'on a la facilité d'avoir les médicaments (...)</i> » E4 (15) « (...) <i>c'est plus pratique (...)</i> » E4 (18) « (...) <i>c'est plus rapide (...)</i> » E5 (6) « (...) <i>c'est beaucoup plus rapide (...)</i> » E5 (15) « (...) <i>donc la facilité (...)</i> » E6 (7) « (...) <i>et ass praktesch (...)</i> » E7 (6) « <i>La facilité, la rapidité (...)</i> » E7 (8) « <i>L'avantage c'est justement de disposer directement de ce que je veux (...)</i> » E8 (7) « (...) <i>le gain de temps (...)</i> » E9 (8) « <i>C'est plus facile (...)</i> » E9 (9) « (...) <i>c'est un gain de temps quand même important (...)</i> » E10 (10) « <i>Et geet zimmlech schnell (...)</i> » E10 (45) « (...) <i>do zielt jo nëmme schnell besser ginn (...)</i> » E11 (10) « (...) <i>ça va plus vite (...)</i> » E11 (13) « (...) <i>la facilité, la simplicité, le confort personnel (...)</i> » E12 (10) « (...) <i>c'est la facilité, on est devant l'ordinateur, on se prescrit les choses et on va les chercher à la pharmacie (...)</i> » E13 (6) « (...) <i>c'est simple, ça gagne du temps (...)</i> »

L'auto-prescription médicale permet de choisir la présentation et la taille du conditionnement.	E3 (12) « <i>Je peux choisir la présentation du médicament, le moins cher, le plus favorable, le plus pratique (...) point de vue conditionnement (...) qui ne m'oblige pas de passer trop souvent à la pharmacie (...) prendre des grands conditionnements (...)</i> »
L'auto-prescription médicale ne coûte rien à la caisse de maladie.	E4 (15) « (...) <i>si je le fais, ça ne coûte rien à la caisse de maladie (...)</i> » E6 (10) « <i>Et kascht näischt</i> »
Les MG estiment avoir les connaissances nécessaires pour évaluer leur santé et gérer la situation.	E2 (18) « (...) <i>par estimation qu'on gère la situation (...)</i> » E2 (22) « <i>par (...) estimation d'avoir le savoir (...)</i> » E2 (40) « (...) <i>mais les choses où j'ai l'impression que je gère bien (...)</i> » E4 (11) « <i>De consulter un confrère, je crois que ça ne va pas apporter plus, j'ai (...) l'impression subjective que je pense à tout (...)</i> » E5 (12) « (...) <i>je crois qu'un médecin généraliste peut utiliser sa propre pratique (...)</i> » E5 (29) « (...) <i>je crois qu'avec nous-même on croit qu'on sait tout (...)</i> » E6 (7) « <i>Firwat soll ech bei en Aneren goen wann ech et selwer kann machen (...) et ass jo flott sech selwer kennen ze hëllef (...)</i> » E9 (15) « (...) <i>je ne vois pas pourquoi je n'aurais pas le droit de me faire une auto-prescription puisque je juge quand même que je peux très bien apprécier ma propre santé (...)</i> » E11 (10) « <i>La confiance en soi... déjà je peux me faire un diagnostic (...)</i> » E12 (6) « (...) <i>on pense qu'on gère (...)</i> »
L'auto-prescription médicale est utilisée parce que c'est un privilège lié à l'obtention du diplôme.	E6 (42) « (...) <i>d'Auto-prescription ass en Privileg (...)</i> »
Les MG qui déclarent ne pas avoir peur de l'auto-prescription médicale, affirment connaître les domaines dans lesquels ils interviennent.	E2 (36) « <i>Je n'ai pas de craintes (...)</i> » E6 (16) « (...) <i>Eigentlech keng Angscht well wann ech der hätt dann géif ech Récksprooch huelen mat engem Aneren (...)</i> » E7 (14) « <i>Aucune... sinon je ne le ferai pas (...)</i> » E9 (20) « (...) <i>Nulle crainte... je connais les risques (...)</i> » E10 (23) « <i>Nee... bei mir net (...)</i> » E11 (20) « (...) <i>je n'en ai pas puisque ce sont des domaines connus donc je n'ai pas de craintes (...)</i> » E12 (24) « <i>Dans les domaines dans lesquels je me prescris je n'ai pas vraiment peur (...)</i> »
L'auto-prescription médicale permet d'éviter la perte de temps et le stress qu'un rendez-vous chez un médecin peut engendrer.	E2 (102) « (...) <i>surtout quand il y a beaucoup de travail et de stress (...)</i> » E4 (19) « (...) <i>je n'ai pas le stress de devoir attendre un rendez-vous (...)</i> » E10 (10) « (...) <i>ech brauch net iergendwou en RDV, ech brauch déi Zäit net (...)</i> »

	E11 (13) « (...) je ne dois pas téléphoner au spécialiste pour avoir des médicaments ni aller chez le neurologue (...) »
L'auto-prescription médicale permet de préserver l'intimité des MG qui ont peur d'être jugé et que « tout le monde le sache car le pays est petit ».	E3 (107) « (...) il y a peut-être aussi un peu la question de ne pas vouloir dire à un collègue ou confrère (...) de lui confier des choses sur sa santé car il y a des choses qu'on aime garder pour soi pour préserver l'intimité (...) » E3 (112) « (...) c'est quand même un sentiment qui peut être un frein et qui peut inciter à l'auto-prescription (...) l'auto-prescription est un moyen à ne pas avouer à tout le monde qu'on a eu des ennuis (...) » E5 (6) « (...) une peur d'être jugé sur une maladie (...) » E5 (10) « (...) je crois que c'est aussi de ne pas être jugé parce que le pays est petit (...) et (...) je crois que ça ne regarde pas tout le monde (...) » E5 (32) « (...) d'aller à la pharmacie et d'être jugé (...) » E5 (58) « (...) je crois qu'un médecin a de toute façon des difficultés d'avouer s'il a un problème psychiatrique ou s'il a un burnout (...) il ne va jamais dire qu'il a un burnout (...) » E13 (9) « (...) le fait de ne pas devoir raconter son histoire personnelle à un confrère (...) le pays est petit, tout le monde se connaît (...) »
L'auto-prescription médicale permet d'éviter les traitements que les MG n'aiment pas.	E1 (29) « (...) wann een dat selwer mëscht (...) do sinn ëmmer Saachen déi engem net gefalen an déi well ee jo da villäicht héchstwarscheinlech evitéieren (...) dass een einfach net well méi weit goen. »
L'auto-prescription médicale évite de déranger un confrère.	E5 (7) « (...) la peur de déranger (...) » E7 (6) « (...) le fait de ne pas déranger les autres (...) » E12 (7) « (...) on ne va pas déranger quelqu'un d'autre (...) »
Une crainte qui incite à l'auto-prescription médicale précoce est de ne plus pouvoir travailler à cause d'une maladie qui traîne.	E10 (17) « Ängschte sinn ëmmer do dass ech vermeide well en Zoustand ze erreeche wou ech da vläicht meng Aarbecht net méi maache kann also ech probéieren domat ze vermeide méi schwéier krank ze ginn a probéieren da léiwer fréizäiteg eppes ze maachen (...) » E10 (41) « (...) aus Ängscht dass eppes Schlämmes draus entsteet (...) »
Dimension C : Facteurs qui limitent les pratiques d'auto-prescription médicale	
Les MG ne s'auto-prescrivent pas les médicaments qu'ils ne prescriraient pas à leurs patients.	E4 (53) « (...) tout ce que je ne prescris pas normalement pour mes patients, je ne voudrais pas le prescrire pour moi-même non plus (...) »
Les MG ne s'auto-prescrivent pas les médicaments tels que : antibiotiques, corticoïdes, anti-hypertenseurs, anti-	E1 (19) « (...) nee Antibiotique am Prinzip net. »

