



UNIVERSITE DE LILLE

**FACULTE DE MEDECINE HENRI WAREMBOURG**

Année 2019

THESE POUR LE DIPLOME D'ETAT

DE DOCTEUR EN MEDECINE

**LA NON PRESCRIPTION MEDICAMENTEUSE EN MEDECINE  
GENERALE EN 2019 : DETERMINANTS ET RESSENTIS DE  
MEDECINS GENERALISTES**

Présentée et soutenue publiquement le 24 octobre 2019 à 14h

au pôle Formation, Salle des thèses 2

**par Sophiane ZATAR**

---

**JURY**

**Président :**

**Monsieur le Professeur Christophe BERKHOUT**

**Assesseurs :**

**Monsieur le Professeur Jean-Marc LEFEBVRE**

**Monsieur le Docteur Ali AMAD**

**Directeur de Thèse :**

**Monsieur le Docteur Alain BARDOUX**

---

**Avertissement :**

**« La Faculté n'entend donner aucune approbation aux opinions émises dans les thèses : celles-ci sont propres à leurs auteurs »**



# Table des matières

I. INTRODUCTION :.....	8
II. METHODOLOGIE :.....	11
III. Résultats.....	13
A. Données générales : .....	13
1. Caractéristiques des médecins interrogés :.....	13
2. Impressions globales : .....	14
B. Déterminants de la non prescription médicamenteuse.....	14
1. Le médecin : .....	14
a) Ses habitudes :.....	14
b) La certitude diagnostique :.....	15
c) La perception des attentes du patient :.....	16
d) L'image du médecin :.....	17
e) La lassitude :.....	17
f) Prendre soin de son patient :.....	18
g) L'importance accordée à la prescription médicamenteuse : .....	19
h) L'effet placebo :.....	21
i) Crainte des conséquences juridiques : .....	22
2. Ce que le patient transmet au médecin : .....	22
a) Les habitudes transmises par le médecin :.....	22
b) Vécu de la maladie et influence de l'entourage : .....	23
c) Evolution des comportements des patients sur le médecin : .....	23
d) La pression exercée sur le médecin : .....	24
e) Le motif de consultation :.....	25
f) Le refus de la prise de responsabilité : .....	25
3. La relation médecin – patient :.....	26
a) Une opposition, un duel : .....	26
b) Evolution de la relation médecin – patient : .....	28
c) Une consultation singulière et inégale : .....	29
d) La confiance entre le médecin et son patient :.....	29
4. Les éléments extérieurs :.....	30
a) Les campagnes nationales : .....	30
b) Le déremboursement de médicaments :.....	30

c) Les tests de diagnostic rapide (TDR) .....	31
d) Un avis extérieur :.....	31
e) La notion de temps :.....	31
C. Le ressenti des médecins généralistes vis-à-vis de la non prescription médicamenteuse :.....	32
1. Quand elle était acceptée par le patient : .....	32
2. Quand elle n'était pas acceptée : les prescriptions contre leur gré.....	32
a) Un vécu négatif :.....	32
b) Stratégies pour y pallier :.....	34
(1) Rassurer le patient :.....	34
(2) Ecoute et empathie :.....	35
(3) La communication :.....	35
(4) L'éducation du patient :.....	36
(5) Ne pas céder à une demande que l'on jugerait inappropriée :.....	37
(6) La consultation rapprochée.....	38
(7) La substitution.....	38
IV. Discussion.....	39
A. L'étude réalisée.....	39
1. Résultats principaux : .....	39
2. Déroulement du travail : .....	39
3. Limites du travail :.....	40
B. Discussion des résultats.....	42
1. Les déterminants de la non prescription médicamenteuse :.....	42
a) Le médecin :.....	42
b) Le patient :.....	53
c) La relation médecin – patient :.....	54
d) Les éléments extérieurs : .....	59
2. Vécu négatif des médecins quand leur décision thérapeutique n'est pas acceptée : .....	61

3.	limiter les prescriptions contre le gré des médecins : .....	63
4.	En pratique :.....	67
V.	Conclusion .....	70
VI.	Références .....	73
VII.	Annexes :.....	78

## **Abréviations :**

CNAM :	Caisse Nationale d'Assurance Maladie
CPAM :	Caisse Primaire d'Assurance Maladie
DIU :	Dispositif Intra-Utérin
DREES :	Direction de la Recherche, de l'Etude, de l'Evaluation et des Statistiques
ECG :	Electrocardiogramme
HCAAM :	Haut Conseil de l'Avenir et de l'Assurance Maladie
IMG :	Interne de Médecine Générale
MG :	Médecin(s) Généraliste(s)
TDR :	Test de Diagnostic Rapide
VS :	Versus

## I. INTRODUCTION :

C'est un samedi matin en consultation médicale de garde que je rencontre un papa avec ses deux filles ayant des troubles digestifs. J'examine l'aînée, qui n'est plus symptomatique depuis la veille, son examen physique est rassurant. La cadette a toujours des vomissements et des diarrhées. L'examen clinique est rassurant et confirme le diagnostic de gastro-entérite aiguë non compliquée. J'explique le diagnostic au père, donne des conseils d'hydratation et de réalimentation pour la première, et prescris un traitement symptomatique pour l'autre. Il me tend sa carte vitale et je lui demande de régler les deux consultations. Il a l'air surpris et me dit : « Ah bon ?! Je paie pour elle aussi alors que je n'ai pas d'ordonnance ?! ». A mon tour étonnée, je lui réponds qu'il paie pour un avis médical, un examen, un diagnostic, des conseils et, parfois, une prescription médicamenteuse. Peu convaincu et un peu en colère, il règle et quitte la salle de consultation.

Cette consultation m'a laissé une étrange impression, m'amenant à réfléchir sur la consultation de médecine générale, et ce qu'en attendent les patients. Il semble que ce monsieur attendait une ordonnance pour chacune de ses filles, condition au paiement de la consultation. Mais pourquoi ? Qu'est-ce qui a conditionné cette attente ? Quel rôle les médecins généralistes ont-ils joué dans ces attentes ?

Je me suis donc intéressée au sujet, et en consultant la littérature médicale, il apparaît que la France est l'un des pays les plus consommateurs et les plus prescripteurs de médicaments, au 1<sup>er</sup> rang européen (1) avec 1,9 médicament/habitant/semaine contre 1,3 aux Pays-Bas (2) et au 2<sup>ème</sup> rang mondial



derrière les Etats-Unis (1). En 2005, 90% des consultations médicales en France se concluaient par une prescription médicamenteuse, soit bien plus qu'en Allemagne (72,3%) et surtout qu'aux Pays-Bas (42,3%). Le même constat est fait dans de nombreuses études, utilisant divers critères de mesure (1) suggérant qu'il existe une particularité française. Le Haut Conseil de l'Avenir de l'Assurance Maladie (HCAAM) a évoqué en 2006, un « modèle français de prescription », caractérisé par l'application plus fréquente que dans les autres pays de l'équation « consultation = ordonnance = médicaments » (2). Il n'est pas retrouvé de modèle identifié pour d'autres pays européens ni dans le monde.

Cette prescription médicamenteuse est influencée par divers facteurs, comme l'a mis en évidence l'étude de la Direction de la Recherche, de l'Etude, de l'Evaluation et des Statistiques (DREES) de 2002 (motif de recours, diagnostic établi, qualité de la relation médecin/malade, âge du patient, âge du médecin...) (3). En 2007, une analyse bibliographique a montré l'importance de l'interaction entre le médecin et son patient sur la décision de prescription, à travers ce que perçoit le médecin des attentes de son patient (4). Les consultations sans prescription ne concernent que 9,8 consultations sur 100 en France, contre 56.8 aux Pays-Bas (1).

L'importance de ces prescriptions médicamenteuses a également un coût. On constate, lors de différentes lectures, que la réduction des dépenses en termes de médicaments est une préoccupation dans de nombreux pays. Pour cela, les pays européens mettent en place des stratégies différentes, comme en Allemagne en 1992 où un système d'enveloppe globale fixant un montant de remboursement de produit pharmaceutique par médecin par année a été instauré pour 1992-1993 avec sanctions financières en cas de dépassement. Au Royaume-Uni, ils ont

adopté une stratégie plus pédagogique avec information au médecin de ce que représentent ses prescriptions individuelles comparativement aux autres praticiens de son secteur, mais aussi sur la sécurité, l'efficacité relative et le prix de médicaments similaires (5).

En France, la gestion du système de Santé est une préoccupation continue, avec la recherche d'amélioration et de maîtrise des dépenses de Santé, comme en témoignent les rapports annuels de l'Assurance Maladie au Parlement, contenant des propositions d'amélioration (6).

Dans ce contexte, on peut s'interroger sur la place de l'ordonnance dans la consultation médicale. Si les patients semblent l'attendre de façon systématique, quelle est la position du médecin généraliste (MG) par rapport à l'ordonnance ? Qu'est-ce qui influence la décision thérapeutique du MG lors de la consultation ? Pourquoi ne fait-il que très peu de consultations sans prescription médicamenteuse ?

L'objectif de ce travail est d'explorer et de comprendre ce qui détermine la non prescription médicamenteuse des MG et comment ils la mènent à bien, ou, en cas d'échec, quel est leur ressenti ?

## II. METHODOLOGIE :

Dans cette étude, je cherche à explorer ce qui détermine la non prescription médicamenteuse des MG et leur ressenti vis-à-vis de celle-ci. Pour cela, j'ai choisi d'appliquer une méthode qualitative pour explorer des éléments subjectifs comme le ressenti, et laisser les MG s'exprimer librement : « A ce titre, la recherche qualitative est particulièrement adaptée à la médecine générale car elle permet un abord plus élargi de la compréhension de la santé et des déterminants de soin » (7).

J'ai réalisé des entretiens individuels semi-dirigés auprès de MG aux modes d'exercice différents, afin de favoriser l'expression de pratiques et de ressentis personnels. Ces entretiens ont donc été faits par un animateur seul, selon un guide d'entretien élaboré au préalable, fait de questions ouvertes s'attachant à répondre aux objectifs de ce travail, et adapté selon les réponses au fur et à mesure de l'étude. (cf. Annexe (1)).

Les MG ont été recrutés dans le bassin de vie de Sambre-Avesnois et de Thiérache pour des questions de faisabilité, dans une zone géographique proche de mon domicile et de mon futur lieu d'exercice. Un questionnaire permettant de recruter différentes caractéristiques était distribué à chaque participant. Les entretiens ont eu lieu de l'été 2018 au printemps 2019.

Les propos recueillis ont été enregistrés à l'aide d'un dictaphone, puis retranscrits sur logiciel de traitement de texte Microsoft Word®. Les participants en ont été informés, et les données anonymisées. L'analyse a été faite à la main. Une analyse thématique des données a permis une codification, puis l'émergence de catégories conceptuelles. Une triangulation a été faite dans le but de limiter le

caractère subjectif de l'analyse des discours des médecins participants, avec une personne extérieure à la recherche ayant l'habitude d'analyser des entretiens semi-dirigés dans le cadre d'études qualitatives (Mme Claire DUCRO, Maître de conférences des Universités en psychologie clinique). Elle a relu les transcriptions des entretiens, en a fait une analyse indépendante. Nous avons ensuite comparé les deux analyses pour tenter d'être plus objectives et en faire découler des concepts.

### III. Résultats

#### A. Données générales :

##### 1. Caractéristiques des médecins interrogés :

Le tableau 1 résume les caractéristiques des médecins interrogés lors de cette étude :

MG	1	2	3	4	5	6
Sexe	F	F	F	H	H	H
Age (années)	50-59	50-59	50-59	20-29	40-49	60-69
Début d'exercice	2009	1997	mq	2018	2005	1988
Mode d'exercice	Lib – gpe	Lib – gpe	Lib – seul	Mixte	Lib - gpe	Lib - seul
Lieu d'exercice	Urbain	Semi*	Rural	Urbain	Urbain	Semi*
Groupe de travail	Non	Non	Mq	Non	Oui	Oui
DPC	Non	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
Revue(s) médicale(s)	Non	Non	Oui	Oui	Oui	Mq
MSU	Non	Non	Oui	Non	Non	Non
Diplôme(s) spécialisé(s) complémentaire(s)	0	DU med co	Homéopathie	DU addictologie	0	Homéopathie

F=Femme // H=Homme // Lib = exercice libéral //mixte = libéral et hospitalier // seul = cabinet seul  
 // gpe = cabinet de groupe // msp = maison de santé pluriprofessionnelle // urbain = milieu urbain //  
 rural = milieu rural // semi\* = milieu semi-rural // DU med co = Diplôme universitaire de médecin  
 coordonnateur d'EHPAD // mq = donnée manquante

## 2. Impressions globales :

L'analyse des entretiens réalisés auprès de six MG a permis de mettre en évidence que la pratique de la non prescription médicamenteuse restait rare. Plusieurs facteurs ont été évoqués pour expliquer les difficultés que rencontraient les praticiens à décider et à faire accepter une non prescription à leurs patients.

### B. Déterminants de la non prescription médicamenteuse

#### 1. Le médecin :

##### a) Ses habitudes :

Les habitudes de prescription propres à chacun des MG interrogés étaient un élément très présent dans leur discours. Tous les ont évoquées. Certains constataient que c'était « *Ce [qu'ils faisaient] sans [s]'en rendre compte* » (MG6). L'un d'entre eux, le MG4, disait même qu'il prescrivait : « *si ce n'est pas à chaque fois, c'est...allez, 95% des cas. [...] C'est vraiment habituel.* ». Pour lui, la question de la non prescription médicamenteuse ne se posait pas, il ne l'envisageait pas comme option thérapeutique, sauf dans certaines circonstances précises ne relevant pas d'une thérapeutique médicamenteuse : « *Les seuls cas où je n'en fais pas, de prescription, c'est quand j'ai fait faire des examens complémentaires, que tout est revenu normal, et que la symptomatologie a disparu.* » (MG4). Dans ces circonstances, c'était la non prescription médicamenteuse qui devenait presque systématique.

Ce fait n'était pas pour eux quelque chose de nouveau : ce type de pratiques était hérité des générations de médecins qui les avaient précédés. Ceux-ci prescrivait de façon plus importante et plus systématique : « *Dans le temps, quand on allait chez le médecin, on devait sortir avec une ordonnance. [...] Mon*

père, [...] avait une médecine totalement différente de la nôtre, où on prescrivait vraiment beaucoup » (MG2) ; « Nos anciens sont les artisans de cette pratique » (MG5). Ils pensaient que cela était entretenu par l'image que la société a du médecin et de la consultation médicale : « Un médecin, ça veut dire médicaments » (MG6) ; « C'est vrai que [...] pour 90% des gens, il faut partir avec son ordonnance, sinon on n'est pas bien soigné. » (MG2).