<p>arythmique, anti-épileptiques, antalgiques de palier II, anti-cancéreux, chimiothérapies, immunomodulateurs, immunosuppresseurs (ex : Ledertrexate), biothérapies (ex : des anticorps monoclonaux), insuline, anxiolytiques, anti-dépresseurs.</p>	<p>E1 (48) « Antibiotiques... en Anti-inflammatoire à long terme... Kortison (...) iergenden Traitement chronique fir eppes (...) do fänken ech net un mer do selwer eppes rauszesichen an eppes do opzeschreiwien. » E1 (50) « (...) sécherlech ni en anti-hypertenseur oder en anti-arythmique. » E2 (61) « des médicaments antiépileptiques (...) je n'oserai jamais » E3 (61) « (...) je ne vais pas me prescrire des médicaments contre un rhumatisme par exemple (...) je ne prescrirait pas des inhibiteurs d'auto-anticorps (...) » E3 (72) « (...) je ne vais pas prescrire par exemple paracétamol avec codéine, donc je ne change pas de palier (...) » E4 (54) « (...) toutes les chimiothérapies ou des médicaments pour les troubles du rythme (...) ça je ne fais pas (...) » E6 (35) « (...) ech géif mir lo net selwer eng Chimio opschreiwien (...) » E7 (31) « (...) un immunomodulateur par exemple (...) » E9 (36) « (...) je ne ferai pas une instauration d'un traitement par insuline moi-même (...) » E9 (38) « (...) si j'avais un problème rhumatologique chronique je ne ferai pas l'auto-prescription de Ledertrexate pour moi-même (...) » E9 (41) « (...) dans les maladies auto-immunes (...) des corticoïdes je ne prendrais pas (...) honnêtement je demanderais certainement aussi à un spécialiste (...) » E10 (49) « (...) selwer géif ech mir keng kardiologesch Medikamenter opschreiwien (...) » E10 (49) « (...) keng méi staark Schmerzmedikamenter opschreiwien iwwert Paracetamol oder Ibuprofen eraus (...) » E10 (50) « (...) ech géif och nimools sou eppes wéi eng Antikierper-Thérapie oder en Immunsuppressivum huelen ouni dat mat engem Spezialist gekläert ze hunn (...) » E11 (37) « Les anti-cancéreux et pour l'insuline par exemple là je vais d'abord consulter puis je vais autoprescrire (...) les anticorps monoclonaux, ça je ne dirais pas tout de suite non plus (...) » E12 (56) « (...) les anxiolytiques et les antidépresseurs des choses comme ça (...) » E13 (31) « (...) une biothérapie pour un rhumatisme ou des médicaments à visée cardiovasculaire (...) »</p>
<p>Les MG déclarent consulter des spécialistes et alors suivre leurs prescriptions.</p>	<p>E1 (5) « (...) an dunn sinn ech bei de Spezialist gaangen deen ech am beschten dofir fonnt hunn an deen huet sech dunn do weider drëm gekëmmert wou ech näischt méi domat ze dinn hat. » E1 (50) « do consultéieren ech jo dee Moment souwisou bei engem Spezialist an ech loosse mir dat opschreiwé wat dee fir gutt fënnt. »</p>

	<p>E2 (38) « (...) par exemple (au niveau) gynécologique, j'ai un gynécologue et là je ne fais rien moi-même (...) »</p> <p>E2 (105) « (...) et gynécologiquement je me suis dit non (...) là je ne suis pas médecin, je suis juste patiente (...) »</p> <p>E3 (37) « (...) je me fais la prescription pour aller chez le cardiologue... et le reste c'est lui qui me dit (...) »</p> <p>E4 (43) « (...) un méningiome donc là je ne suis pas compétent et c'est clair que là je me fie complètement au spécialiste (...) »</p>
Les MG précisent s'auto-prescrire des médicaments qu'après avoir fait une évaluation objective (p.ex. prise de sang).	<p>E9 (22) « (...) peut-être si une analyse de sang allait dans ce sens (...) ce serait donc après évaluation plus objective que je m'autoprescrirais des antibiotiques (...) »</p> <p>E12 (26) « (...) je pourrais peut-être me prescrire un traitement de biphosphonate, sans faire d'ostéodensitométrie... ça je ne ferai jamais (...) »</p>
L'auto-prescription médicale est limitée par le fait que certains médicaments ne sont pas disponibles en médecine générale d'où la nécessité d'avoir une prescription de spécialiste.	<p>E9 (39) « (...) il y a des médicaments aussi qu'on ne peut pas prescrire car ils ne sont pas disponibles en médecine générale donc forcément ce n'est pas possible (...) »</p> <p>E12 (62) « Je pense qu'il y a déjà un frein à l'auto-prescription pour les domaines qui ne nous concernent pas (...) par exemple les médicaments qui sont limités à des spécialisations (...) »</p> <p>E13 (31) « (...) des médicaments où la première prescription doit être faite par un spécialiste (...) »</p>
Les MG déclarent s'adresser à un spécialiste lorsqu'ils ne peuvent pas s'autocontrôler ou intervenir ; cela concerne les spécialités médicales telles que la gynécologie, psychiatrie, hématologie, néphrologie, oncologie, dermatologie et chirurgie.	<p>E2 (52) « (...) pour les pathologies où on ne peut pas contrôler soi-même... par exemple les problèmes cardiaques où il faut faire des échographies (...) »</p> <p>E2 (53) « (...) ou même un gynécologue pour les mammographies (...) »</p> <p>E2 (58) « (...) le domaine gynécologique (...) »</p> <p>E2 (69) « (...) tout ce qui est psychologique ou psychiatrique (...) ce serait bien d'avoir quelqu'un de neutre (...) je pense que là c'est très difficile d'être en même temps patient et médecin et il faudrait toujours une personne neutre qui vous guide (...) »</p> <p>E3 (59) « Tout ce qui est maladie auto-immunitaire (...) je n'ai pas de cancer mais l'oncologie (...) »</p> <p>E3 (64) « (...) si c'était une allergie atopique cutanée de longue durée, chronique... je vais demander l'avis d'un spécialiste (...) »</p> <p>E3 (65) « (...) la chirurgie, ce n'est pas prescrire un médicament à proprement parler, mais je ne peux pas m'opérer (...) »</p> <p>E3 (67) « (...) si je constate qu'il y a du sang dans les selles il faut faire un examen et ça sera le spécialiste (...) ou si j'attrapais une colite ulcéreuse ou des choses pareilles qui sont de nouveau des maladies quand même assez spécifiques (...) »</p>

	<p>E3 (89) « (...) j'ai vécu une dépendance à l'alcool que j'ai aussi surmonté avec l'aide d'un spécialiste (...) »</p> <p>E4 (29) « (...) dermatologue encore pour une lésion au niveau de la joue (...) »</p> <p>E5 (20) « Je crois que pneumologie je ne ferais pas (...) je crois qu'il faut avoir un avis pneumologique pour des maladies pneumologiques si on va dans la chronicité (...) »</p> <p>E5 (22) « (...) en psychiatrie probablement j'irai voir un spécialiste mais pas nécessairement dans ce pays-ci pour être honnête (...) »</p> <p>E5 (26) « (...) hématologie jamais, oncologie jamais (...) »</p> <p>E5 (55) « (...) la néphrologie (...) c'est aussi un domaine où les médecins généralistes devraient rester très prudents (...) »</p> <p>E5 (56) « (...) néphrologie, oncologie, orthopédie (...) et alors hémato on n'en parle même pas (...) »</p> <p>E7 (11) « (...) là où je ne toucherais pas c'est la gynéco (...) »</p> <p>E8 (21) « Au niveau gynécologique, on est obligé de passer par là (...) il faut l'examen (...) »</p> <p>E8 (33) « (...) dermatologie aussi (...) j'ai beaucoup de naevus sur tout le corps et j'ai des antécédents familiaux de mélanome des 2 côtés donc maternelle et paternelle donc là je fais quand même un suivi régulier (...) parce que là je ne peux pas m'aider et au niveau du dos je ne vois rien de toute façon (...) »</p> <p>E8 (38) « (...) au niveau psy je ne m'autoprescrirais pas un antidépresseur ou des anxiolytiques (...) sans avoir un avis (...) »</p> <p>E8 (39) « (...) pour toutes les maladies graves... un problème de néoplasie (...) »</p> <p>E12 (30) « (...) après j'ai des naevus partout (...) une fois par an il faut faire un screening chez le dermato (...) »</p> <p>E12 (39) « (...) le psychiatrique, je pense que c'est vraiment la principale, même si on pense s'analyser soi-même (...) être le thérapeute et la personne ça c'est justement à éviter (...) pour moi ce serait une limite (...) »</p>
<p>Les MG déclarent préférer un contrôle par un spécialiste pour un bilan, la prise en charge et la surveillance de pathologies chroniques ou lourdes.</p>	<p>E2 (51) « (...) pour les pathologies chroniques au moins avoir une fois par an un avis de quelqu'un neutre qui contrôle (...) »</p> <p>E2 (61) « (...) des pathologies plus lourdes où il faut un bilan (...) un spécialiste qui s'y connaît (...) »</p> <p>E4 (7) « (...) Je l'ai commencé et j'ai fait contrôler une fois le système cardio-vasculaire par un cardiologue (...) »</p> <p>E4 (27) « (...) je vais chez le cardiologue pour être surveillé (...) »</p> <p>E4 (33) « (...) c'est plutôt des spécialistes que je consulte quand je pense que c'est un peu compliqué (...) »</p>

	<p>E6 (34) « (...) ech wollt einfach d'Bestätigung hunn dass et och dat Richteg wier, fir mech ofzesécheren (...) »</p> <p>E7 (32) « (...) avant de faire un traitement pour l'ostéoporose je consulterai peut-être quand même une rhumatologue (...) je me demanderais est-ce que c'est vraiment nécessaire, est-ce que je suis vraiment dans les scores qu'il faut (...) »</p> <p>E7 (35) « (...) puis tout ce qui est maladie auto-immune, traitement de longue durée (...) »</p> <p>E12 (44) « (...) dans les maladies chroniques graves... où il faut quand même un suivi par un spécialiste (...) »</p>
Dimension D : Craintes à l'égard de l'auto-prescription médicale	
<p>Les craintes à l'égard de l'auto-prescription médicale sont d'avoir peur de manquer d'objectivité, de distance pour être capable de juger de ses besoins dans une approche orientée vers une prise en charge globale.</p>	<p>E1 (22) « (...) dass keng Distanz zu der Saach ass. »</p> <p>E1 (24) « (...) 't ass en manque d'objectivité. »</p> <p>E1 (38) « (...) dass een di Saach absolut net ganz gesäit, dass een di ganz partiell gesäit »</p> <p>E1 (39) « (...) dass et eng orientéiert Prise en charge as. »</p> <p>E2 (66) « (...) on peut se dire... ah je ne suis pas malade... ou être le contraire... être hypochondriaque et se prescrire trop de choses parce qu'on a peur (...) »</p> <p>E2 (68) « (...) le risque c'est (...) qu'on n'a pas la vue globale... qu'on n'a pas la bonne distance pour vraiment savoir ce qui est bon pour soi (...) »</p> <p>E3 (100) « (...) parce qu'ils craignent peut-être un manque d'objectivité... je suis bien d'accord que c'est un risque de l'auto-prescription (...) »</p> <p>E4 (30) « (...) donc quand je ne suis pas capable de juger correctement (...) »</p> <p>E8 (27) « (...) on n'a pas une vue globale et objective (...) »</p> <p>E10 (44) « (...) well een einfach net all d'Aspekter sou duerchgeet wéi een se mat engem Patient duerchgoe géif (...) dass een net sou objektiv ass (...) »</p> <p>E10 (59) « (...) wann et Confrère gëtt déi grondsätzlech alles iwwert sech selwer entscheiden an iwwerhaupt keen Anere méi consultéieren (...) ech weess net op dat eng gutt Iddi ass well et ass ee selwer net sou objektiv (...) »</p>
<p>Une crainte liée à l'auto-prescription médicale à visée psychiatrique est de ne pas savoir si un autre dosage ou un autre médicament serait plus adapté.</p>	<p>E1 (49) « (...) well ech weess jo net op dat grad soll adaptéiert sinn. »</p> <p>E3 (26) « (...) le dosage des médicaments à visée psychiatrique et la question s'il n'y a pas mieux (...) je me pose parfois la question « est-ce qu'il n'y a pas un meilleur médicament » (...) »</p>
<p>Une crainte à l'égard de l'auto-prescription médicale est de penser pouvoir passer à côté</p>	<p>E4 (26) « (...) si ça devient plus complexe, peut-être que c'est mieux de réfléchir un peu (...) peut-être que j'oublie de faire un test (...) »</p>

de quelque chose d'important (ex : faire un test).	E8 (16) « <i>De passer à côté de quelque chose d'important (...)</i> »
Dimension E : Risques encourus par l'auto-prescription médicale	
Les risques de l'auto-prescription médicale sont de ne pas être capable d'évaluer la situation, ne pas être objectif par rapport à ce qu'il faudrait et se construire des idées fausses.	<p>E1 (22) « (...) <i>dass dat net eng reell Evaluatioun ass (...)</i> <i>dass een eng "idée préconçue" huet.</i> »</p> <p>E1 (24) « (...) <i>well ech menge jiddereen huet jo eng Iddi vis-à-vis vun sech selwer.</i> »</p> <p>E1 (25) « (...) <i>ass ëmmer do d'Gefor dass een eppes mëscht wat net korrekt ass.</i> »</p> <p>E1 (27) « (...) <i>an dass een do eng Personne net impartiale ass.</i> »</p> <p>E1 (35) « (...) <i>dass een einfach verschidde Saachen net well wouer hunn an dass een sech dann seng kleng heele Welt do wëllt opbaue fir d'Realiteit eventuell net anzegesinn.</i> »</p> <p>E1 (38) « (...) <i>dass dat am Fong keng korrekt Prise en charge ass.</i> »</p> <p>E1 (40) « (...) <i>a wann ech mech selwer an eng Direktioun setzen dann ass jo am Fong schonn d'Iddi gemach... déi kann awer falsch sinn.</i> »</p> <p>E1 (41) « (...) <i>gefëierlech an deem Sënn (...)</i> <i>et mëscht een sech eng schlecht Prise en charge mengen ech.</i> »</p> <p>E3 (42) « <i>Les limites sont en partie l'erreur (...)</i> <i>on croit qu'un certain médicament peut aider mais ce qui n'est pas toujours le cas... on se trompe, on juge mal sa propre situation (...)</i> »</p> <p>E9 (30) « (...) <i>un risque aussi de mauvaise évaluation (...)</i> <i>on se sent bien, on ne se sent pas bien (...)</i> <i>c'est quelque chose de subjectif, ça risque d'être subjectif (...)</i> »</p> <p>E10 (40) « (...) <i>den Nodeel ass dass een einfach vläicht eleng vu sengem Gefill hier sech eppes opschreift wat méiglecherweis net noutwenneg wier (...)</i> »</p> <p>E13 (16) « <i>On n'est jamais vraiment objectif par rapport à soi-même, donc est ce qu'on ferait de la même façon que pour un patient... ? (...)</i> <i>c'est surtout ça le risque (...)</i> »</p>
Les risques de l'auto-prescription médicale sont de sous-estimer ou banaliser un problème ou des symptômes, ne pas pouvoir faire un examen clinique, poser un faux diagnostic ou retarder le diagnostic, par facilité et par peur de devoir se remettre en question.	<p>E2 (64) « <i>le danger c'est peut-être ne pas faire le bon diagnostic parce qu'on pense savoir quelque chose</i> »</p> <p>E5 (30) « (...) <i>par la facilité on veut faire plus vite un diagnostic et je crois qu'on peut faire des faux diagnostics (...)</i> <i>c'est-à-dire une fausse auto-prescription (...)</i> »</p> <p>E5 (42) « (...) <i>la crainte que ce n'est pas le bon diagnostic (...)</i> <i>surtout le retard diagnostic (...)</i> <i>en retardant tout le temps quelque chose et en trouvant toujours une excuse</i> »</p> <p>E5 (50) « (...) <i>un autre inconvénient, je crois que c'est une certaine arrogance « je sais faire » (...)</i> <i>cette puissance je crois que c'est très fort lié à la peur (...)</i> »</p> <p>E5 (52) « (...) <i>mais le premier inconvénient c'est vraiment le diagnostic retardé (...)</i> »</p> <p>E5 (82) « (...) <i>heureusement je n'ai pas encore eu un retard de diagnostic (...)</i> »</p>