Cependant, tous pensaient que ces pratiques étaient remises en question, en train d'évoluer, avec une volonté de prescrire moins : « Je pense que les jeunes sont plus familiarisés avec une moins grande prescription » (MG4) ; « Depuis toujours je me suis « battue », entre guillemets, pour essayer de diminuer les listes de médicaments » (MG2).

Dans ce cadre, les habitudes transmises par les générations antérieures de MG les gênaient : « Un bon médecin, ce n'est pas forcément un médecin qui prescrit beaucoup. Peut-être que ça a été l'image qui a transparu dans les années [...] 1980 [...], mais plus maintenant. » (MG5). Pour d'autres, comme le MG1 « c'est peut-être une question de génération, [...], les jeunes médecins [ont] l'air d'avoir plus de facilité à ne pas prescrire », peut-être parce que l'enseignement a changé : « On vous l'apprend peut-être plus en fac... donc c'est peut-être plus facile pour vous » (MG1) ; parce que « avant [...] je pense qu'ils n'étaient pas éduqués comme ça, les médecins » (MG2), et n'avaient donc pas cette notion de limitation des prescriptions médicamenteuses.

b) La certitude diagnostique :

Il était plus facile, pour les MG interrogés, de ne pas faire de prescription médicamenteuse lorsqu'ils étaient sûrs de leur diagnostic, et que celui-ci ne demandait pas de thérapeutique médicamenteuse : « Sur certaines choses, quand

*le diagnostic est sûr, ou posé » (MG5). Pour cela, le MG devait avoir une certaine confiance en lui, facilitée par l'expérience, et donc plus simple s'il était plus âgé : « le discours d'un jeune médecin et le discours d'un médecin plus âgé n'est pas le même. Un jeune installé, ce sera plus difficile pour lui... Il a moins d'appui... » (MG5). Ainsi les médecins plus âgés pensaient que l'exercice était plus difficile pour un jeune médecin, installé depuis peu.*

Cette expérience avait une double conséquence sur la pratique des MG. Elle leur permettait d'avoir plus de crédibilité et de confiance face au patient : *« C'est la chance de l'expérience. Avec les patients que je suis depuis 25 ans [...] qui viennent déjà avec l'idée préconçue que : "je vais aller voir Mme [X], elle va me rassurer » (MG3). Elle donnait aussi plus de confiance en soi pour s'affirmer auprès des patients : « Et puis, au fur et à mesure des années, ben... on prend un peu d'assurance, et puis : "Bah non, ce n'est pas comme ça" » (MG5). Cela leur permettait de plus facilement imposer et aller au bout d'une non prescription médicamenteuse.*

L'expérience du médecin lui permettait également d'être moins sensible à la culpabilité qu'il aurait pu ressentir en prescrivant un médicament qu'il ne souhaitait pas prescrire initialement, ou lorsqu'au contraire, il maintenait une non prescription médicamenteuse malgré le mécontentement du patient avec le sentiment de ne pas aider son patient : *« Parfois, on se dit "je n'aurais pas dû" [...]. Avec l'expérience je suis moins [...] dans l'inquiétude que je ne l'étais. [...] C'est rare que je culpabilise » (MG3).*

c) La perception des attentes du patient :

Ce que le médecin pensait percevoir des attentes des patients, de ce qu'il attendait de la consultation ainsi que de la manière dont il allait recevoir la non



prescription médicamenteuse, influençait sa décision thérapeutique : « *Pour les gens [...] ça fait partie de la consultation, oui, d'avoir un traitement* » (MG2), « *pas de prescription, je pense que ça va leur faire trop quoi. [...] La "non ordonnance" je pense qu'on n'en est pas encore là !* » (MG4).

d) L'image du médecin :

L'image que le MG avait de lui-même dépendait beaucoup de celle que les patients lui renvoyaient. Par exemple, le MG4 disait : « *L'image vraiment, que tu as de toi, elle vient des patients. Pour moi, elle vient des patients. Elle vient du mécontentement, mais aussi des moments un peu drôles, des moments un peu de complicité... ouais, elle vient de là !* » (MG4). Aussi, pour donner une bonne image de lui au patient, et « *par miroir* » (MG4) à lui-même, le MG adaptait ses prescriptions pour coller à cette image que les patients avaient de lui, et répondre aux attentes qu'il croyait déceler : « *Je l'associe à une réponse, aussi, particulière [...] une réponse à l'attente* » (MG4).

Le médecin avait aussi une « réputation » qui le précédait, une certaine image dans la société. Quand il la connaissait, cela pouvait également influencer ses décisions thérapeutiques, qu'elles fussent médicamenteuses ou non, et selon qu'il voulût, ou pas, se conformer à cette image : « *Je sais que je n'ai pas la réputation de quelqu'un qui est facile, [...] de quelqu'un qui prescrit beaucoup* » (MG3). Cela pouvait aussi le conforter dans une décision de non prescription médicamenteuse, l'aider à prendre confiance en lui-même et à s'affirmer.

e) La lassitude :

L'état d'esprit des MG pouvait varier selon les jours, selon l'heure de la journée, les ennuis personnels... et donc modifier son attitude envers le patient, voire sa décision thérapeutique. On pouvait retrouver différents facteurs

d'influence : lassitude de la journée « *c'était le soir, j'étais fatigué [...], environ 20h30...* » (MG6), lassitude d'expliquer de nombreuses fois sa décision thérapeutique « *c'est le quinzième patient auquel il faut expliquer qu'il n'y en a pas besoin !* » (MG2) ; fatigue de la journée liée aux consultations répétées « *ça m'arrive, en fin de journée des fois, une petite lassitude, on n'a pas envie de parler, on n'a pas envie d'expliquer plus que ça [...]. C'est lié au temps, c'est lié à la lassitude, ce n'est pas forcément honorable, mais [...] c'est humain.* » (MG5). Ainsi, certains admettaient que « *ça va toujours plus vite de dire oui et d'ajouter une ligne à l'ordonnance que d'expliquer qu'il n'en faut pas...* » (MG5).

Ce sentiment de lassitude était également lié à celui d'être surchargé (« *on a déjà assez à faire* » (MG3)) par des tâches qui n'étaient pas toujours médicales (« *on est plus secrétaires ! On ne fait plus d'actes techniques* » (MG2)). Tout cela avait tendance à démotiver les médecins, qui renonçaient donc parfois à expliquer, argumenter, et réalisaient une prescription médicamenteuse, aux dépens des recommandations de bonnes pratiques ou de leur conviction initiale.

Le MG était aussi présenté comme quelqu'un de faillible, pouvant commettre des erreurs, parfois dues à cette lassitude : « *ça n'empêche pas de se planter hein ! [...] du coup, [...] après, faire son mea culpa.* » (MG4).

f) Prendre soin de son patient :

La notion de prendre soin de son patient était évoquée et importante dans les six entretiens réalisés. Même s'ils l'exprimaient différemment, tous les MG avaient à cœur de ne pas nuire au patient, ne pas lui être néfaste, parce que « *Être nocebo, ça c'est vraiment une erreur* » (MG6). Dans toute décision thérapeutique qu'ils prenaient, la balance bénéfice / risque devait rester en faveur du patient, qu'il y eût un traitement ou non : « *nous, on sait que le médicament A des effets*

*secondaires » (MG3) ; « et puis, il y a la iatrogénie aussi » (MG2), « à défaut de quelque chose de nocif » (MG4).*

g) L'importance accordée à la prescription médicamenteuse :

Ce qui pouvait rendre complexe le fait de ne pas prescrire de médicaments lors d'une consultation médicale, c'était le rôle et l'importance que les MG accordaient à cette prescription médicamenteuse.

Certains s'en servaient de façon concrète comme élément temporel dans une consultation qui paraissait protocolisée. Elle servait, par exemple, « *pour marquer la fin de la consultation* » (MG4).

Pour le MG4, avoir le pouvoir de prescrire constituait l'essentiel de sa fonction de médecin, et le définissait en tant que tel. Par conséquent, lorsqu'il ne faisait pas de prescription médicamenteuse, il se sentait « *inutile* » : « *bon, je le prescris quand même ; peut-être pour avoir une utilité, pour me sentir utile peut-être...* » (MG4). Le fait de ne pas prescrire de médicaments semblait lui faire perdre confiance en lui et en ses capacités médicales, voire personnelles : « *Je vais devoir lui dire [...] "voilà, je ne vous prescris rien", et ça, je ne m'en sens pas encore capable [...] j'ai l'impression qu'ils se diraient "Bah il ne sert à rien" »* (MG4). La prescription médicamenteuse lui permettait de « *légitimer [le patient], et me légitimer moi dans mon exercice* », ainsi que de les conforter tous deux dans leur rôle respectif de soigné et de soignant : « *On ne va pas le conforter dans son rôle de patient* » (MG4). Ce MG l'associait « *peut-être à l'attention, [comme pour] leur dire "j'ai été attentif à ce que vous m'avez dit, et je fais une prescription en réponse à votre attente* » (MG4).

Pour tous les MG, il était important de rester le décisionnaire de cette prescription médicamenteuse quand elle était nécessaire. Elle ne devait pas être une exigence du patient. Ainsi, ils gardaient le contrôle sur la consultation, et ne la subissaient pas : « *Je pense qu'il faut qu'on garde la main sur...* » (MG3) ; « *C'est moi qui suis maître de mon stylo [...] Mais c'est moi qui prescris ! Ce n'est pas le patient qui vient me demander quelque chose* » (MG5). Ce MG5 restait tout de même ouvert à une demande du patient, et y accédait s'il la pensait justifiée : « *Après, si le patient vient avec une information qui est correcte, je lui explique pourquoi il faut le prendre ou il ne faut pas le prendre. S'il a raison, je lui prescris oui ! [...] Il ne faut pas toujours les condamner en disant « ils ont tort ! ». Ils ont parfois raison.* ». Ainsi, il admettait que : « *La décision peut être partagée, mais la direction doit être donnée par le médecin, en connaissance de la science actuelle et des données médicales.* ».

Le MG6 voyait en la prescription médicamenteuse un moyen de communiquer avec le patient : selon lui, un « *monde intermédiaire* » existait entre le médecin, qui a appris l'anatomie, la physiopathologie... et le patient, qui subit la maladie, en ressent les effets, mais sans les connaissances théoriques pour rationaliser. Pour ce médecin, « *il y a tout un monde intermédiaire entre le vôtre, le nôtre, enfin, le monde du médecin, et le monde du patient. Et c'est là que se situe la thérapeutique, dans ce monde intermédiaire. C'est pour ça qu'on fait des prescriptions, qui servent de monde intermédiaire [...]. Je ne sais pas comment le dire mieux...* ». D'autres l'exprimaient comme un élément concret que le médecin remettait au patient pour fixer ce qui s'était dit pendant la consultation. Mais pour eux, il s'agissait toujours d'un échange.

Par cette fonction d'échange, certains attribuaient presque une fonction commerciale à la prescription médicamenteuse : le patient qui payait sa consultation, devait recevoir quelque chose en retour. Ce retour devait être concret plutôt que du simple conseil, qui semblait insuffisant pour le patient : « *Ils attendent le conseil, le conseil oral, mais aussi une ordonnance. [...] Il y a une sorte de consommation qui se fait [...] de consommation de soin [...] et j'ai l'impression que si on ne donne pas quelque chose à consommer, ça ne va pas aller* » (MG4). Il en découlait pour certains, une sorte de démarche de fidélisation de la patientèle : « *tu n'as pas l'accroche avec eux, parce que tu ne leur donnes rien, donc ils ne se sentent pas accrochés à toi [...], et je pense que ça biaise la relation que tu as avec lui après* » (MG4).

#### h) L'effet placebo :

Ce MG4 évoquait également l'importance de l'effet placebo dans la prescription médicamenteuse. En effet, dans toute prescription, « *il y a l'effet placebo des médicaments qui joue forcément aussi* ». Faire une prescription médicamenteuse lui permettait de jouer sur trois éléments envers le patient : le rassurer, utiliser l'efficacité intrinsèque du médicament mais aussi l'effet placebo inhérent à chacun d'eux. Le MG4 évoquait aussi l'effet placebo dépendant du mode d'administration d'un traitement : les injections seraient plus efficaces que les traitements par voie orale. La notion de placebo était également présente dans l'entretien réalisé avec le MG6 : pour lui, cet effet placebo semblait le mode d'action de tous les médicaments, ou presque : « *vous avez vu la différence entre placebo et médicament actif ?  $p = 0.05...$*  ». Autrement dit, pour lui, l'efficacité de tout médicament serait due à l'effet placebo, que le médicament soit un princeps, ou ce que nous appelons « médicament placebo ».

i)  Crainte des conséquences juridiques :

Cette pensée était exprimée par beaucoup des MG interrogés, qui craignaient les conséquences juridiques, voire judiciaires, de leurs décisions thérapeutiques : « *attention quand même ! Je pourrais vous en parler des mises en question de la responsabilité médicale [...] Vous voyez, quand même, il faut y penser à ça* » (MG6) ; « *on a quand même la responsabilité de notre prescription* » (MG3) ; « *C'est VOUS qui êtes responsable* » (MG5).

Si cette anxiété existait pour les prescriptions médicamenteuses, la non prescription médicamenteuse était aussi objet d'inquiétude : « *Sachant qu'on peut aussi rechercher ma responsabilité sur une non prescription* » (MG6), parfois plus que la prescription médicamenteuse d'un médicament jugé peu dangereux.

**2. Ce que le patient transmet au médecin :**

a)  Les habitudes transmises par le médecin :

Les MG parlaient des habitudes du patient, qui leurs étaient transmises par leur MG habituel pour les consultations en « 2<sup>ème</sup> avis », ou précédent pour les médecins reprenant une patientèle : « *Il y a une question d'habitude, et il y a la question, pour les médecins, de les habituer* » (MG6).

Ainsi, les patients, qui recevaient systématiquement un traitement à chacune de leurs consultations, attendaient cette prescription : « *S'ils ont l'habitude d'avoir une prescription de médicaments et d'antibiotiques [...]. Dans ces cas-là, j'ai l'impression que l'explication vaut moins que le médicament.* » (MG4).

b) Vécu de la maladie et influence de l'entourage :

Les MG relaient une expérience qu'avaient les patients de leur maladie, de leurs antécédents, qui leur donnaient des convictions quant au traitement nécessaire pour leur guérison : « *D'habitude, mon médecin me donne ça et ça marche.* » (MG1), « *Mais elle me dit, elle, souffrir le martyre et qu'il n'y a que l'antibiotique qui peut soulager sa douleur* » (MG3), « *Parce qu'il y a des patients qui se connaissent bien aussi !* » (MG5).

Ces convictions, ces croyances personnelles, pouvaient, d'après les MG, être influencées par l'entourage du patient : « *Des gens qui se sont laissés convaincre par d'autres [...] qu'ils ont quelque chose de grave* » (MG3). Internet avait également une influence grandissante, surtout en milieu rural, sur le comportement et les demandes des patients, en leur apportant des connaissances sur la maladie dont ils pensaient être atteints : « *Ils sont allés sur internet, ils sortent des mots compliqués* » (MG3) ; « *Il me faut tel médicament, parce que j'ai vu sur Internet que [...] ça soignait bien.* » (MG5).

c) Evolution des comportements des patients sur le médecin :

Si les MG interrogés pensaient que leur pratique avait évolué au cours des dernières décennies, ils estimaient aussi que « *les patients [avaient] changé* » (MG2), dans leurs comportements, mais également dans leur relation avec leur médecin.

Ils les trouvaient « *plus pressants* » (MG1), « *un peu exigeants, et... pas "revendicateurs" mais...* » (MG4), plus impatientes, « *parce que maintenant, il faut que ça passe tout de suite [...]. Ils sont plus difficiles à gérer* » (MG1), « *Ils attendent [...] d'être guéris vite. Tout doit se faire vite* » (MG4). Ils attendaient de

leur MG qu'il trouve la « *baguette magique* » (MG3) pour les soulager immédiatement de leurs symptômes.

Ils estimaient également que le respect envers le MG, en tant que professionnel et en tant que personne, se perdait depuis quelques années : « *Dans le temps, le médecin, c'était quelqu'un d'important. Quand il disait quelque chose on le suivait. Maintenant... [...] Maintenant, il y a moins de respect je dirais... moins de respect envers le médecin* » (MG2). Or cette notion semblait importante pour eux, et s'établissait dès les premières consultations : « *si tu ne poses pas tes limites [...] au début, t'es foutu après* » (MG4), « *Quand t'es jeune, souvent tu essaies de faire plaisir. Et puis les gens... ils en abusent* » (MG2).

Les patients en arrivaient à revendiquer leur ordonnance comme un droit, donc quelque chose de légitime que le médecin ne pouvait pas leur refuser : « *ils ont DROIT à leur ordonnance [...]. Ils ont le DROIT d'avoir des médicaments... parce que c'est devenu un DROIT !* » (MG2).

d) La pression exercée sur le médecin :

Les MG en arrivaient à ressentir une pression que le patient exerçait sur eux, de façon plus ou moins marquée, mais toujours présente : « *et je sentais la pression... [...] des patients !* » (MG4), « *Des gens viennent me presser pour me demander des choses* » (MG5), « *La consultation, quelle qu'elle soit, c'est toujours de la négociation* » (MG3), « *C'est vrai que certaines personnes, je sais qu'elles forcent toujours la main* » (MG2).

Cependant, tous n'y étaient pas sensibles de la même façon, certains y résistaient plus facilement : « *Les patients qui viennent me voir en me disant : « il me faut ça, ça, ça », en général ça ne marche pas. [...] "Ma voisine va voir son*



*médecin qui lui prescrit lui !”. Eh ben, non ! “Allez voir son médecin !” Voilà !» (MG5), ce qui n’était pas le cas pour d’autres.*

e) Le motif de consultation :

Le motif de consultation des patients permettait au médecin de proposer plus ou moins facilement une non prescription médicamenteuse.

Lorsque les patients venaient pour demander un renouvellement de traitement chronique, pour des maladies chroniques, la prescription médicamenteuse devenait évidente, obligatoire pour les MG : « *Evidemment, quand ce sont des pathologies chroniques, il faut des médicaments. Evidemment...* » (MG2), « *Pathologie chronique = traitement chronique, c’est normal.* » (MG5).

Au contraire, lorsqu’ils venaient pour d’autres motifs comme « *quand le patient vient pour un avis sans être... euh... sans avoir forcément nécessité d’avoir un traitement. Parce qu’il y a beaucoup de patients qui viennent en disant : “j’espère que je n’ai pas ça !”. Bah... “Vous n’avez pas ça !”* » (MG5) ; ou « *la pédiatrie. Toutes les consultations de prévention. Les consultations pour résultats d’examens.* » (MG1).

f) Le refus de la prise de responsabilité :

Lors de l’entretiens de deux des MG (MG3 et MG5), il a été mentionné que les patients, même s’ils cherchaient de plus en plus à être acteurs de leur santé, s’ils remettaient facilement en cause les dires et décisions du médecin, ne voulaient pas prendre la responsabilité d’une décision thérapeutique les concernant, car cela revenait au professionnel de santé : « *alors, ils doivent prendre une décision et du coup, ça devient la tourmente dans leur tête* » (MG3) ;

« il y a une sorte de déni derrière, une sorte d'oubli en disant... Le patient vient et déclare : « mais VOUS m'avez prescrit ça ! ». Il ne dit pas : « parce que je vous l'avais demandé » (MG5).

### 3. La relation médecin – patient :

#### a) Une opposition, un duel :

« Les gens, ils viennent pour se battre quelques fois ! » (MG6).

Lors de la consultation se mettait en jeu la relation entre le patient et son médecin. Celle-ci prenait parfois l'allure d'un duel, d'un conflit que chacune des deux parties cherchait à gagner. Pour le patient, cela consistait à obtenir le médicament qu'il pensait nécessaire pour aller mieux ; pour le médecin, il s'agissait de réussir à mener à bien une non prescription médicamenteuse.

Pour cela, chacun utilisait ses « armes » (MG3), ses arguments pour faire entendre et admettre son point de vue : « On arrive au terme d'une looonngue consultation où on a quand même... été rechercher des arguments » (MG3). Cette dualité, parfois pénible mais nécessaire, s'installait alors : « si tu ne fais pas ce bras de fer au début, si tu ne poses pas tes limites [...] au début, t'es foutu après » (MG4). Mais « de toute façon, la consultation, quelle qu'elle soit [...] ça reste toujours de la négociation » (MG3).

Remporter ce duel était satisfaisant, valorisant pour le médecin : « Je me dis : "bah ça va, j'ai gagné !" [...] j'ai gagné, dans mon intention » (MG6). Cependant, « ça ne veut pas dire que [le patient] a perdu hein ! » (MG6) : pour ce médecin, les deux parties étaient gagnantes, la non prescription médicamenteuse leur étant bénéfique à toutes deux.

Cependant, le discours des MG laissait transparaître une volonté d'éviter ces situations conflictuelles avec le patient. Pour cela, chacun utilisait des méthodes différentes pour aboutir à un compromis :

- Prescriptions anticipées : « *souvent ce que je fais [...] je donne un antibiotique à côté* » (MG2)
- Substitution : « *Je prescris quelque chose d'inutile, à défaut de quelque chose de nocif* » (MG4), et notamment l'homéopathie : « *Ou je préconise de l'homéopathie* » (MG2) ; « *moi, j'ai mon arme d'homéopathie* » (MG3), « *je suis homéopathe* » (MG6).
- Prescription médicamenteuse systématique, évitant la négociation et le mécontentement des patients, dans une consultation protocolisée et immuable : « *c'est, allez, 95% des cas* » (MG4)
- Accès simple à la requête du patient : « *Si je sens que c'est compliqué, je donne quelque chose hein ! [...] Mon but à moi c'est de guérir hein ! Enfin de soigner hein ! Ce n'est pas de le mettre en difficulté !* » (MG6)
- Sélection des patients en amont, de façon à ce que la patientèle fût en adéquation avec la pratique du médecin : « *le message n'est pas passé [...] alors on n'est pas faits l'un pour l'autre [...], eh bien, on divorce, et puis ils vont voir un autre médecin. [...] en général, ils se trient eux-mêmes, ils ne reviennent plus. [...] Il y a un tri qui se fait, de toute manière, de façon automatique* » (MG5).

Il apparaissait également dans les propos recueillis, que les MG vivaient la consultation comme une sorte de pièce de théâtre, dans laquelle chacun avait son rôle propre et prédéfini : « *ce n'est pas "scénarisé", mais comme chacun a son rôle. [...] Mon rôle à moi va être de lui donner l'ordonnance, et son rôle à lui, va*

*être de recevoir l'ordonnance » (MG4), mais dans laquelle pouvaient aussi se jouer des faux-semblants : « faire comme si » (MG3), avec des non-dits de la part du médecin : « je me formule des hypothèses diagnostiques dans ma tête, sans les formuler au patient » (MG3) ; comme du patient : « sans même [que le patient ne] vous le dise » (MG6).*

Dans ce rapport de dualité, le médecin essayait de ne pas se faire piéger par son patient, dont l'intention était consciente ou non. Chez le MG3, cette notion de piège était très présente : *« on essaie de penser tout de suite [...] pour ne pas se faire piéger » ; « je me suis faite piéger hier » ; « là, elle m'a eue ! », « voilà quoi ! Je me suis faite avoir, je me suis faite avoir ! ».*

b) Evolution de la relation médecin – patient :

De nombreux MG estimaient que le rôle de chacun était remis en question avec une volonté du patient d'égaliser les forces, jusqu'à prendre le contrôle de la consultation, voire la décision thérapeutique : *« [c'est] difficile quand le patient veut être derrière le bureau, au mauvais endroit. » (MG5).*

Cela ferait du médecin un *« simple exécutant » (MG3)* parce que *« c'est le patient qui, aujourd'hui, veut diriger la consultation, et quand c'est le médecin en face de lui qui lui dit ce qu'il faut faire, il n'aime pas trop » (MG5).* Pour les MG, l'accès à Internet et aux informations médicales donnait au patient le sentiment de pouvoir rivaliser avec les soignants, qui cherchaient tout de même à garder la main sur la consultation et son issue.

Les propos des MG traduisaient le ressenti que les patients voulaient être acteurs de leur santé, cherchant à comprendre et à partager la décision

thérapeutique avec le médecin : « *La décision peut être partagée, mais la direction doit être donnée par le médecin* » (MG5).

c) Une consultation singulière et inégale :

Dans les propos recueillis au cours des entretiens, la consultation médicale apparaissait comme « *une consultation singulière* » (MG3), un face-à-face particulier entre le médecin et son patient, et au cours duquel une intimité devait très vite s'installer, bien que, dans la majorité des cas, ces deux personnes se côtoyaient uniquement dans ce contexte de consultation médicale, voire, parfois ne se connaissaient pas avant ce rendez-vous : « *C'est une personne que je n'ai jamais vue, on fait l'interrogatoire [...] Puis après je les examine* » (MG2).

Ainsi, cela remettait en avant le caractère déséquilibré de la consultation avec un soignant, un « sachant », avec des connaissances, en pleine santé, donc fort, supérieur, et le soigné, malade, parfois dénudé, vulnérable, et dont on pénétrait l'intimité.

d) La confiance entre le médecin et son patient :

Il était important pour les MG que les patients aient confiance en eux et en leurs décisions thérapeutiques. Cela pouvait permettre de surseoir à la prescription médicamenteuse, car le patient se trouvait rassuré par son médecin. Mais il importait que cette confiance fût réciproque : si le patient devait avoir confiance en son médecin pour accepter ses décisions thérapeutiques, le médecin devait pouvoir faire confiance à son patient. Par exemple, lorsque le MG2 se rendait compte que l'un de ces patients avait consulté un autre médecin pour obtenir ce qu'elle lui avait refusé, elle mettait fin à la relation thérapeutique : « *Eh bien, je m'en décharge totalement. Parce que [...] je ne trouve pas ça honnête de leur part* » (MG2).

#### 4. Les éléments extérieurs :

##### a) Les campagnes nationales :

La plupart des médecins interrogés considéraient que les campagnes nationales de prévention, la diffusion de messages de santé à grande échelle constituaient une aide précieuse pour faire passer des messages de Santé publique aux patients. Le plus souvent portées par les médias (télévision, radio), elles étaient une aide majeure pour transmettre ces informations et aider à la limitation des prescriptions médicamenteuses : « *les médias, c'est ce qui marche le mieux avec les patients. [...] Si à la télé ils ne l'ont pas dit, ça ne sert à rien !* » (MG1). La plus citée était celle de l'Assurance Maladie, « *Les antibiotiques, c'est pas automatique !* ». ; « *Ce qui marche très très bien, [...] ce sont les spots publicitaires à la télé ! [...] "les antibiotiques c'est pas automatique" ou des trucs comme ça* » (MG2) ; « *J'ai dit à un confrère de la Caisse [Primaire d'Assurance Maladie, ndlr] : "pourquoi vous ne la ressortez pas régulièrement celle-là ? Parce que ça nous a bien aidé !"* » (MG3).

##### b) Le déremboursement de médicaments :

Une autre aide citée par le médecin était le déremboursement de certains médicaments. Ils s'en servaient alors comme argument pour en prescrire moins, à défaut ne pas en prescrire : « *De par le fait [...] qu'il y ait pas mal de spécialités [...] qui ne sont plus remboursées. [...] Je pense que le déremboursement de certaines choses fait que, effectivement [...] ça permet de diminuer l'ordonnance* » (MG5) ; « *J'utilise le déremboursement des médicaments. Quand ils insistent je fais une ordonnance pleine de médicaments non remboursés. En général, la fois suivante ils ne demandent plus rien !* » (MG1).

c) Les tests de diagnostic rapide (TDR)

La mise en place et l'utilisation des TDR, notamment pour l'angine streptococcique, étaient un appui pour justifier de la non-nécessité d'une prescription médicamenteuse : « *il y a le Streptotest® qui est arrivé, c'était plus facile pour nous de faire passer le message* » (MG5). Ces tests semblaient de plus en plus connus des patients qui parfois en faisaient même eux-mêmes la demande aux médecins : « *et c'est la patiente qui a demandé cette fois, le Streptotest®, ce n'est pas moi qui l'ai proposé* » (MG5).

d) Un avis extérieur :

Un avis auprès d'un confrère spécialiste d'organe pouvait également constituer un moyen de surseoir à une prescription médicamenteuse, ou d'examen complémentaire : « *une consultation de spécialiste peut très bien servir de porte de sortie* » (MG3).

e) La notion de temps :

De nombreux MG interrogés évoquaient le problème du temps, surtout comme quelque chose qui leur manquait dans leur pratique quotidienne. Se sentant surchargés et très sollicités, ils disaient déléguer l'information et l'éducation des patients à d'autres, personnes ou institutions : « *il y a un travail à faire, mais pas forcément par nous au quotidien dans nos cabinets* » (MG3). Cela expliquait également la lassitude qui s'installait dans leur pratique, le fait qu'ils cédaient parfois aux demandes des patients, qu'ils rédigeaient une prescription même s'ils ne la jugeaient pas nécessaire : « *Et ça va toujours plus vite de dire oui et d'ajouter une ligne à l'ordonnance que d'expliquer qu'il n'en faut pas...* » (MG5).