	<p>E7 (25) « De se tromper dans le diagnostic... ça serait grave (...) » « (...) de ne pas se remettre en question (...) »</p> <p>E8 (26) « (...) qu'on ne peut pas faire l'examen clinique correctement soi-même (...) et alors de passer à côté de quelque chose d'important (...) »</p> <p>E9 (31) « (...) il y a plus un risque de sous-estimation d'un problème que de surestimation (...) »</p> <p>E11 (29) « (...) si on se fait confiance en soi-même on banalise un problème (...) on risque de passer à côté (...) d'un problème plus grave (...) donc banaliser les symptômes, ça c'est un des risques (...) »</p> <p>E12 (16) « (...) de moins faire attention à soi-même, de ne pas faire ce qu'on ferait chez un patient (...) par exemple pour une anémie ferriprive, on prend du fer mais on ne va pas chercher d'où on saigne (...) ça c'est les risques (...) de chercher trop la facilité et de ne pas faire les réflexions (...) »</p>
<p>Les risques encourus dans l'auto-prescription médicale sont l'addiction, l'abus et la dépendance aux médicaments qui concernent les troubles du sommeil, la dépression, les douleurs chroniques sans contrôle.</p>	<p>E2 (49) « (...) l'auto-prescription pour des choses comme des troubles du sommeil par exemple ou dépression (...) où ce serait quand même bien d'avoir un contrôle neutre (...) »</p> <p>E2 (70) « (...) on peut avoir aussi recours à (...) des somnifères ou des anxiolytiques (...) et on a quand même un plus grand risque (...) on peut perdre le contrôle et tomber dans une dépendance (...) »</p> <p>E2 (113) « (...) le problème c'est que (...) c'est dangereux quand on est par exemple dans une dépendance avec des psychotropes (...) comment s'en sortir si on est dans ce cercle et qu'on ne le dit à personne et que personne ne surveille (...) »</p> <p>E3 (75) « (...) La dépendance d'un calmant... et je sais que si jamais un jour j'arrête un anti-dépresseur que je prends sur une longue durée (...) si jamais j'arrête la venlafaxine il y a aura probablement des effets secondaires de manque (...) »</p> <p>E5 (46) « Je crois vraiment qu'il y a des risques d'addiction (...) »</p> <p>E5 (65) « (...) les insomnies avec les somnifères (...) je crois qu'il y a un grand risque d'addiction (...) »</p> <p>E5 (106) « (...) je crois que tous les médicaments considérés comme bénins sont beaucoup plus dangereux comme le Temesta ou le Xanax, ça peut être dangereux parce qu'il n'y a aucun contrôle (...) je crois que c'est avec les choses qui sont considérées comme les moins dangereuses que les médecins font abus (...) »</p> <p>E6 (28) « (...) Benzos zum Beispill (...) ech ka mer virstellen et ginn eng Partie Dokteren déi sécher där einfach selwer opschreiwien an dann ass natierlech keng Kontroll do (...) dann ass do en Risiko vun Ofhängegkeet (...) »</p> <p>E9 (30) « Il y a toujours un risque d'abus (...) »</p> <p>E12 (34) « (...) si on a par exemple (...) vraiment des douleurs chroniques très importantes, on peut perdre peut-être les limites de la consommation (...) être incité à se prescrire trop de choses, faire une autoconsommation de choses qui ne sont pas appropriées (...) »</p>

Le risque d'une auto-prescription médicale peut être le jugement par un confrère que l'on va consulter.	E5 (71) « (...) un autre gynéco (...) il m'avait fait la remarque « tu t'es autoprescrit ça... est-ce que t'as vu un spécialiste ? » (...) je le sentais comme une critique, comme une complication de mon auto-prescription (...) je me sentais très fautive (...) »
Les risques de l'auto-prescription médicale sont les effets secondaires liés à la prise d'un médicament ainsi que celui ne pas faire attention aux interactions médicamenteuses.	E4 (56) « (...) j'avais essayé un inhibiteur calcique qui a fait un effet secondaire que je n'aimais pas, alors je l'ai laissé de côté (...) » E6 (39) « (...) Middegkeet bei engem Antihistaminique an Rhinite beim Cosentyx (...) » E7 (37) « Lorsque j'ai dû prendre beaucoup d'antalgique j'ai eu mal au ventre comme tout le monde en fait... mais ça ce n'est pas à cause de l'auto-prescription (...) » E9 (44) « (...) j'avais plus peur de les prendre parce que je me suis dit tu vas avoir un problème (...) » E10 (42) « (...) dass een einfach bei sech selwer net oppasst dass dat wat een anhëlt net zesumme passt (...) » E10 (54) « (...) ech hat iergendeppes wéi an dunn hunn ech Zaldiar geholl an dunn hunn ech ganz heftig mat Schwindel reagéiert op den Tramadol (...) » E13 (37) « (...) un psoriasis avec une statine (...) mais j'ai changé la statine et puis ça s'est réglé »
Les risques de l'auto-prescription médicale sont la surestimation de problèmes (ex : cholestérol) en prescrivant des médicaments non nécessaires.	E10 (41) « (...) dat en vläicht mol do ze vill anhëlt (...) » E10 (43) « (...) ech denken éischter dass een eppes ze vill wei eppes ze wéineg mëscht wann een sech selwer behandelt (...) » E13 (17) « (...) pour mon cholestérol (...) est-ce que c'est vraiment nécessaire (...) est-ce que je prescris aussi dans la même situation pour quelqu'un d'autre (...) » E13 (27) « (...) les autres risques sont de surprescrire, de mal prescrire (...) »
Pour les MG, les effets secondaires de l'auto-prescription médicale ne sont pas redoutés.	E5 (31) « (...) effets secondaires je ne les crains pas (...) je crois qu'on est de toute façon fataliste et qu'on le sait (...) »
Dimension F : Recommandations pour faire face à ou gérer l'auto-prescription médicale	
Les MG qui se sentent coincés avec un problème (ex : échec du traitement autoprescrit) qui s'aggrave, doivent aller consulter un autre MG ou spécialiste ou à l'hôpital.	E2 (10) « ça s'est aggravé et (...) là je suis allée aux urgences après une crise de panique (...) » E2 (21) « (...) au moment où j'ai commencé à avoir peur parce que je ne gérais pas la situation, surtout que j'étais enceinte (...) j'ai demandé un second avis (...) » E7 (18) « (...) dès que je sens que je coince avec un problème (...) j'ai eu l'histoire avec une fasciite plantaire qui a traîné au point que j'ai consulté une amie rhumatologue pour savoir ce que je devais en faire (...) » E11 (23) « Une auto-prescription qui a échoué (...) »
Les MG qui ont l'impression de ne pas être compétents dans un domaine, de ne pas	E2 (38) « (...) des choses chroniques ou des choses où je me sens moins à l'aise (...) »