## **C. Le ressenti des médecins généralistes vis-à-vis de la non prescription médicamenteuse :**

### **1. Quand elle était acceptée par le patient :**

Réussir à faire accepter une non prescription médicamenteuse au patient donnait un sentiment de satisfaction, de fierté au médecin : « *Bah moi, je suis contente !* » (MG3). Cela les valorisait, leur apportait une image positive d'eux-mêmes et de leur métier, car ils faisaient passer le bon message au patient. Ils vivaient cela comme une victoire dans la dualité de la relation médecin patient.

Ainsi, les MG remplissaient pleinement leur fonction de soignant : « *je ne suis pas marchande d'ordonnance* » (MG3). Ils ne se résumaient pas à de simples prescripteurs, mais accompagnaient leur patient, lui délivraient une information adéquate, prenaient soin de lui : « *Un bon médecin, c'est quelqu'un qui pose un bon diagnostic, qui s'occupe bien de son patient, qui l'oriente correctement.* » (MG5).

### **2. Quand elle n'était pas acceptée : les prescriptions contre leur gré**

#### **a) Un vécu négatif :**

Lorsque les MG se trouvaient en situation d'échec à faire accepter une non prescription médicamenteuse à leur patient, « [ils] *n'aime[nt] pas... [ils] n'aime[nt] ! Voilà, c'est tout, [ils] n'aime[nt] pas !* » (MG5) ; « *tu ne le vis pas bien... ouais je ne le vis pas bien* » (MG4). Ce sentiment était « *très variable* » (MG2) selon les jours, la fatigue, le nombre de consultations déjà honorées... ce que les MG évoquaient comme de la « lassitude ».



Ainsi, imposer une décision de non prescription médicamenteuse à un patient qui demandait un traitement faisait que le médecin devenait un « *monstre* » (MG3) qui laissait souffrir son patient, qui s'en allait « *en [le] laissant pleurer sur sa table* » (MG3). Le sentiment de culpabilité qui pouvait en découler dépendait du médecin et de son expérience.

De plus, quand le médecin ne parvenait pas à affirmer sa décision thérapeutique, quand le patient lui imposait de réaliser des prescriptions malgré sa réticence, cela occasionnait un sentiment de frustration : « *On a l'impression d'être un gratte papier et de ne pas jouer son rôle* » de protection vis-à-vis du patient (MG5).

Cela pouvait aller jusqu'à la réalisation de prescriptions forcées, contre leur gré, ce qui apparaissait comme dévalorisant pour lui, mais aussi pour le métier de médecin en général, donnant au MG le sentiment « *ne pas jouer son rôle* » (MG5), d'être un « *simple exécutant* » (MG3), « *un gratte papier* » (MG5), juste des « *marchand[s] d'ordonnance* » (MG3).

Leur position par rapport à ce type de prescription était partagée. Si certains pensaient que « *Il y a plus de prescription contre son gré maintenant...* » (MG1), par la pression plus forte qu'exerçaient les patients sur eux, par la dimension commerciale que prenait la relation soignant – soigné, d'autres comme le MG2 ou le MG5 estimaient que des demandes de médicaments forcées, il y en a « *de moins en moins, je dirais* » (MG2).

Ces prescriptions contre leur gré généraient elles aussi un sentiment de culpabilité, que les médecins géraient, là encore, de façon différente selon leur expérience et leur vécu.

A la dévalorisation individuelle s'ajoutait parfois le sentiment d'une dévalorisation du métier de médecin par les patients, mais aussi par la société et par le système de soin tel qu'il existait en France : « *maintenant [...] on est plus secrétaires. On ne fait plus d'actes techniques.* » (MG2) ; « *On a plus, actuellement, un rôle de médiateur* » (MG2) ; « *[le patient] va voir un technicien, en fait, qui s'appelle médecin* » (MG6).

b) Stratégies pour y pallier :

Les MG interrogés essayaient autant que possible de limiter ces prescriptions médicamenteuses faites contre leur gré, souhaitant en rester le décisionnaire, en usant de différentes méthodes :

(1) *Rassurer le patient :*

Pour cela, la relation qui existait entre le médecin et son patient était une aide précieuse : « *[les patients] viennent déjà avec l'idée préconçue que : "je vais aller voir Mme [X], elle va me rassurer* » (MG3). Pour elle, cette réassurance du patient passait aussi par un examen clinique approfondi : « *l'écouter sérieusement, ça déjà ça va les rassurer. Bien l'interroger, bien les examiner. Insister en disant : "ni à l'interrogatoire, ni à l'examen clinique, au terme de mon expertise, vous n'avez pas de pathologie".* »

Pour cela, les MG usaient d'autres méthodes, comme la prescription d'examens complémentaires, pour apporter la preuve de l'absence de pathologie : « *Et ils repartent avec leur échographie. Parce que s'ils ne repartent pas avec leur écho, ils ne sont pas rassurés, et puis ils reviennent nous voir, jusqu'à ce qu'ils soient rassurés* » (MG5). L'explication pour rassurer le patient, était aussi mise en avant, même si pour cela « *[il] faut trouver les mots, et ça, c'est compliqué ! Surtout*

*quand les consultations sont... (Claquement de langue) raccourcies, par l'accumulation de monde qui se présente à la porte, justement. » (MG5).*

## (2) *Ecoute et empathie :*

Ces deux valeurs transparaissaient dans le discours de beaucoup de MG lors des entretiens. Elles participaient clairement à la réassurance des patients, et à leur acceptation des décisions thérapeutiques, qu'elles fussent médicamenteuses ou non : *« l'écouter sérieusement, ça déjà, ça va les rassurer » (MG3).*

L'importance de cette écoute et cette attention que le médecin avait accordées ou non au patient était évidente quand les MG rapportaient des situations où ils étaient sollicités en « 2<sup>ème</sup> avis » : *« certains patients viennent ici et me disent : "oui, mais il ne m'a pas écouté" » (MG5).* Pour eux, c'était ce que le patient retenait principalement de la consultation, peut-être plus que la thérapeutique qui en découlait.

Ainsi, une écoute attentive et une attitude empathique pour rassurer le patient, permettaient de surseoir à une prescription médicamenteuse pour les médecins interrogés en rassurant le patient : *« Il n'y a aucune prescription du tout, parce que le diagnostic c'est [...] rassurer [...] le patient sur la non pathologie, ou une patraquerie qui va passer toute seule » (MG3).*

## (3) *La communication :*

Bien communiquer avec son patient était un élément essentiel évoqué par les MG pour transmettre les bons messages aux patients, et leur faire accepter une décision thérapeutique, qu'elle fût médicamenteuse ou non. Selon eux, il était important de bien les comprendre, mais aussi, de bien se faire comprendre par

eux. Et pour les médecins interrogés, cela ne semblait pas si évident que cela : « *Il faut trouver les mots... et ça, c'est compliqué* » (MG5) ; « *Il faut leur expliquer correctement [...]. Parce que si on dit "ils ne comprennent pas", on ne se remet pas en question.* » (MG6) ; « *Parfois on parle, mais on ne communique pas. C'est ça, tout le drame de la consultation.* » (MG6).

Dans cet entretien avec ce MG6, il est apparu une autre qualité importante pour lui, la réflexivité du médecin. Il estimait qu'un médecin se devait de se remettre en question, et d'analyser les situations difficiles pour en tirer des leçons, et améliorer sa pratique, notamment pour entrer en bonne communication avec le patient, pouvoir être rassurant et éviter une prescription médicamenteuse inutile.

La communication non verbale a été suggérée aussi lors de l'entretien du MG6. Pour lui, elle était importante car elle transmettait des impressions, des ressentis à l'interlocuteur, pouvant constituer des indications précieuses ou au contraire, des entraves à la bonne communication entre médecin et patient. Il était donc essentiel d'en avoir conscience, pour en tenir compte pendant la consultation. « *Ce sont des choses qui vous passent au travers, complètement. [...]. Quand on en a conscience... c'est bien. Ce sont parfois les autres qui nous en font prendre conscience : "Tiens ! Pourquoi tu fais ça ? Pourquoi tu dis ça ? Pourquoi tu dis des choses comme ça ?"* » ; « *Et là, elle voit mon attention portée sur sa réponse. Je la vois tourner la tête comme ça, vers moi, elle me regarde. Et là, je me dis : "merde ! Elle a vu mon inquiétude !"* » (MG6).

#### (4) *L'éducation du patient :*

L'éducation thérapeutique du patient était, pour tous les MG interrogés, une façon de pallier à la prescription médicamenteuse. « *Je crois qu'il faut commencer*

*par expliquer, ce qu'est vraiment la maladie » (MG6) pour qu'ils puissent visualiser, comprendre ce qui leur arrive, leur pathologie, mais également les capacités spontanées de guérison de leur organisme : « Il faut faire confiance [...] à votre organisme, à son potentiel de défense naturelle. [...] au moment d'une grossesse [on] découvre qu'elles ont fait telle ou telle pathologie, [...] elles ne s'en sont pas rendues compte ! [...] notre système immunitaire s'en occupe très bien de lui-même. » (MG3). Les médecins qui pratiquaient l'éducation au patient essayaient de partager leurs connaissances avec lui dans le but de l rassurer et lui faire comprendre qu'il n'y avait pas nécessité de traitement médicamenteux. Expliquer, « à mon sens, c'est ça le secret ! C'est de faire visualiser "comment". [...]. Ça, vraiment, ça me paraît essentiel. » (MG6). « Faire comprendre qu'un médicament doit être utilisé quand c'est nécessaire et pas forcément en consommant. [...] C'est le message qui doit être passé [...] plus qu'autre chose. [...] L'éducation... donc discuter... faire passer le message ». (MG5).*

(5) *Ne pas céder à une demande que l'on jugerait inappropriée :*

Ne pas céder à une demande de médicament du patient quand ils la jugeaient inutile constituait pour les médecins un autre mode d'éducation thérapeutique, en leur faisant la preuve, sur le long terme, que leur organisme pouvait guérir sans aide d'une infection virale ou d'un trouble fonctionnel. « Je ne contourne pas les réticences, c'est comme ça c'est tout ! [...] Moi je dis : [...] "je ne vous donnerai pas de traitement, parce que ce n'est pas nécessaire" [...] C'est pour ça qu'il faut dire : "Non, je ne vous le prescris pas !" » (MG5) ; « Et ne pas le faire ! Et voilà, c'est tout ! Fidèle à ce que l'on pense » (MG4).

(6) *La consultation rapprochée*

D'autres médecins proposaient une nouvelle consultation, dans un délai proche, pour surveiller l'évolution de la situation clinique. Cela leur permettait aussi de surseoir à une prescription médicamenteuse, en rassurant le patient sur l'accompagnement et le fait que le MG se souciait de leur santé, même sans prescription médicamenteuse : « *Je leur dis : “ revenez dans 48 heures si ça ne va pas et à ce moment-là, on réévaluera”* » (MG4) ; « *A la rigueur, je leur dis de revenir dans 2 jours, on verra* » (MG2).

(7) *La substitution*

Nombre de médecins évitaient une opposition avec leur patient, ou une longue argumentation, en substituant un médicament par un autre qu'ils estimaient inoffensif, ou du moins non néfaste : « *Je suis même allée regarder sur ma banque Vidal<sup>®</sup> pour trouver tout ce qui existait en pharmacie pour les cystites : les cranberries, les machins, les bidules...* » (MG3). « *On a des tas de ficelles, de médicaments... [...]. Moi, j'ai mon arme d'homéopathie, de phytothérapie* » (MG3). « *Je prescris de l'Hélicidine<sup>®</sup>, du Pivalone<sup>®</sup>. Je sais que ce n'est pas utile... à la place...* » (MG4). Parfois, ils réalisaient une autre prescription, d'examen complémentaire ou de kinésithérapie par exemple.

## **IV. Discussion**

### **A. L'étude réalisée**

#### **1. Résultats principaux :**

Ce travail a mis en évidence que la non prescription médicamenteuse en consultation de médecine générale restait quelque chose de peu fréquent, indépendamment de l'âge ou du mode d'exercice du MG.

Différents facteurs influençaient la prescription médicamenteuse du MG : lui-même, avec ses habitudes de prescription, l'image qu'il avait ou voulait donner de lui, la vision que la société avait du MG, les circonstances d'exercice, la lassitude... mais aussi le patient, de façon volontaire ou non, et des éléments extérieurs comme les campagnes nationales de prévention, les TDR... Tout cela existait dans un contexte de relation médecin – patient en cours d'évolution au rythme de la société. La façon dont le MG ressentait une situation de non prescription médicamenteuse réussie était unanimement positive, alors qu'un échec à la faire accepter était difficile et dévalorisant.

#### **2. Déroulement du travail :**

Dans ce travail, six MG ont été interviewés sous forme d'entretiens individuels semi-dirigés pour 5 d'entre eux, et libre pour le MG6 spontanément entré dans la discussion. Cet entretien s'est donc déroulé plutôt comme un échange simple entre deux confrères.

Les entretiens ont été faits de façon individuelle, ce qui a permis de libérer la parole de chaque MG, sans appréhension du regard et du jugement des pairs,

et ainsi de lui permettre d'exprimer ses idées sans interruption ni intervention d'un autre MG.

Le guide d'entretien est resté large, permettant une adaptation à chaque nouvel interviewé, et de prendre parfois une direction différente au cours de l'entretien en fonction des réponses antérieures, comme pour l'entretien avec le MG4, qui a tout de suite expliqué réaliser systématiquement une prescription médicamenteuse à chaque consultation. J'ai donc cherché à comprendre pourquoi cette prescription médicamenteuse est si importante et ce qu'elle représente pour lui.

La triangulation a été faite avec une personne extérieure à la médecine générale, spécialisée en psychologie clinique, de façon à avoir une approche différente de notre point de vue biomédical de médecin généraliste.

### **3. Limites du travail :**

Si les entretiens individuels permettent de libérer la parole du MG, il aurait été intéressant de les compléter par des entretiens par focus groups. J'ai essayé de mettre en place ces groupes, malheureusement sans réponse de la part des MG sollicités, à une exception près, qui demandait plutôt un entretien individuel. Après plusieurs relances, j'ai donc décidé de ne pas réaliser de focus groups mais de faire ces entretiens de façon individuelle uniquement.

La pratique de ces MG ne laisse que peu de place à la non prescription médicamenteuse. Il a donc été difficile de bien comprendre leur ressenti par rapport à cette situation. C'est pour cela que le guide d'entretien a été élargi au fur et à mesure des entretiens, de façon à en prendre le contrepied et à explorer ce que la prescription médicamenteuse représente pour les MG.



Si la recherche qualitative demande un échantillon raisonné de la population étudiée, et que six entretiens ont permis d'arriver à une saturation des données, on peut s'interroger sur la représentativité de six entretiens et donc de l'extrapolation des données à la population de MG français.

De plus, le fait que ce soit moi, médecin généraliste, certes remplaçante, qui mène les entretiens, aurait pu induire un biais de recueil de données. Les réponses que les MG ont données ont pu être influencées et ne pas refléter leur pratique réelle. Il faut également noter que lors de ma sollicitation pour réaliser l'entretien, le sujet général de la thèse était fourni (la non prescription médicamenteuse en médecine générale), ce qui a pu induire des réflexions avant l'entretien (ce qui a été le cas du MG6) et, à nouveau, faire que les réponses ne traduisent pas la pratique réelle des MG.

Le recrutement des médecins a été fait en personne, par téléphone ou par sollicitation de MG lors de remplacements, pouvant être à l'origine de biais dans le recrutement.

Par ailleurs, malgré une aide pour établir le guide d'entretien et une brève formation pour mener un entretien semi-dirigé, je les ai réalisés pour la première fois pour ce travail, ce qui a aussi pu entraîner des biais liés à l'interviewer.

Enfin, l'analyse des entretiens a été réalisée par moi-même, avec mes idées personnelles et mes convictions, dont j'ai tenté de faire abstraction tout au long de ce travail. Même si une triangulation a été faite avec un tiers extérieur au travail, il se peut qu'il existe un certain biais d'analyse.

## **B. Discussion des résultats**

Dans la littérature, comme dans mon travail, les situations de non prescription médicamenteuse semblent rares et limitées à certains types de consultation bien définis (8) : les consultations de suivi (comme les examens systématiques des nourrissons, la prise en charge des affections psychologiques), les consultations tournées vers l'information au patient (demandes de conseils, d'avis médicaux, commenter des examens paracliniques), les affections transitoires bénignes spontanément résolutive, ou encore les avis téléphoniques, les demandes administratives ou lors de refus de demandes injustifiées. Cela rejoint ce que disait le MG1 qui expliquait également que les situations où elle ne prescrivait pas étaient toujours les mêmes et presque prédéfinies.

### **1. Les déterminants de la non prescription médicamenteuse :**

Cette prescription médicamenteuse a été étudiée concernant l'antibiothérapie, bien plus que pour la prescription médicamenteuse en général. Un autre abord de la prescription médicamenteuse est fait au travers de la relation médecin – patient. Ces deux notions étaient évoquées par les MG interrogés pour ce travail.

#### **a) Le médecin :**

Le MG et sa personnalité est le premier facteur ayant un impact sur la prescription ou la non prescription médicamenteuse, puisque c'est lui qui en prend la décision. De nombreux éléments interviennent dans cette décision, dont il a conscience ou non.

Ce qui est rapidement mis en évidence quand on interroge les MG à ce sujet, ce sont les habitudes qu'ils ont concernant les prescriptions. En effet, il semble exister une sorte de tradition conduisant le MG à prescrire facilement, de façon plus importante en France que dans d'autres pays européens (2). Anne Véga, dans la première partie de son étude de 2012 sur la prescription du médicament en médecine générale, a recherché les facteurs pouvant expliquer l'importance de la prescription médicamenteuse, parmi lesquels des sensibilités culturelles (9). Le médicament est utilisé pour réduire les symptômes existants, ou en prévention de survenue d'autres symptômes plus graves, selon la logique de « un symptôme / un médicament », la majorité de ces prescriptions survenant lors d'épidémies saisonnières bénignes. Elle a également noté une propension à traiter de façon médicamenteuse des maux courants qui pourraient être pris en charge de façon non médicamenteuse, en prenant l'exemple de la dépression. Dans ce cadre, elle met en cause une insuffisance d'enseignement en France pour ce qui est des approches non médicamenteuses des pathologies.

En évoquant ces habitudes anciennes, le MG5 mentionnait la notion du « bon médecin ». Pour lui, si l'image du « bon médecin » dans les années 1980 était celle du médecin prescripteur, il admettait volontiers qu'elle avait évolué avec les années et était bien différente aujourd'hui. Ce qu'il mentionnait de l'image actuelle était plutôt en lien avec la relation que le médecin entretenait avec sa patientèle, et l'attitude qu'il avait envers elle. On retrouve ces éléments dans un article de 2006 qui s'intéresse à la définition qu'ont les patients du « médecin » et du « bon médecin » (10). Si l'on considère les mots-clés relevés organisés par compétences, il ressort que le « bon médecin » se distingue par ses qualités

humaines et professionnelles de typologies affectives et relationnelles comme l'écoute ( $p < 0.001$ ), alors que le soin appartenait au « médecin » ( $p < 0.001$ ).

Les MG interrogés pour ce travail ont également mentionné l'enseignement comme facteur entrant dans la décision d'une non prescription médicamenteuse. Si le MG1 et le MG2 l'ont évoqué comme une aide potentielle, la littérature va dans le sens opposé. En effet, une étude portant sur la capacité de dire « non » des IMG en 2016 arrive à la conclusion contraire (11). Les IMG estiment que la formation qu'ils ont reçue les aide peu à dire « non » aux patients. Ils s'appuient essentiellement sur des connaissances scientifiques pour refuser les demandes. Si celles-ci sont jugées solides, ce n'est pas le cas pour ce qui est administratif (certificats médicaux, arrêts de travail...) ni en ce qui concerne la relation thérapeutique. Aussi, s'il semble compliqué pour les MG installés depuis plusieurs années de refuser une demande que leur fait le patient, les jeunes médecins semblent éprouver les mêmes difficultés que leurs aînés. Cela se confirme si on corrèle les propos que j'ai recueillis à l'âge des MG : les MG1 et 2 sont plus âgées et exercent depuis plus de 10 ans, la non prescription médicamenteuse leur semble compliquée à mettre en œuvre et elles pensent que les jeunes médecins ont plus de facilités à le faire. Mais le MG4, le plus jeune, est celui qui avoue prescrire le plus, et de façon systématique ou presque, ayant donc, lui aussi, beaucoup de difficultés à ne pas prescrire de médicament, peut-être par manque de confiance en lui-même et en ses capacités professionnelles. Le MG5, plus expérimenté, pensait, comme le MG3, que cette expérience lui donnait plus d'assurance pour imposer ses non prescriptions médicamenteuses. On peut ainsi conclure que c'est l'expérience du MG et la confiance en lui qui en découle, qui lui facilitent la réalisation de non prescription médicamenteuse plus que son âge brut.

D'autres facteurs entrent en ligne de compte lorsque l'on évoque les déterminants d'une prescription médicamenteuse. JM Féron et *al.* (12) se sont intéressés en 2009, à la prescription d'antibiotiques en France et en Belgique, pays européens où la prescription est la plus importante. Ils expliquent, tout comme le MG5 de mon étude, que l'incertitude diagnostique entraîne plus de prescription médicamenteuse que lorsque le MG est sûr de son diagnostic.

Les MG peuvent également utiliser l'effet placebo dans leur prescription thérapeutique, comme le MG4 qui estime que pour les patients, un même traitement est plus efficace en injection que s'il est pris par voie orale. Le MG6 va beaucoup plus loin dans son discours, en estimant qu'il y a très peu de différence entre l'efficacité d'un médicament et un placebo. Autrement dit, toute efficacité thérapeutique serait basée sur l'effet placebo que toute prise médicamenteuse entraîne chez le patient. Se pose alors la question de la légitimité et du fondement de nos prescriptions, de leur intérêt dans certaines pathologies, voire dans toutes ? Si notre esprit scientifique s'oppose à cela, en argumentant par la physiopathologie et le mécanisme d'action des molécules que nous prescrivons, certains pourraient y opposer que cet effet placebo pourrait suffire à soigner le patient. Sans aller si loin, je pense que cet effet placebo, cette croyance, puisque c'est de cela qu'il s'agit en quelque sorte, permet au moins au patient d'être patient, et de supporter les symptômes d'une maladie grâce aux médicaments que le médecin lui prescrit, même si l'efficacité intrinsèque de ceux-ci est parfois peu démontrée, voire récusée. On peut par contre remarquer que le mot « placebo » en lui-même a été très peu employé par les MG interrogés, ou uniquement dans l'expression « effet placebo ». Ils parlaient parfois de ces « placebos » par leur définition, en évoquant des médicaments n'ayant pas d'efficacité intrinsèque, ou en tout cas pas

démontrée, mais qu'ils prescrivent quand même pour satisfaire leur patient, en espérant tout de même un effet, même minime, dans une idée de fidélisation peut-être. Ils acceptent donc de prescrire du « rien », plutôt que ne rien prescrire.

De nombreux MG que j'ai interrogés pour ce travail ont mis en avant les attentes qu'ils percevaient chez les patients pour justifier leurs prescriptions médicamenteuses, même lorsqu'ils les réalisaient contre leur gré. Cependant, on peut s'interroger sur la réalité de ces perceptions. En effet, le MG pense répondre à ce que le patient attend de lui. Mais est-ce réellement ce que le patient attend ? C'est là que peuvent intervenir les non-dits entre le MG et son patient, à l'origine d'incompréhensions, voire de *quiproquo*. Cockburn et al., en 1997, avaient déjà mis en évidence que l'inadéquation entre les attentes réelles du patient et ce que le MG en perçoit est un facteur important de sur-prescription (13). Plus récemment, Gaboreau et al. se sont penchés sur cette question en traitant de l'insomnie (14). Il en ressort que ce que le médecin perçoit des attentes du patient n'est pas ce que le patient attend réellement. Dans cette étude, les MG ressentent une pression de la part de leurs patients pour l'obtention de médicaments alors que ces derniers en ont peur. Ils attendent plutôt de l'écoute et des explications quant à leurs symptômes. A la lumière de ces articles, on peut s'interroger sur la réalité de la pression que les MG interrogés ressentaient dans mon étude : ils trouvaient les patients plus exigeants, plus pressants concernant la prescription médicamenteuse, mais peut-être ne s'agit-il là que d'un ressenti personnel, de l'interprétation erronée de ce que montre ou exprime le patient à travers la communication verbale et non verbale au cours de la consultation. D'autres auteurs ont exploré cette idée (2) (13) (15) et arrivent aussi à la conclusion que la perception que les médecins ont des attentes de leurs patients dans la consultation

est souvent erronée. En effet, 8 patients sur 10 se disent « tout à fait » ou « plutôt » d'accord avec l'idée qu'une consultation ne doit pas obligatoirement se terminer par une ordonnance de médicaments. Autant déclarent avoir confiance en un médecin qui remplacerait un médicament par un conseil utile. Cependant, 46% des médecins français (contre 20% des néerlandais) ressentent une pression de la part de leur patient pendant la consultation pour l'obtention d'une prescription médicamenteuse. Ceci peut parfois les conduire à réaliser des prescriptions contre leur gré (avouées par 10.2% des médecins) plutôt que de ne pas prescrire (1).

Dans les pressions que subissent les MG pour l'obtention d'une prescription, on peut également citer celle exercée par les firmes pharmaceutiques. Elle est présente dès la formation initiale, lorsque les internes rencontrent des représentants au cours de leurs stages, de repas organisés, de présentations de nouveaux produits (4). Ceci perdure tout au long de l'exercice médical, via les visiteurs médicaux au cabinet qui présentent de nouveaux produits, ou présentent à nouveau ceux déjà sur le marché, l'invitation à des repas, la prise en charge de frais de voyages pour des congrès... Pour tenter d'échapper à cette pression, certains médecins refusent ce genre d'invitations, mais acceptent des objets de marketing comme des stylos, des post-it... qui peuvent influencer de façon plus insidieuse leurs prescriptions. D'autres MG refusent de recevoir les visiteurs médicaux dans leur cabinet. Ces médecins peuvent alors être exclus de soirées de formation (certains laboratoires pharmaceutiques organisent des formations médicales continues ou en sont les sponsors), de repas entre confrères, ne sont pas aidés financièrement pour les congrès... D'une certaine façon, ils se trouvent isolés de leurs confrères, presque exclus de la communauté médicale.

Certains MG interrogés pour ce travail parlaient d'une dimension commerciale de la prescription médicale, une volonté de « fidéliser » le patient. On retrouve cette idée dans différents articles mettant tous en cause le système de soins à l'acte, qui pousse plus loin le désir de satisfaire le patient et sa demande (16). Une étude menée au Canada, où les deux systèmes de soin co-existent (libéral à l'acte, et salarié) a montré que le paiement à l'acte était associé à une plus grande prescription d'antibiotique lors d'infections des voies aériennes supérieures, déjà en 1996 (17). En 2009, en Belgique francophone, une étude du même type a été réalisée, et a conclu que le système à l'acte donne un pouvoir indéniable à la demande des patients, aussi identifiés comme clients dans les interviews (18).