<p>pouvoir juger une situation et qu'ils estiment ne pas s'y connaître assez, doivent consulter un autre MG ou un spécialiste.</p>	<p>E3 (32) « C'est surtout le domaine de cardiologie (...) je trouve que c'est mieux (...) c'est un domaine que je ne peux pas juger suffisamment, où je n'ai pas le moyen de vérifier (...) » E3 (63) « (...) parce que je ne connais pas grand-chose dans ce domaine (...) » E4 (42) « Si je ne me sens pas compétent (...) » E6 (23) « wann ech eng Consultatioun brauch bezéiungsweis en Rot oder Hëllef oder wann et lo en Domaine ass wou ech mech net auskennen (...) » E7 (17) « (...) dans des domaines où je ne me connais pas assez (...) je ne suis pas à jour (...) » E9 (27) « (...) je vais chez l'ophtalmologue aussi pour contrôler les yeux (...) parce que je n'y connais rien (...) » E10 (28) « (...) et hat mir Suerge gemaach dofir sinn ech dunn direkt gaange well ech mir do selwer net zoutrauen dat en charge ze huelen (...) »</p>
<p>Les MG doivent consulter des spécialistes pour des situations qui nécessitent des examens complémentaires ou des traitements qu'ils ne peuvent pas réaliser ou s'auto-prescrire.</p>	<p>E4 (28) « (...) j'ai aussi maintenant un rendez-vous chez un urologue parce qu'il doit faire des choses que je ne peux pas faire moi (...) » E4 (44) « (...) dès qu'il y a à mon avis des choses à faire que je ne peux pas faire je le passe au spécialiste (...) » E5 (49) « (...) pour l'imagerie/orthopédie j'irai chez un spécialiste (...) » E6 (24) « (...) wann ech eng Behandlung brauch déi ech net selwer däerf opschreiwen (...) » E6 (33) « (...) fir déi chronesch Krankheet well ech et am Ufank net hunn däerfen opschreiwen (...) » E9 (25) « Les choses que je ne peux pas faire (...) examen de prostate, une coloscopie (...) parce que ça c'est des choses qu'on ne réalise pas en médecine générale (...) » E9 (28) « (...) je n'ai pas les appareils pour faire l'examen (...) » E10 (31) « (...) wann ech mengen dat kéint en Zoustand si wou ee méiglecherweis mat méi spezielle Medikamenter agräife muss oder vläicht souguer mol eppes Operatives misst sinn da géif ech do scho vun de Kollege mol kucke loossen (...) » E11 (23) « (...) le besoin d'examens complémentaires (...) gastro, colo tout ça (...) » E12 (28) « (...) il faut faire une coloscopie (...) je la fais chez un gastro (...) » E12 (30) « (...) faire une mammographie avec échographie là aussi je vais voir le gynéco (...) » E13 (21) « Si j'ai besoin d'un examen que je ne peux pas pratiquer moi-même (...) gastroscopie, examen cardio-vasculaire (...) ou si j'ai besoin d'un médicament qui nécessite une connaissance plus spécialisée (...) » E13 (26) « Les limites c'est les situations qui nécessitent des examens complémentaires plus poussés, des examens qui doivent être faits par un autre médecin (...) »</p>

<p>Les MG qui doutent de leur diagnostic doivent demander un second avis.</p>	<p>E2 (43) « (...) s'il y a un truc où j'ai un doute pour moi-même (...) » E2 (44) « (...) un truc où j'ai vraiment un doute... « est-ce que c'est vraiment ça » (...) » E3 (97) « (...) si j'ai un doute sur ma santé alors je vais lui poser la question (...) je lui demande son avis (...) c'est peut-être lui mon médecin traitant (...) » E4 (48) « (...) et j'avais peur que ce fût peut-être un AVC (...) et alors là j'ai téléphoné à un confrère pour discuter ça avec lui (...) » E5 (39) « (...) si j'ai une crainte ou une hésitation d'une auto-prescription alors j'ai aussi une crainte ou hésitation de mon diagnostic et alors je vais chez un spécialiste (...) » E7 (20) « (...) il faut (...) que je n'avance pas dans mon diagnostic (...) parfois lorsque je commence à hésiter de ce que j'ai, je demande le conseil d'un deuxième médecin (...) pour rectifier le diagnostic (...) » E11 (20) « (...) maintenant si j'ai quelque chose de plus douteux alors je vais consulter (...) » E11 (23) « (...) un doute sur mon diagnostic (...) »</p>
<p>Les MG qui souffrent d'une pathologie potentiellement dangereuse ou grave doivent consulter un autre MG ou un spécialiste.</p>	<p>E2 (44) « (...) ou si ça pourrait être peut-être dangereux (...) » E4 (42) « (...) si j'ai quelque chose de grave (...) » E8 (62) « (...) s'il y avait un problème sérieux (...) je ne vais pas m'autoprescrire et (...) je vais quand même demander à un confrère de me suivre régulièrement (...) » E10 (25) « Wann ech mengen dass eppes méi Eeschtes dohannert stécht (...) da ginn ech scho bei en Spezialist (...) »</p>
<p>Les MG qui ont besoin de médicaments à risque de dépendance ou d'abus doivent effectuer une consultation préalable pour avis.</p>	<p>E2 (54) « (...) des médicaments où je sais très bien qu'il y a un risque de dépendance ou d'abus (...) je pense que je prendrai l'avis de quelqu'un d'autre et je ne commencerai pas moi-même (...) » E12 (42) « (...) je ne trouve pas que c'est adapté de se prescrire des anxiolytiques parce qu'on sait déjà qu'il ne faut pas tout le temps les prescrire, donc du coup mieux vaut freiner avant de commencer (...) »</p>
<p>Les MG qui souffrent de pathologies qui nécessitent un examen clinique qu'ils ne peuvent pas faire eux-mêmes doivent consulter un autre MG pour avoir un avis objectif.</p>	<p>E1 (45) « Ech muss soen deemno wat et ass froen ech awer dann en anere Generalist. » E3 (52) « Je peux aussi prendre l'avis d'un généraliste par exemple quand j'ai l'impression d'avoir un bouchon dans l'oreille, je vais demander à un confrère généraliste de me regarder dedans, car je n'y arrive pas tout seul (...) » E4 (33) « (...) je vais maintenant quand même chercher (...) un confrère généraliste parce que normalement il est peut-être un peu plus neutre vis-à-vis de moi (...) il est aussi dans ce sens probablement plus objectif (...) » E8 (5) « (...) si j'ai une otalgie je ne peux pas vraiment m'examiner, donc là j'aurai plutôt demandé à quelqu'un (...) »</p>