Une dimension commerciale sous-entend un échange. On rejoint alors la notion de don et contre-don de Marcel Mauss dans son *Essai sur le don* (19). Il y étudie des systèmes sociétaux du Pacifique et de l'Amérique du Nord, dont la vie matérielle et morale est imprégnée par l'esprit de don. M. Mauss explique qu'il existe, dans ces systèmes, une triple obligation : celle de donner, de recevoir et de rendre le présent. C'est dans ce cadre et par ces échanges que se créent les liens sociaux. Le don est donc intéressé, mais pas réductible à l'intérêt marchand. Pour lui, le don doit être obligatoirement rendu parce que la nature même du don est d'obliger l'autre à rendre, à terme. Quand on rend, on rend avec intérêt pour montrer sa supériorité, ou tout au moins, sa non infériorité. On peut ici faire le parallèle avec la consultation médicale, au cours de laquelle le médecin, qui réalise la consultation, l'examen clinique, et le patient qui, en échange, paie pour cela. Cependant, ce paiement peut donner au patient le sentiment que le médecin lui est à son tour redevable, et pourrait expliquer qu'il attende une ordonnance de la



part du médecin, dans la logique de « donner, recevoir et rendre » développée par M. Mauss. Dans le cadre de la relation médecin-patient, cette notion de don, de rendre ce qui nous a été donné, peut les faire entrer dans une sorte de cercle sans fin qui conduit à chaque nouvelle consultation à une volonté de rendre après avoir reçu... une sorte d'échange réciproque permanent.

Outre cette fonction commerciale, les entretiens avec les MG ont montré que la prescription médicamenteuse est chargée de symboles et de valeurs pour eux. En effet, elle est un droit qui leur est presque exclusivement réservé, qu'ils détiennent et partagent avec un nombre limité d'autres professionnels. Cela leur donne à eux également une valeur importante, les rendant investis d'un rôle que peu de personnes peuvent endosser. Ils ont alors un statut particulier dans notre société. Pour certains, ce droit de prescription leur donne plus de confiance en eux-mêmes, en leurs capacités médicales, voire individuelles et personnelles. Le système de santé français actuel tend à renforcer cette position centrale du MG et de ce rôle de prescripteur. En effet, le statut de médecin traitant, l'obligation de le déclarer à l'Assurance Maladie et de devoir passer par lui pour toute autre démarche médicale ou paramédicale conduit à renforcer ce sentiment de valorisation et d'importance qu'a le MG. On a constaté, dans les entretiens, que certains MG définissent leur fonction, leur profession, exclusivement ou presque par ce droit de prescrire. Le risque pourrait en être la sur-prescription, la prescription médicamenteuse systématique, rassurant le médecin sur ses capacités professionnelles, aux dépens de la qualité du soin au patient ou de la bonne pratique clinique. Je pense également qu'il faut rester vigilant à ce que la confiance du MG ne devienne pas excessive, voire nocive. En effet, un excès de confiance pourrait inhiber la remise en question de ses diagnostics et de ses

décisions, qu'elles soient thérapeutiques ou non thérapeutiques. Ne pas prendre en compte la demande du patient est également néfaste à la consultation, à la prise en charge du patient à court et à long terme en mettant à mal la relation entre le MG et son patient. Un « ego » qui deviendrait démesuré, pourrait conduire à être « nocebo », comme l'évoquait le MG6. C'est cette notion d'« ego » que l'on retrouve également dans leur refus de subir une prescription, d'accéder à toute demande des patients, leur volonté d'en rester maître et décisionnaire. En effet, ne faire que répondre aux demandes des patients ne leur permet pas de mettre en place leurs connaissances, d'exercer leur métier et les dévalorise. Il ne faut pas oublier que certains patients viennent en consultation uniquement pour demander leur traitement, dans le cadre de pathologies chroniques. Dans ce cadre, le MG devient le simple exécutant du patient, puisqu'il y a une sorte d'obligation de reconduire la thérapeutique de pathologies chroniques. Or, cette demande est initialement créée par le MG qui a introduit le médicament, qui prend en charge le patient pour sa ou ses pathologie(s). Finalement, il devient son propre exécutant, et non plus celui du patient, d'une certaine manière.

Plusieurs MG ont évoqué, lors des entretiens, une crainte des conséquences juridiques de leur décision thérapeutique, si elle était mauvaise ou si des complications éventuelles survenaient. La judiciarisation des professions médicales est un phénomène de plus en plus médiatisé, et donc de plus en plus présent dans l'esprit de chacun. On parle même de « dérive à l'Américaine » pour montrer que les patients ont de plus en plus recours au système judiciaire pour faire valoir leurs doléances aux médecins. Cependant, si les MG avec lesquels j'ai fait les entretiens évoquent cette possibilité, peu en ont été victimes. Aussi, est-ce une réalité, ou est-ce un phénomène surévalué par la diffusion qu'on font les

médias ? Une thèse réalisée en 2016 par C. Carrez s'est penchée sur cette question de judiciarisation de la médecine, et de comment les MG s'adaptent à cela (20). Elle met en évidence que plus de 70% des MG ressentent cette pression dans leur pratique quotidienne, dont 4/5<sup>ème</sup> en souffrent, allant jusqu'à songer à arrêter la pratique libérale pour près de 30%, voire la pratique de la médecine pour 22%. 36% des MG de son travail estiment que la menace médico-légale entre en compte dans leur raisonnement clinique. Quasiment tous pratiquent la « médecine défensive », c'est-à-dire qu'ils utilisent des stratégies pour se défendre de ces conséquences. Les plus citées sont l'éviction de gestes ou de situations potentiellement pourvoyeurs de contentieux (ECG, pose de DIU), la prescription de plus d'examens complémentaires (radiologiques et biologiques), le recours à l'avis de confrères, mais aussi la modification de leur interrogatoire et examen physique, la délivrance d'une information plus précise et plus exhaustive, ou l'adressage plus fréquent aux urgences. En 2014, M. Lorphelin-Martel dans sa thèse de doctorat, montre que la pression judiciaire ressentie par les internes de médecine générale en Haute-Normandie est bien plus importante qu'elle ne l'est en réalité (21). Ainsi, cette inquiétude modifie la manière d'exercer des MG, mais cette menace ne semble pas aussi importante en réalité que ce qu'ils en ressentent. On peut noter que l'inquiétude des MG porte plutôt sur le reproche que l'on pourrait leur faire de ne pas avoir prescrit de médicaments, mais peu sur la « sur prescription », ce qui est plutôt le cas des affaires très médiatisées de ces dernières années, comme celle du *Médiateur*.

La plupart des MG interrogés ont évoqué la notion de « temps », et notamment du manque de temps en consultation pour expliquer et pallier à une prescription médicamenteuse. Cela pose question. En effet, la notion de temps est

relative, et il s'agit plus souvent de la question de priorisation de ce que l'on fait. Ce manque de temps masque généralement une volonté autre de la part des MG. Aussi, les MG qui « manquent de temps » pour informer les patients, leur expliquer le non-intérêt d'une thérapeutique n'ont peut-être simplement pas l'envie de le faire. Les raisons peuvent en être multiples : lassitude, manque de savoir-faire, recherche de rapidité dans l'acte médical (consultation chargée, retard), rentabilité financière, démarche de fidélisation des patients... Ils l'ont évoqué, et de façon différente. Pour le MG2, elle exprime clairement décider parfois de ne pas prendre de temps pour expliquer au patient sa décision de ne pas prescrire et choisir la rentabilité pour voir beaucoup de patients (« *la salle d'attente qui est pleine, je ne vais pas passer un quart d'heure à expliquer* »). Elle semble même renverser la situation en donnant au patient la responsabilité de prioriser ses actions, parce que « *les gens qui ont le temps, ils reviennent* ». Cela semble aussi lié au fait qu'elle se projette à la place de ses patients « *moi je suis mère de famille, je sais que retourner voir le médecin ça serait vraiment une galère* ». On peut alors s'interroger sur ce qui détermine alors sa décision de prescription : si son expertise médicale entre en jeu, son expérience de femme, de maman est aussi influente. Cela ramène à l'idée que la personne qu'est le médecin influence forcément, de façon plus ou moins marquée, une décision thérapeutique. Le MG3 parle de « *perdre [du] temps* » lorsqu'il faut expliquer, argumenter pour ne pas prescrire de médicaments, mais surtout pour elle, d'examen complémentaires ou de documents administratifs comme les arrêts de travail. S'il s'agit pour elle d'une perte de temps, c'est qu'elle estime qu'il y a plus important, ou plus intéressant à faire et qu'elle met donc ses priorités d'exercice ailleurs. Le MG5 dit que l'explication demande du « *temps, que nous n'avons pas* ». Pourquoi le MG n'a-t-

il pas de temps ? Pour le MG5, c'est parce que nous avons besoin de ce temps pour faire autre chose, comme de l'administratif, ou plus de consultations dans une zone géographique où il manque des MG. C'est encore une question de choix, et de priorités : moins de consultations laisse plus de place à la discussion avec chaque patient et à leur éducation, le travail administratif peut se déléguer... Le MG6 aussi reporte le temps sur les patients. Eux aussi veulent aller vite, évoquent des symptômes sur le pas de la porte en sortant de la consultation, rapidement, reportent à une consultation ultérieure... Il semble alors que ce sont les patients qui manquent de temps, ou qui ne souhaitent pas en passer plus en consultation, et biaisent ainsi le travail du MG, qui doit rester attentif à ce qui est inquiétant, et nécessite de prendre son temps pour explorer une plainte ou une demande. Il parle aussi du temps qui passe, notamment entre la consultation, la remise d'une ordonnance et la prise médicamenteuse. Cet espace entre les deux moments peut conduire à des *quiproquos*, des malentendus, des modifications de traitement...

b) Le patient :

Pour les MG interviewés, le patient avait aussi sa part de responsabilité dans la difficulté qu'ils ont à ne pas prescrire de médicament en consultation, notamment à travers la pression à laquelle il soumettait les MG. Cette pression est évoquée par J. Collin, qui traite du médicament chez les personnes âgées (22). Il est accordé au médicament un rôle important, central et symbolique dans la relation médecin – patient, et les patients qui le demandent peuvent être pressants sur le MG, qui se trouve alors dans une position très inconfortable lorsqu'il doit refuser. Elle évoque l'idée de « médicament – concession », qui est celui que le clinicien concède à son patient sous la pression de sa demande.

Cette pression exercée par le patient sur le MG n'est pas toujours volontaire ni même consciente. En effet, comme le mettent en évidence JM Féron et *al.*, leur propension à consulter et leur demande influencent le médecin (12). D'autres études arrivent au même constat : la propension des patients à consulter pour des pathologies infectieuses respiratoires aiguës influencent fortement, et directement le taux de prescription des médecins (23) (24).

Il s'instaure alors une sorte de cercle vicieux : à population égale, plus il y a de prescription d'antibiotique pour infection respiratoire des voies aériennes supérieures, plus il y a de consultations pour ce motif. Cette prescription fait implicitement passer le message que l'antibiothérapie est nécessaire pour ce type de pathologie (25). On retrouve ici la notion d'habitudes des patients que les médecins ont transmises, et que les MG de mon travail avaient fortement mis en exergue.

D'autres auteurs vont plus loin, et estiment qu'il existe chez le patient, en amont de la consultation, des éléments qui influencent déjà la prescription médicamenteuse (26) : la façon dont il labellise ses symptômes, sa capacité d'accommodation, la façon dont il gère ses symptômes, et sa décision de consulter un médecin.

c) La relation médecin – patient :

La relation qui existe entre le médecin et son patient est individuelle et unique. Pour de nombreux MG interrogés elle est essentielle pour aider à la non prescription médicamenteuse si elle est saine et basée sur la confiance.

Dans la littérature, certains, comme J. Collin, conçoivent la relation médecin-patient autrement, en accordant au médicament un rôle central et

symbolique, aussi bien du côté du soignant que du soigné (22). Il devient ainsi l'un des fondements de cette relation, et non une conséquence. Inspirée par les travaux de Van der Geest et al. (1996) et Sachs et Tomson (1992), elle explique que le médicament fait converger les perspectives du médecin et du patient, qui sont initialement de nature différente (professionnelles et profanes) et éventuellement divergentes. Cette notion de convergence des deux visions vers un même élément, constitué par le médicament, rejoint ce que le MG6 de mon travail exprimait en parlant de « monde intermédiaire » entre le médecin et le patient, que l'ordonnance médicamenteuse permet de combler en partie pour les faire se rejoindre en une direction commune. On pourrait ici faire un parallèle avec un objet transitionnel qu'utilise un enfant pour se rassurer en l'absence de sa mère ou d'un référent affectif. Cette notion élaborée pour la première fois par D. Winnicott dans les années 1950 (27) pourrait être transposée ici sur l'ordonnance. Elle serait un prolongement de la consultation, et de la présence du MG à travers un médicament prescrit, qui accompagne le patient dans sa maladie et à son domicile, comme une présence abstraite du médecin, qui rassure le patient. Ainsi, le rôle du MG envers le patient ne se limite pas au seul face-à-face en consultation, mais se prolonge au domicile du patient, dans le soin voire la guérison.

La vision de la relation soignant-soigné comme une opposition, largement évoquée lors de mes entretiens auprès des MG, est reprise par S. Fainzang qui parle de « conflit de valeurs » (28). Elle a étudié ce qui fait que les patients ne suivent pas un traitement prescrit ou en modifient les posologies, recourent aux médecines alternatives ou pratiquent l'automédication. Pour elle, l'image du médecin et de la relation qu'il entretient avec le patient change, et ce, pour plusieurs raisons : les patients résistent plus aux demandes du médecin, ils sont

de plus en plus autonomes car on leur demande de plus en plus de se prendre en charge par eux-mêmes, surtout dans le cadre de pathologies chroniques. On constate alors que ces valeurs peuvent entrer en opposition : demander au patient d'être observant des recommandations du médecin mais aussi d'être autonome dans sa prise en charge. On arrive alors à une situation paradoxale dans laquelle le malade se construit une place dans la relation médecin-patient qui le met en position de mieux participer à sa prise en charge mais en se soumettant moins et donc en étant moins observant ; alors que si on lui demande de moins se soumettre, il devient moins participatif. Cela rejoint ce qui a transparu dans le discours des MG3 et MG5 qui constataient une attitude ambiguë des patients, qui souhaitaient prendre le contrôle de la consultation, mais tout en refusant la responsabilité d'une décision thérapeutique, qu'ils pouvaient critiquer ensuite et ne pas suivre...

Le MG3 de mon travail évoquait beaucoup la notion de « piège » lorsqu'il parlait de la consultation et des rapports avec ses patients. Il lui semblait alors que le patient mettait en place des stratégies, volontaires ou non, conscientes ou non, pour obtenir ce qu'il attendait de la consultation. JM Féron et *al.* parlent de ses stratégies que peuvent mettre en place les patients, de façon parfois involontaire ou inconsciente, pour influencer la décision thérapeutique de leur médecin (12) : demande ouverte au médecin, diagnostic suggéré, présentation d'une symptomatologie typique de la pathologie qu'il pense avoir, discours aggravant la sévérité réelle des symptômes, usage précédent d'antibiotique pour une symptomatologie similaire...

La confiance était également un élément important de la relation médecin – patient évoquée par les MG interviewés de mon étude. Elle devait être réciproque,



du médecin envers le patient et du patient envers le médecin. D'après les MG, si les patients avaient confiance en leur médecin dans les décennies passées, celle-ci semblait se perdre, avec des patients qui remettaient de plus en plus en cause leurs dires. Déjà en 1998, certains auteurs parlaient de la mise à mal de cette confiance (29) : D. Mechanic en a étudié cinq aspects, et dans chaque cas, c'est l'évolution du système de santé qui a été mise en cause comme responsable de la baisse de confiance entre les deux individus, et comme encourageant les interventions réglementaires qui se substituent à certains aspects de la confiance. Les critiques généralisées du système de Santé en général augmentent la méfiance des patients envers leurs médecins et continuent à mettre à mal cette confiance.

Le côté inégal de la relation entre le médecin et son patient est également évoqué dans la littérature. Ainsi on peut lire que pour Thomas M., cette relation de soin est asymétrique avec un « demandeur », le patient, qui est souffrant, qui subit sa maladie, et qui est amoindri, et un « sachant », le médecin, qui est en bonne santé, a les connaissances médicales, scientifiques, et se trouve donc en position de force. (30). Rentre à nouveau en ligne de compte la confiance entre le médecin et le patient pour pouvoir instaurer un dialogue singulier et fructueux.

On peut lire de divers auteurs que la qualité de cette relation de soin est actuellement mise en danger pour différentes raisons (30) :

- La montée de l'individualisme et la promotion de l'individu comme « responsable de soi », y compris dans des domaines où il n'aurait pas les compétences requises pour pouvoir l'être. Comme l'évoquaient lors de leur entretien les MG3 et MG5, cela contribue au passage d'une

relation médecin-patient de type paternaliste, parfois exagérément, à une relation de type participative. L'ère actuelle est à la « codécision » diagnostique et thérapeutique. Cependant, les MG3 et MG5 nuançaient cette recherche de l'égalité décisionnaire entre le médecin et son patient par le fait que ces derniers refusaient la responsabilité d'une décision thérapeutique les concernant. Tout ceci ne doit pas faire oublier que le médecin doit à son patient une information aussi complète et adaptée que possible, en toutes circonstances et pour lui permettre de mieux connaître et participer à la prise en charge de sa pathologie, surtout dans le cadre des pathologies chroniques.

- La société et les médias, parce qu'ils louent le progrès scientifique et technologique, influencent les patients qui peuvent alors penser qu'ils sont protégés par ce progrès, qui doit les soigner et les guérir en toutes circonstances. Aussi, lorsqu'un incident survient, il doit forcément y avoir un coupable, qu'il faut punir.
- La judiciarisation du système de santé notamment aux Etats-Unis en est une conséquence potentielle qui inquiète les médecins, comme évoqué précédemment.

Tout ceci contribue à l'altération de la relation entre le médecin et son patient.

Beaucoup des MG interrogés ont parlé d'eux-mêmes comme d'un traitement à part entière pour leurs patients, notamment par l'importance de trouver les bons mots pour les rassurer. La notion de médecin comme premier traitement pour un patient a été largement développée par Michael Balint, qui l'a appelée le « remède-médecin » (31). La relation que le MG a avec son patient est essentielle,

car pour lui, ce qui importe plus encore que le médicament prescrit, c'est la façon dont le MG le prescrit, mais aussi tout le contexte dans lequel la consultation, puis la prescription, sont faites. Ce « remède-médecin » qu'il décrit comporte deux composantes : le réconfort et le conseil, ce que l'on retrouve également dans les entretiens que j'ai réalisés, avec la notion de réassurance du patient, essentielle, mais aussi la simple consultation avec le MG, comme le disait le MG3 « *il vient avec l'idée préconçue que je vais aller voir Mme [X], elle va me rassurer* ». Il précise, non sans humour, que ce médicament n'a pas de pharmacopée bien étudiée et qu'il n'existe pas de posologie ou de mode d'administration défini. Je pense que la méthode d'exercice est propre à chaque MG, et qu'elle évolue au fur et à mesure de sa pratique. En effet, dans ce contexte, la personnalité du médecin, ce qu'il est en tant que personne, au moment de la consultation, entre en ligne de compte et influence fortement sa capacité à écouter, être empathique et rassurer son patient. M. Balint évoque aussi, non sans humour, la possibilité de réactions allergiques diverses, ou d'effets indésirables de ce traitement. Le contexte, le médecin, son attitude, le patient, sont autant d'éléments pouvant faire que le patient ne sera pas réceptif à la prescription du médecin, médicamenteuse ou non. Par exemple, une prescription faite par un médecin remplaçant ne sera pas reçue et suivie de la même façon que celle du médecin traitant avec lequel le patient a des habitudes et est en confiance.

d) Les éléments extérieurs :

Parmi les déterminants extérieurs de la non prescription médicamenteuse évoqués par les MG, les campagnes nationales étaient beaucoup citées comme une aide pour faire accepter au patient une non prescription médicamenteuse. B. Boule, dans sa thèse de doctorat en 2004 a évalué l'impact de la campagne « Les

Antibiotiques c'est pas Automatique » sur la prescription d'antibiotiques (32). En 2003, les effets de cette campagne de 2002 ont montré une diminution de la prescription d'antibiotiques pour les angines de près de 4.1 millions de prescriptions entre les hivers 2001/2002 et 2002/2003.

Les TDR étaient aussi cités comme aide potentielle à la non prescription médicamenteuse. Les études sur ce sujet sont assez hétérogènes. Si toutes admettent que le TDR pour le dépistage du Streptocoque A bêta-hémolytique dans l'angine est un bon test de dépistage permettant de ne pas prescrire d'antibiotique en cas de négativité, les effets réels sur les décisions thérapeutiques des médecins ne sont pas toujours en cohésion. Une première étude menée en 1998 montrait que le TDR n'avait pas un impact majeur sur les prescriptions des médecins puisque les médecins de l'étude ont maintenu leur prescription d'antibiotiques malgré un test négatif (33). Une étude prospective menée en 2007 et comparée aux données de 2005 a mis en évidence que le TDR était moins utilisé (52.5% vs 57.5%) car les MG les estimaient inutiles à la décision à 76.8%, et les prescriptions d'antibiotiques en hausse de 6% (41% vs 35%,  $p < 0.01$ ) (34). En revanche, en 2014, il a été montré que la mise en place de la stratégie d'utilisation des TDR a conduit à une diminution moyenne de 30% de la prescription d'antibiotiques pour des angines chez les enfants (35).

Enfin, parmi les éléments qui influençaient la réussite ou l'échec d'une non prescription médicamenteuse, les MG parlaient beaucoup de la notion de temps, surtout parce qu'ils ont le sentiment d'en manquer, et que prescrire un médicament, même contre son gré, était moins chronophage, et d'une certaine façon, moins fatigant, que d'expliquer que ce n'était pas nécessaire. Cela est confirmé dans un article de 2002 qui parle de cette notion de temps dans la

consultation, et qui affirme également que « convaincre le patient qu'un antibiotique n'est pas nécessaire prend plus de temps que de le prescrire » (36).

## **2. Vécu négatif des médecins quand leur décision thérapeutique n'est pas acceptée :**

Les MG de mon étude, notamment les MG2 et MG5, semblaient ressentir une dévalorisation de leur métier, et plus généralement, de la profession médicale. M. Thomas va dans ce sens lorsqu'il évoque le développement des examens complémentaires (biologiques ou d'imagerie) qui fait du clinicien un praticien ayant une multitude de moyens pour confirmer ou infirmer un diagnostic. Ceux-ci sont souvent réclamés par les patients qui en ont eu connaissance grâce aux médias qui encensent ces évolutions technologiques et scientifiques, mais aussi le développement de spécialités voire de surspécialités médicales dont la formation conduit à affirmer un diagnostic et traiter une maladie précise aux dépens de la prise en charge globale du patient. Pour M. Thomas, cela fait du médecin plutôt un technicien supérieur de santé qu'un médecin clinicien au sens premier du terme (30).

Les entretiens que j'ai réalisés pour ce travail mettaient en évidence que les MG vivaient leurs décisions de non prescription médicamenteuse de façon très positive lorsque celles-ci étaient acceptées par le patient, alors qu'en cas de non adhésion, le vécu était bien plus difficile. Dans la littérature, j'ai trouvé très peu d'articles traitant de ce sujet. Cependant, celui de M. Juillard et F. Bloedé m'a paru, une nouvelle fois, intéressant dans ce contexte. Il s'intéresse au vécu des internes de médecine générale quand ils n'accèdent pas à la demande d'un patient (11). Pour eux, savoir dire « non » constitue une compétence à part entière, avec trois

objectifs : protéger le patient de procédures inutiles (rejoignant ainsi ce que de nombreux MG de mon étude évoquaient), maîtriser la consommation des biens de santé et aboutir à une pratique professionnelle sereine. Ainsi, dire « non » fait partie du métier de MG et les internes doivent y faire face. Une partie de leur étude est quantitative, par questionnaire auprès de 121 IMG. Elle révèle que seuls 5% des internes n'éprouvent pas de difficulté à dire non, même si 58% admettent que cet exercice est plus facile en pratique hospitalière qu'ambulatoire. Les raisons pour expliquer cela sont multiples : la nature de la relation avec le patient en ambulatoire (singulière, de confiance et empathique, à long terme), la volonté de se conformer à la pratique du MSU ou du médecin remplacé, la pression que peut exercer le patient, le manque de confiance en soi, mais aussi, comme cela a déjà été identifié auparavant, le système de santé actuel avec une tarification à l'acte entraînant un temps de consultation limité, la peur de déplaire au patient et qu'il change de MG, la rencontre pour la première fois avec un patient et le besoin de le « fidéliser ». Certaines situations particulières semblent rendre le « non » plus difficile à imposer pour 82% des internes : un patient en situation précaire, un patient agressif, exigeant ou insistant, ceux pour lesquels ils ont de l'empathie.

Cette analyse est complétée par une analyse qualitative par focus groups auprès de 23 internes, et permet de préciser les situations dans lesquelles les IMG ont refusé ou ont voulu refuser une demande du patient mais surtout leur ressenti dans cette situation. Il apparaît que ce vécu dépend de la façon dont le refus est perçu et exprimé par le patient. Quand le « non » n'est pas entendu par le patient, cela donne à l'IMG un sentiment de frustration, de dévalorisation, de déception par rapport à l'idéal de la pratique de la médecine. Quand ils sentent le patient déçu, les IMG tendent à culpabiliser. De la colère est ressentie quand ils font face à des

tentatives d'abus de la part des patients. A l'opposé, un « non » entendu et accepté par le patient entraîne chez les IMG une grande satisfaction, un sentiment de réussite et d'accomplissement. Tous ces sentiments ont été exprimés par les MG que j'ai interrogés pour ce travail.

Les IMG proposaient également des solutions pour dire « non » plus sereinement à leurs patients : le compromis et la négociation, l'emploi de différentes méthodes de communication (expliquer, argumenter, reformuler, explorer la demande, écouter le patient...), l'appui sur des données externes à la consultation (comme les connaissances scientifiques, les recommandations, un second avis), l'examen physique appuyé et commenté, revoir le patient ou encore, simplement, affirmer son choix sont autant de solutions apportées par les IMG. On peut remarquer que la majorité de ces stratégies étaient employées par les MG que j'ai interrogés.

### **3. Limiter les prescriptions contre le gré des médecins :**

Les six MG interrogés parlaient des stratégies qu'ils mettaient en place pour éviter, ou tout au moins limiter, leurs prescriptions thérapeutiques.

S. Duffaut, en 2014, a étudié cette question des stratégies développées par les médecins, mais aussi les raisons de cette recherche de limitation de prescriptions et de non prescription médicamenteuse lors d'entretiens collectifs de médecins généralistes (8).

Les objectifs de limitation de prescription médicamenteuse pour les MG sont d'éviter la multiplication des médicaments dans des situations prédéfinies comme une pathologie aiguë simple, ou d'introduire des médicaments potentiellement addictifs ; évaluer et respecter la balance bénéfice / risque d'une thérapeutique ;

minorer les co-prescriptions, voire remettre en question l'intérêt d'une prise en charge médicamenteuse au profit d'une non prescription médicamenteuse. Ces notions étaient évoquées par les MG interviewés, notamment l'idée de balance bénéfique / risque, et celle de ne pas nuire au patient, ne pas être *nocebo* comme le disait le MG6.

Les stratégies que mettent en place les MG sont de deux types : en consultation mais aussi hors consultation.

En consultation, les stratégies principales qui ressortent de ce travail sont :

- l'attitude du praticien, qui se doit d'identifier au plus tôt la demande de son patient pour éviter la prescription médicamenteuse inutile voire néfaste, ne pas « *se faire piéger* » comme l'évoquait le MG3. J'ajouterais à cette notion qu'il faut également s'assurer de bien comprendre la demande du patient, et de s'efforcer de lui faire verbaliser l'attente réelle car l'on sait que l'inadéquation entre la perception des attentes du patient par le médecin et les attentes réelles du patient est un facteur de sur prescription (13). Pour cela, écoute et compréhension sont des données essentielles mises en avant dans l'article, comme chez les six MG interrogés. Comme l'indiquait également le MG3, un examen clinique appuyé permet aussi de rassurer le patient et de lui faire accepter la décision médicale. Avec ce temps clinique qu'il passe avec le patient, le MG lui montre qu'il s'intéresse à lui, que son état le préoccupe, et qu'il est attentif à son bien-être. L'examen clinique appuyé, approfondi, donne également plus de crédibilité au MG, notamment quand la décision thérapeutique qui en découle est l'abstention thérapeutique.



Montrer au patient que l'on est attentif, que l'on cherche de nombreux signes cliniques pour étayer un diagnostic, rend plus crédible la décision du MG de ne pas prescrire, le cas échéant, et permet de justifier qu'il n'y a pas de signe de gravité ni d'inquiétude malgré un examen clinique poussé. Cet examen clinique est donc à double effet : s'il renforce la confiance que le patient a envers son MG, la confiance entre ces deux personnes pourra renforcer le poids que cet examen clinique aura lors des consultations suivantes.