	<p>E8 (23) « (...) c'est important si on a vraiment des symptômes de bien se faire ausculter (...) pour avoir un avis objectif c'est important de consulter quelqu'un d'autre (...) »</p> <p>E9 (21) « (...) je toussais et je ne me sentais pas très bien et j'ai demandé à mon confrère de m'ausculter les poumons et puis j'ai pris des antibiotiques sur son incitation (...) »</p> <p>E10 (34) « (...) ech ginn an der Reegel fir d'éischt bei den Hausdokter (...) et muss een awer och dozou soen dass mäin Hausdokter aner Méiglechkeeten huet wéi ech (...) dee mëscht Ultraschall an der Praxis (...) dee ka mir och en holter ECG maachen (...) »</p> <p>E12 (49) « (...) si on veut un avis objectif par exemple à propos d'une douleur ou à propos d'une infection ou quelque chose qui ne passe pas, ce serait bien d'avoir un généraliste (...) »</p>
Les MG qui ont un doute peuvent demander l'avis à un confrère du cabinet de groupe ou à un copain médecin.	<p>E2 (46) « (...) maintenant de temps en temps je demande à mon père (médecin généraliste) : « tu ferais aussi ça » »</p> <p>E3 (54) « (...) on discute surtout dans le groupe où je travaille (...) des choses que je vais discuter avec l'un ou l'autre de mes confrères (...) »</p> <p>E9 (9) « (...) dans un cabinet de groupe de toute façon il y a toujours la possibilité de demander l'avis à un confrère aussi (...) »</p> <p>E12 (80) « (...) ce qui nous arrive, c'est de demander aux associés ou à des copains médecins (...) »</p>
Dimension G : Facteurs à considérer pour encadrer les pratiques de l'auto-prescription médicale	
D'après les MG, mettre un frein à l'auto-prescription médicale serait un non-sens et ne serait pas défendable sur le plan déontologique.	<p>E1 (55) « Unsech fannen ech ass et deontologesch net machbar well en Dokter ass frei ze verschreiwe wat en well (...) och fir sech. »</p> <p>E1 (58) « also a mengen Aen ass et deontologesch net verrietbar. »</p> <p>E7 (41) « Rien du tout... c'est un non-sens (...) »</p>
D'après les MG, la prescription médicale peut être demandée à un confrère ou à un membre de la famille qui est médecin.	<p>E2 (12) « (...) j'ai dit à mon père (médecin généraliste) de me prescrire ou acheter des antibiotiques (...) je lui ai dit moi je veux ça (...) »</p> <p>E2 (95) « (...) on peut même s'appeler entre confrères et dire tu me prescrites ça et ça (...) »</p> <p>E2 (101) « (...) si c'est juste la prescription (...) on peut toujours demander à un confrère sans qu'il t'examine (...) »</p> <p>E8 (50) « (...) au début j'ai quand même toujours demandé à un autre de me prescrire ce que je voulais qu'il me prescrive (...) »</p> <p>E11(26) « (...) l'épreuve du sommeil... bon là je suis quand même passé par le spécialiste, mais j'ai dit que je dois faire une épreuve de sommeil et c'est lui qui a organisé tout (...) »</p> <p>E13 (6) « (...) de toute façon si je consultais un confrère, j'imagine que je serais plutôt mon propre décideur (...) »</p>

<p>Une limite à l'auto-prescription médicale existe déjà par l'intermédiaire du Contrôle Médical qui surveille.</p>	<p>E3 (83) « <i>Le frein existe parce que si j'exagère les auto-prescriptions de certains médicaments le contrôle médical va m'avertir et va me contacter (...)</i> » E4 (64) « <i>(...) Ce que je n'aime pas, c'est que la caisse de maladie nous surveille (...)</i> » E5 (105) « <i>(...) mais de toute façon les carnets roses on doit les envoyer (...) c'est contrôlé (...)</i> » E12 (70) « <i>(...) je n'aime pas les freins (...)</i> »</p>
<p>Une limite à l'auto-prescription médicale dans le cadre de maladies chroniques et lourdes serait éventuellement judicieuse avec notamment une consultation de suivi chez un spécialiste 1x/an.</p>	<p>E2 (78) « <i>(...) le frein peut-être (...) pour des pathologies chroniques (...) qu'il y a au moins dans un certain délai un spécialiste qui doit aussi une fois par an faire une consultation (...)</i> » E2 (80) « <i>(...) qu'il y a quand même la contrainte d'aller voir un confrère pour des pathologies plus lourdes (...)</i> » E2 (84) « <i>(...) pour les pathologies lourdes ou chroniques peut-être mettre en place un système qu'il y a quand même une deuxième personne au moins une fois par an qui surveille (...)</i> » E 12 (67) « <i>(...) mettre un frein par exemple si un médecin généraliste commence à faire son suivi d'un cancer (...)</i> »</p>
<p>L'auto-prescription de médicaments tels que des antalgiques simples, antibiotiques devrait rester accessible aux MG.</p>	<p>E2 (81) « <i>si on faisait un frein pour une bronchite je pense que ce serait triste (...)</i> » E2 (82) « <i>(...) mais pour des choses banales (...) je trouverais ça triste si ce n'était pas possible (...)</i> » E10 (61) « <i>(...) dass een vläicht fir Erkältungsmedikamenter, liicht Schmerzmedikamenter, Antibiotiquen en gewëssent Mooss opléisst (...)</i> » E11 (44) « <i>(...) je suis contre (...) parce que c'est trop confortable (...)</i> »</p>
<p>La mise en place d'un frein à l'auto-prescription médicale n'est pas utile puisque les MG sont auto-responsables et peuvent se faire aider par un confrère.</p>	<p>E3 (85) « <i>(...) je pense personnellement qu'un frein plus que celui-là n'est pas nécessaire (...)</i> » E4 (64) « <i>(...) le frein c'est à mon avis l'autosensibilisation de ne pas le faire trop souvent (...)</i> » E4 (66) « <i>(...) s'il y a des maladies où je suis moins compétent (...) je devrais utiliser régulièrement des rendez-vous chez un spécialiste ou chez un autre confrère (...)</i> » E5 (85) « <i>(...) rien (...) je crois que ce frein n'est pas nécessaire parce que je crois que chaque être humain, médecin ou non, est auto-responsable (...)</i> » E6 (42) « <i>Ech wéisst net firwat dat sollt sinn (...)</i> » E9 (50) « <i>(...) mais je ne vois pas trop pourquoi (...) je crois qu'un médecin consciencieux est capable de se traiter soi-même (...)</i> » E10 (58) « <i>(...) also ech géif soe wann een sou domat ëmgeet wéi ech, da kéint een et loosse wéi et ass (...)</i> » E11 (44) « <i>(...) en tant que médecin on sait prescrire aux patients alors on peut se prescrire à soi (...) tout en ayant quand même à l'esprit que si ça ne marche pas bien comme ça devrait marcher, il ne faut pas persévérer dans la fausse route (...)</i> »</p>

	<p>E11 (55) « (...) peut-être au début on fait vite, on prend un médicament et après on se dit ça ne va pas comme je voulais, on va changer ou on va demander à un confrère ou une consœur et donc on va déjà faire soi-même ces barrières (...) »</p> <p>E13 (39) « Est-ce que c'est vraiment nécessaire (...) est-ce qu'il y a beaucoup d'abus ou de dégâts posés par l'auto-prescription ? je ne sais pas (...) est-ce qu'il faudrait régler quelque chose qui ne pose pas de problèmes (...) »</p>
Un frein à l'auto-prescription médicale pourrait se faire lorsqu'une ordonnance est établie pour un patient qui est le médecin.	E2 (77) « (...) ça peut se mettre en place tout facilement en disant qu'une ordonnance où le patient qui est le médecin ne compte pas (...) »
La mise en place d'un frein à l'auto-prescription médicale n'éviterait pas la possibilité de se procurer des médicaments (p.ex. faire une prescription au nom d'un membre de la famille).	<p>E5 (67) « (...) et comme on le sait tous : il y a des médecins qui prescrivent pour eux-mêmes sur un nom de leur famille (...) surtout des somnifères »</p> <p>E6 (53) « (...) mam Frein vun der Auto-prescription (...) ech mengen och dat bréngt guer näischt well (...) en Dokter deen sech well selwer eppes opschreiwen an en däerf et net, dee fënnt souwisou Weeër fir et ze kréien (...) hie schreift et senger Fra op oder sengem Monni an hie geet et sichen »</p>
La mise en place d'une limite à l'auto-prescription médicale pour certaines classes de médicaments (p.ex. ceux à risque d'abus) avec un contrôle de la part de la CNS serait à recommander.	<p>E1 (56) « (...) wann Abus'en gedriwwe gi mat Auto-prescription (...) déi selwecht Abus'en kennen och mat engem anere Patient gemaach ginn (...) all Abus ass vun der CNS festzestellen. »</p> <p>E5 (95) « (...) mais maintenant vraiment faire un frein, de vraiment interdire, je ne pense pas (...) une limitation je serais d'accord (...) pour les somnifères (...) je dirais pour les benzos et les somnifères (...) »</p> <p>E5 (100) « (...) effectivement une limitation pour certaines classes de médicaments comme les benzos et les somnifères, je serai tout à fait d'accord (...) aussi naturellement les chimiothérapies (...) les stupéfiants sont également exclus (...) tous les antidouleurs de paliers 2 et 3 (...) carnet rose exclu et aussi la méthadone (...) et la ritaline »</p> <p>E8 (51) « (...) peut-être limiter juste à certaines classes de médicaments, mais alors il faudrait qu'il y ait un contrôle de la part de la CNS »</p> <p>E13 (41) « (...) peut-être effectivement pour des médicaments très spécialisés, pour les morphiniques et les benzodiazépines (...) là il y a un risque d'abus qui est très clair ou aussi des antalgiques apparentés aux morphiniques (...) et pour tous les médicaments où effectivement c'est plus judicieux d'avoir une première prescription par un spécialiste (...) antiarythmique (...) médicaments pour certains rhumatismes (...) »</p>
La mise en place d'un frein aux situations d'abus pour les MG qui n'ont pas un œil objectif en faisant des auto-prescriptions serait recommandée.	<p>E4 (62) « (...) s'il y a un abus oui pourquoi pas (...) »</p> <p>E8 (45) « (...) je pense que ça serait bien de limiter un peu parce que (...) on n'a pas un œil objectif en faisant des auto-prescriptions (...) »</p>

<p>La mise en place d'un frein à l'auto-prescription médicale par un tiers n'est pas à recommander.</p>	<p>E11 (46) « (...) mettre un frein ou une limitation de l'extérieur... je ne serais pas pour (...) parce que lesquels et comment ? qu'est-ce qu'on pourrait se prescrire, qu'est-ce qu'on ne pourrait pas s'autoprescrire... ? c'est difficile (...) »</p>
<p>La mise en place d'une médecine du travail pour MG libéraux est une idée à recommander.</p>	<p>E2 (108) « C'est intéressant parce que là il y a quelqu'un de neutre qui vous examine quand même... et qui peut aussi juger si vous allez aussi bien que vous pensez (...) » E2 (119) « ça pourrait être utile oui (...) » E5 (87) « (...) que les indépendants en global, pas seulement les médecins libéraux, iraient chez le médecin du travail (...) c'est absolument nécessaire (...) » E10 (65) « Jo géif ech guer net sou falsch fannen (...) » E12 (73) « (...) et je trouverai ça intéressant (...) » E13 (47) « (...) oui pourquoi pas, ce serait logique (...) ça s'appliquera de la même façon que pour les autres indépendants (...) c'est une idée intéressante (...) c'est peut-être une bonne idée (...) »</p>
<p>La mise en place d'une médecine du travail pour contrôler les MG libéraux ne correspond pas à un besoin.</p>	<p>E3 (119) « je ne vois pas pourquoi les médecins devraient être contrôlés (...) » E4 (71) « (...) je ne suis pas pour cette idée (...) » E4 (78) « (...) mais en général non je ne pense pas que c'est nécessaire (...) » E6 (46) « (...) ech si lo kee grouse Fan dovun (...) ech fannen et muss net ëmmer à l'extreme kontrolléiert ginn (...) » E7 (52) « (...) ça ne sert à rien parce que ça ne correspond pas du tout à la réalité je pense (...) » E11 (58) « (...) moi je ne verrai pas de médecine du travail pour les médecins libéraux (...) encore un contrôle de plus (...) »</p>
<p>La mise en place d'une médecine du travail serait recommandée pour avertir les MG des horaires excessifs/charges de travail et éviter les surmenages car ces symptômes ne sont pas reconnus.</p>	<p>E3 (121) « (...) il y a certainement des indépendants en général (...) qui font leur travail d'une façon que ça peut nuire à la santé (...) travailler trop longtemps, des horaires intensifs, surmenage... dans le sens-là ce serait bien (...) » E10 (65) « (...) well ee vläicht dat eent oder anert Mol iwwert seng Grenze geet wat d'Belaaschtung ugeet a méiglecherweis och sou Stressfaktoren déi och kierperlech Auswierkungen hun... sou psychosomatesch Symptomer... déi erkennt ee mengen ech bei sech selwer net (...) » E11 (51) « (...) on est un peu dans le secteur tertiaire (...) la médecine du travail ça devient plus de la prévention par rapport aux maladies, par rapport à trop de travail, par rapport au surmenage, au burnout, (...) oui pourquoi pas (...) »</p>
<p>La mise en place d'une médecine du travail pour MG libéraux serait recommandée pour</p>	<p>E2 (119) « (...) pour avoir une vue globale sur la santé des médecins (...) pour avoir un suivi et un peu de prévention (...) »</p>

<p>leur permettre d'avoir une vue globale sur leur santé, un suivi et une prévention adaptée.</p>	<p>E3 (124) « (...) une certaine médecine du travail à titre préventif et avertissant (...) ce serait une possibilité (...) » E5 (118) « (...) oui peut-être prendre les médecins du travail qui y travaillent déjà parce qu'ils ne nous connaissent pas et ont une vue globale (...) » E8 (56) « Oui pourquoi pas (...) quand j'ai regardé mon carnet de vaccination j'ai vu que c'est déjà dépassé depuis un certain temps... et si on avait peut-être un contrôle (...) » E10 (74) « (...) als Virsuerg, well mäin Bluttdrock zum Beispill dee moossen ech ni (...) » E12 (73) « (...) rien que pour les vaccins et pour se remettre un peu à l'ordre du jour, regarder si la chaise est bien et pour parler de la santé au travail (...) » E12 (76) « (...) j'imagine qu'il y a peut-être des généralistes qui ont peut-être une diététique qui n'est pas forcément adaptée ou qui fument ou qui boivent trop (...) que quelqu'un d'autre mette un œil sur eux, ce serait quand même intéressant (...) »</p>
<p>La mise en place d'une médecine du travail avec un rythme de consultation (p.ex. tous les 3, 5 ou 10 ans) et une prise de sang seraient recommandées.</p>	<p>E2 (109) « (...) peut-être avant de s'installer, une fois être examiné et après est-ce que c'est en cas de besoin ou est-ce que c'est tous les 10 ans (...) peut-être donner un rythme avec la possibilité d'aller plus souvent (...) » E2 (119) « (...) peut-être tous les 5 ou tous les 10 ans (...) » E5 (115) « (...) je n'ai même pas d'idées sur la fréquence (...) tous les 5 ou tous les 10 ans (...) » E5 (117) « (...) oui pourquoi pas à l'installation et puis tous les 10 ans (...) » E8 (58) « (...) la médecine du travail oui (...) pour un examen quand on commence à travailler ou pour un suivi quand même tous les 3 ans comme pour les autres éventuellement (...) » E9 (54) « Oui ce serait possible (...) pourquoi pas (...) donc une présentation tous les 3 ans chez un médecin avec analyse de sang (...) » E10 (70) « Jo et kéint een zum Beispill déi classesch médecine du travail virschreiwen, dass een sech do (...) all 2 Joer oder sou, zwangsweis, vläicht mat enger aktueller Analyse, virstelle muss (...) » E12 (75) « (...) il faudrait peut-être tous les 5 ans y aller (...) cela ne me poserait aucun problème (...) »</p>
<p>La mise en place d'une médecine du travail obligatoire n'est pas recommandée puisque les MG n'ont pas envie d'aller chez un médecin du travail tous les 2 ans.</p>	<p>E2 (112) « (...) si c'est obligatoire... ça peut être mal perçu bien que ça puisse être utile (...) » E3 (126) « (...) pas imposer des choses (...) on peut lui conseiller de faire mieux, de faire quelque chose pour sa santé (...) » E3 (130) « (...) mais ne pas être obligé d'y aller (...) » E4 (77) « (...) ça c'est de nouveau une obligation et les obligations ne sont pas vraiment mes actions préférées (...) » E5 (115) « (...) je crois qu'il ne faut pas avoir d'obligation (...) je crois que ça doit rester libre (...) »</p>

	E6 (51) « (...) ech perséinlech hätt elo keng Loscht fir all zwee Joer bei en Aarbechtsdokter ze goen (...) » E8 (59) « (...) ça va embêter plus de monde parce que c'est une démarche en plus (...) ça va être une contrainte en plus (...) »
La mise en place d'une médecine du travail pose la question de la qualification des médecins du travail à l'égard de la prise en charge de MG libéraux.	E1 (62) « Ma dat gëtt zimmlech komplizéiert (...) déi déi eis staatlech oder privat Institutioune kontrolléieren déi sinn net onbedéngt (...) adequat (...) déi si gewinnt employéiert Leit ze kontrolléieren » E1 (70) « mee ech fannen dass en médecin du travail net qualifiéiert ass fir dat ze kucken » E4 (71) « (...) parce que je trouve qu'ils ne sont pas très compétents avec les autres patients (...) »
Un frein à l'auto-prescription médicale est recommandé en demandant une prescription par un autre médecin au moins une fois par an au risque de ne pas être remboursé par la CNS.	E2 (89) « (...) tant qu'il n'y a pas de spécialiste qui fait une prescription une fois par an, après il n'y a plus de remboursement (...) par pression de remboursement (...) »
Lorsque les MG ont des problèmes de santé mentale (ex: sénilité), il faut pouvoir annuler ou arrêter leurs auto-prescriptions à l'issue d'un entretien.	E1 (65) « (...) wann en Dokter iergendwann senil gëtt an hie mëscht Topegkeeten (...) dee muss kennen annulléiert ginn oder (...) gestoppt ginn (...) » E1 (68) « à la limite ab engem gewëssenen Alter dass do vläicht (...) en Gespréich opkënnnt wou gekuckt gëtt wéi weit een nach ok ass fir ze schaffén (...) »
Une surveillance par la CNS des auto-prescriptions serait recommandée avec la possibilité de justification de l'auto-prescription si nécessaire, comme pour les autres patients.	E1 (70) « (...) dass awer kann iergendeng Surveillance gemaach ginn (...) » E1 (83) « (...) do muss iergendwann d'CNS soe firwat schreifts de lo de 4. Antibiotique fir dech op (...) do muss ech dat kenne justifiéieren (...) d'selwecht wéi fir en anere Patient (...) » E12 (64) « (...) peut-être comme pour les autres patients (...) s'il y a toujours des ordonnances qui viennent de façon beaucoup trop rapprochée dans les pharmacies (...) que là on puisse mettre un frein mais ça existe déjà avec les contrôles par la CNS (...) »
Une sensibilisation aux désavantages de l'auto-prescription médicale est recommandée auprès des étudiants en médecine.	E2 (92) « (...) je pense que ce serait plus judicieux en tant qu'étudiant par exemple de parler de ce sujet (...) d'alerter les futurs médecins (...) d'éduquer un peu les médecins au lieu de contrôler s'ils font de l'auto-prescription ou non (...) » E4 (59) « (...) on pourrait sensibiliser les médecins qu'il y a aussi des désavantages à l'auto-prescription mais un frein, je ne sais pas (...) »
La volonté de se faire surveiller par d'autres médecins doit venir de l'initiative des MG eux-mêmes.	E2 (98) « (...) je pense que c'est plus important que le médecin lui-même veuille s'occuper de soi-même par le moyen d'être surveillé aussi par d'autres médecins (...) » E2 (103) « (...) je pense que ça doit venir de soi-même (...) » E4 (72) « choisir un médecin n'est pas difficile (...) il faut juste le faire »

<p>La mise en place d'un suivi par un médecin généraliste est recommandée pour permettre aux MG de consulter pour avoir une vue globale et objective.</p>	<p>E4 (80) « (...) ça va maintenant me renforcer dans mon idée de commencer à consulter un confrère généraliste (...) » E8 (46) « (...) on devrait aussi avoir un médecin traitant comme tout le monde (...) » E12 (81) « (...) si vraiment un jour je ne m'en sortais pas je prendrais (...) quelqu'un d'externe qui a une vue globale et objective (...) »</p>
<p>Il faudrait proposer des centres médicaux dédiés aux MG.</p>	<p>E5 (88) « (...) ils ont en France des structures de médecine dédiées aux médecins, ça c'est génial (...) »</p>
<p>L'examen clinique réalisé pour recevoir un certificat de « bonne santé » permettant d'obtenir l'autorisation d'exercer serait à revoir.</p>	<p>E6 (49) « (...) ech mengen d'Ënnersichung fir d'Berufserlabnis ze kréien déi ass jo zimmlech banal (...) do ass vläicht eppes ze maachen (...) »</p>

VU

NANCY, le **27 février 2023**
Le Président de Thèse

NANCY, le **27 février 2023**
Le Doyen de la Faculté de Médecine

Professeur Paolo DI PATRIZIO

Professeur Marc BRAUN

AUTORISE À SOUTENIR ET À IMPRIMER LA THÈSE/ **12879C**

NANCY, le **06 mars 2023**

La Présidente de l'Université de Lorraine

Madame Hélène BOULANGER

RÉSUMÉ DE LA THÈSE :

Introduction : La liberté de prescription inscrite dans le code de déontologie médicale permet aux médecins généralistes (MG) de pratiquer l'auto-prescription (AP) dans la prise en charge de leurs besoins de santé. A notre connaissance, aucune étude au Luxembourg n'a été menée jusqu'à présent pour identifier et comprendre les limites de ces pratiques. Les objectifs de l'étude ont été de: 1) analyser les facteurs qui interviennent dans la pratique de l'AP des MG dans le cadre de leur prise en charge médicale ; 2) identifier les limites et les risques liés à cette pratique ; 3) proposer des recommandations pour encadrer la prise en charge de leur santé.

Méthode : Une enquête qualitative a été réalisée auprès de MG à l'aide d'entretiens individuels semi-dirigés. L'analyse de contenu thématique catégorielle a été menée sur les transcriptions intégrales par extraction des verbatim et formulation des items qui répondaient aux objectifs.

Résultats : 13 MG (7 femmes ; 6 hommes ; de 41 à 68 ans) ont donné leur consentement. 72 items (idées-maîtresses) ont été formulés et classés dans 7 dimensions montrant que : 1) l'AP est utilisée par facilité, manque de temps et parce que les MG estiment avoir les connaissances requises pour établir un diagnostic de symptômes simples et aigus, et pour réaliser un suivi de problèmes de santé physique et mentale ; 2) les risques liés à ces pratiques restent un manque d'objectivité, un retard de diagnostic par banalisation des symptômes, un abus ou une dépendance à un médicament auto-prescrit sans contrôle ; 3) la consultation d'un confrère ou d'un spécialiste devrait être recommandée en cas de doute ou si les MG ne se sentent pas être à même d'évaluer un problème ou de pathologies potentiellement graves nécessitant une prise en charge objective et globale.

Conclusion : Une sensibilisation aux limites de l'AP et à la nécessité d'un suivi par un tiers est à préconiser dès le début des études de médecine, ce qui pourrait avoir un effet préventif.

TITRE EN ANGLAIS :

Selfprescription among general practitioners in Luxembourg : practices, limits and risks

THÈSE : Médecine Générale 2023

MOTS-CLÉS : auto-prescription ; santé des médecins ; médecins généralistes ; Luxembourg

INTITULÉS ET ADRESSES :

UNIVERSITÉ DE LORRAINE
Faculté de Médecine, Maïeutique et
Métiers de la Santé à Nancy
9, avenue de la Forêt de Haye
54500 VANDOEUVRE-LES-NANCY

UNIVERSITE DU LUXEMBOURG
Faculté des Sciences, des Technologies
et de Médecine
2, avenue de l'Université
L-4365 ESCH-SUR-ALZETTE