- De même, et pour rejoindre cette idée qu'évoquaient les MG5 et MG6 sur l'importance de l'écoute du patient et le fait que c'était ce qu'il retenait essentiellement de la consultation, il a été montré que le taux élevé de prescriptions d'antibiotique est lié à une faible satisfaction du patient par rapport au temps passé par le médecin à l'écouter ; et donc, que plus de temps consacré à l'écoute du patient peut réduire la prescription d'antibiotique, sans réduire la satisfaction du patient (36), au contraire.
- L'explication et la négociation sont deux éléments importants pour limiter la prescription : la compréhension du patient doit être basée sur ces explications venant du médecin. Son argumentation favorise la compréhension. Plusieurs praticiens de cette étude, comme ceux de la mienne, constatent le besoin d'être rassurés des patients, qui ne passe pas obligatoirement par une prescription médicamenteuse. Se retrouve aussi dans cet article la notion que le patient est le premier bénéficiaire d'une limitation de prescription, et donc, comme le disait le MG6, il y a deux gagnants à la consultation quand une non prescription médicamenteuse est réussie par le MG.

- L'emploi de ressources est une autre stratégie des MG pour limiter leurs prescriptions : les actualités médiatiques (là encore, « les Antibiotiques, c'est pas automatique » est la plus citée), mais aussi les scores ou référentiels comme des agendas de sommeil ou des fiches Info-Patients de la revue *Prescrire* sont des exemples cités dans cette étude, mais que les MG de mon travail n'ont pas du tout évoqué. On peut s'interroger sur la raison pour laquelle ceci n'a pas été mentionné : les MG connaissent-ils ces éléments d'aide à la non prescription ? S'ils les connaissent, pourquoi ne les utilisent-ils pas ? Si ce n'est pas le cas, comment se fait-il qu'ils n'en aient pas connaissance ? Y a-t-il assez de médiatisation auprès des MG au sujet de ce type de brochures ? Il faudrait probablement que nos instances travaillent sur ces éléments et comment les faire connaître aux MG pour les aider à réduire leurs prescriptions médicamenteuses.
- Enfin, une systématisation de la consultation permet aussi cette limitation de prescription médicamenteuse, en relisant la prescription et en réévaluant les bénéfices / risques. Dans ce paragraphe, les auteurs mettent en relief l'importance de l'écrit pour le patient, et donc qu'une ordonnance de médicaments peut être remplacée par des conseils écrits. Ceci conforte l'idée du MG4 d'une consultation protocolisée, rituelle, avec cette ordonnance qui lui permettait de clôturer la rencontre avec le patient. Comme les MG de mon travail, certains MG de l'article de Duffaut et Liébart proposent une consultation de contrôle pour rassurer le patient sur son accompagnement.

On remarque que dans les entretiens réalisés, la notion de rassurer le patient est essentielle (MG3, MG5, MG6). P. Cathébras (37) a travaillé sur ce sujet, et pour lui, la réassurance (anglicisme permettant de mieux traduire le phénomène) peut se définir comme une communication entre le médecin et son patient visant à soulager les inquiétudes du patient vis-à-vis de sa santé. Ceci implique de fournir une explication pour les symptômes et l'assurance qu'ils ne peuvent pas être dus à une maladie grave. Dans cette « réassurance », le médecin a un rôle essentiel, en étant le premier des « médicaments » du patient (30) : de nombreux patients, craintifs et anxieux d'être atteints d'une maladie grave, ou simplement parce qu'ils ne comprennent pas ce qui leur arrive, ou en perte de soutien, cherchent dans leur MG l'écoute, le réconfort et les explications qui les apaisent. C'est pourquoi le MG, clinicien au plein sens du terme, qui travaille essentiellement avec le patient, son interrogatoire, son examen physique, sans recours aux examens complémentaires, reste et doit rester le premier des « médicaments » essentiels. La pratique de la médecine clinique, avec de la patience, du temps et de l'empathie peut permettre de réussir l'exercice certes difficile mais essentiel de rassurer les patients à l'issue de la seule consultation, d'apporter le réconfort devant des pathologies sérieuses, faire comprendre et accepter des explorations complémentaires ou des effets indésirables de traitements.

#### **4. En pratique :**

Après ce travail, je pense à nouveau à la situation que j'ai vécue lors de la consultation de garde, avec ce papa qui attendait une ordonnance pour chacune de ses filles.

Je pense maintenant que ces prescriptions qu'il attendait sont chargées de sens pour lui : inquiet pour ses enfants, elles constituent un élément de réassurance, une prolongation de la présence du médecin à son domicile. N'ayant pas pu établir de relation de qualité avec ce patient préalablement à cette consultation, je n'ai pas pu l'utiliser pour le rassurer, autrement que par une ordonnance. De plus, il est probable que la prescription systématique soit une habitude entre lui et son médecin, d'où son étonnement, voire son incompréhension lors de ma non prescription thérapeutique.

Aussi, après avoir mené ce travail, je pense que la mise en place de divers éléments pourrait aider les MG à réduire leurs prescriptions médicamenteuses en consultation. L'établissement d'une relation médecin-patient de confiance est une aide précieuse pour faire accepter au patient une non prescription thérapeutique. Affirmer sa position de médecin auprès de son patient, dès les premières consultations, semble aussi essentiel au vu de l'importance que revêtent les habitudes instaurées entre le médecin et son patient pour ce dernier.

Une meilleure formation des MG dès la formation initiale peut constituer un moyen de les aider à mieux gérer ces situations dans leur exercice médical futur : en effet, certaines études ont mis en évidence que les internes estiment que leur formation ne les aide pas à affirmer une non prescription médicamenteuse. Former les étudiants à l'éducation à la santé voire à l'éducation thérapeutique, des cours orientés vers les sciences humaines reprenant les bases de la relation entre le médecin et son patient pourraient être des éléments qui aideraient les MG à affirmer leur diagnostic et leurs décisions thérapeutiques, qu'elles soient médicamenteuses ou non.

Une « formation » du patient pourrait également être utile, à la fois grâce aux médias, dont l'impact est perçu comme largement favorable par les MG, mais aussi par le MG lui-même, en pratiquant une médecine qui correspond à son idéal de pratique de façon à ne pas transmettre de fausses impressions au patient, ou de lui faire prendre des habitudes qu'il sera ensuite difficile de modifier.

Expliquer à nos patients que lorsqu'ils viennent en consultation, ils viennent pour un avis médical, avec un examen clinique, un diagnostic, des informations, des conseils, et parfois, seulement si elle semble nécessaire, une prescription médicamenteuse me semble également essentiel, pour délivrer le « bon » message, et faire accepter les non prescriptions médicamenteuses.

Enfin, le MG doit essayer de faire abstraction de ce qu'il pense percevoir des patients, puisque des travaux ont montré que ce que le MG pense que le patient attend de lui peut être très différent de ce que le patient attend effectivement de son médecin, notamment en ce qui concerne les prescriptions médicamenteuses. Garder cela à l'esprit quand on est en face de lui, ne pas chercher à tout prix à répondre à des demandes qu'il n'aurait pas formulées, poser des questions pour lui faire exprimer ses attentes de façon claire pourraient permettre de réduire les prescriptions que l'on ferait contre notre gré et les sentiments négatifs de dévalorisation, de service, de commercialisation qui en découlent. Pratiquer une médecine qui nous correspond, en accord avec nos convictions médicales, mais aussi, quelque part, nos convictions personnelles, peut favoriser la confiance en soi-même et l'affirmation de ses décisions, ainsi qu'un sentiment positif de satisfaction de soi.

## V. Conclusion

La prescription médicale est une préoccupation quotidienne dans la pratique des MG puisqu'elle se pose à chaque consultation. Les consultations se concluant sur une non prescription médicamenteuse sont rares. De nombreux facteurs entrent en jeu dans la réalisation de cette non prescription médicamenteuse : ceux inhérents au médecin (habitudes de pratique, sentiment de valorisation, craintes de conséquences négatives, éviction de ressentis désagréables), ceux inhérents au patient (la pression qu'il peut exercer sur le médecin, ses craintes qu'il transmet, ses croyances), la relation qui existe entre les deux protagonistes, mais aussi des éléments extérieurs comme les médias.

Prenant conscience de tous ces éléments, et en tenant compte, le MG pourrait mettre en place des stratégies pour pallier à une prescription médicamenteuse lorsqu'il l'estimerait non justifiée, inutile, voire néfaste. Il pratiquerait alors une médecine qui lui correspond, valorisante et enrichissante.

De plus, si l'ordonnance constitue une réassurance du médecin et du patient, comme un accompagnement qui se prolonge à domicile comme pour un objet transitionnel, elle ne doit pas obligatoirement être une prescription médicamenteuse. Ne pourrait-elle pas être une fiche conseil par exemple, la mise par écrit des recommandations que le MG fait à son patient ? Cela peut constituer un compromis entre le « papier », concret, qu'attend le patient, et la volonté du médecin de ne pas donner de médicament.

Pour compléter ce travail, il serait intéressant de rechercher les attentes réelles du patient d'une consultation en médecine générale, ce qu'ils aimeraient y trouver, et comparer cela avec ce que pensent les MG de l'objectif de cette

consultation. Il pourrait être utile également, d'étudier la relation médecin-patient et son évolution, ce que le médecin comme le patient en perçoivent, et comment ils peuvent trouver un terrain commun pour s'en satisfaire l'un comme l'autre, sans renoncer à leurs idéaux.





## VI. Références

1. Le Pen C., Lemasson H., Roullière-Lelidec C. La consommation médicamenteuse de 5 pays européens. . *Etude pour le LEEM*. Avril 2007.
2. Le Rapport des Français et des européens à l'ordonnance et aux médicaments. [En ligne] Octobre 2005. [Dernière consultation : 12 août 2019.] [https://www.ameli.fr/fileadmin/user\\_upload/documents/Le\\_rapport\\_des\\_Francais\\_et\\_des\\_Europeens.pdf](https://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/Le_rapport_des_Francais_et_des_Europeens.pdf).
3. Amar E., Pereira C., Delbosc A. Les prescriptions des médecins généralistes et leurs déterminants. [En ligne] Nov. 2005. [Dernière consultation : 12 Août 2019.] <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er440.pdf>.
4. Gallois P., Vallée J.P., Le Noc Y. Prescription médicamenteuse des médecins généralistes et leurs déterminants. *Médecine*. Déc. 2007, Vol. 3, 10, pp. 456-61.
5. S., Chambaretaud. La consommation de médicaments dans les principaux pays industrialisés. *Etudes et Résultats, DREES*. Janvier 2000, Vol. 47.
6. *Améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les budgets. Propositions de l'Assurance Maladie pour 2019*. Assurance Maladie. Juillet 2018. Rapport au ministre chargé de la Sécurité sociale et au Parlement sur l'évolution des charges et des produits de l'Assurance Maladie au titre de 2019 (loi du 13 août 2004).
7. I, Aubin Augier. Introduction à la recherche qualitative . *Exercer, Rev Fr Médecine Générale*. 2008, Vol. 84, pp. 142-5.

8. Duffaud S., Liébart S. Comment les médecins généralistes limitent-ils leurs prescriptions? Etude qualitative par entretiens collectifs. *Santé Publique*. 2014, Vol. 26, 3, pp. 323-330.
9. A, VEGA. Prescription du médicament en médecine générale, première partie. Déterminants culturels de la prescription chez les médecins français. *Médecine (Montrouge)*. 2012, Vol. 8, 4, pp. 169-173.
10. Bonnetblanc JM., Sparsa A., Boulinguez S. Le "bon médecin" : enquête auprès des patients. *Pédagogie médicale* . 2006, Vol. 7, 3, pp. 174-179.
11. Juillard M., Bloedé F. Learning to say no when necessary : practice of interns in general medicine / Savoir dire non à bon escient : vécu des internes en médecine générale. *Médecine*. 2016, Vol. 12, 8, pp. 375-8.
12. Féron JM., Legrand D., Pestiaux D., Tulkens P. Prescription d'antibiotiques en médecine générale en Belgique et en France : entre déterminants collectifs et responsabilité individuelle. *Numéro spécial Bactériologie-Infectiologie-Virologie-2ème partie, Pathologie Biologie* . 2009, Vol. 57, 1, pp. 61-64.
13. Cockburn J., Pit S. Prescribing behaviour in clinical practice : patients' expectations and doctors' perceptions of patients' expectations : a questionnaire study. *British Medical Journal*. 1997, Vol. 315, 7107, pp. 520-3.
14. Gaboreau I., Pricaz F., Cote-Rey A., Roucou I., Imbert P. Consensus, controverses et dissensions entre médecins généralistes et patients autour de l'insomnie chronique primaire. *Exercer*. 2017, Vol. 130, pp. 52-59.
15. Little P, Dorward M, Warner G, Stephens K, Senior J, Moore M. Importance of patient pressure and perceived pressure and perceived medical need for

investigations, referral, and prescribing in primary care: nested observational study. *BMJ*. Feb 2004, Vol. 328, 7437, p. 444.

16. Butler CC., Rollinck S., Pill R., Maggs-Rapport F., Stott N. Understanding the culture of prescribing :qualitative study of GPs' and patients' perceptions of antibiotics for sore throat. *BMJ*. 1998, Vol. 317, pp. 637-42.

17. Hutchinson JM., Foley RN. Method of physician remuneration and rates of antibiotic prescriptions. *CMAJ*. 1996, Vol. 160, pp. 1013-7.

18. *Evaluation de l'usage des antibiotiques en Belgique francophone : déterminations des raisons de la surprescription apparente et de la non-observance des recommandations de bonne pratique*. Féron JM., Legrand D., Kacenenbogen N., Freyens A., Tulkens P. Paris, France : s.n., 2007. Réunion Interdisciplinaire de chimiothérapie anti-infectieuse.

19. M., Mauss. *Essai sur le don*. 1923-1924. p. 248.

20. C., Carrez. Impact psychologique de la judiciarisation et médecine défensive : étude quantitative menée auprès de médecins généralistes et remplaçants du Nord-Pas-de-Calais. 2016. Thèse de doctorat.

21. H, Lorphelin-Martel. *Le risque juridique et les internes de médecine générale en Haute-Normandie : vers la pratique d'une médecine défensive dès la formation initiale?* . 2014. Thèse pour le doctorat en médecine.

22. Collin, J. Médicaments et vieillesse, trois cas de figure. *Anthropologie et sociétés*. 2003, Vol. 27, 2, pp. 119-35.

23. Ashworth, Lortinovic. Why has antibiotic prescribing for respiratory illness declined in primary care? A longitudinal study using the GP Research Database. *J. Public Health (Oxf)*. 2004, Vol. 27, 2, pp. 228-9.
24. Cox CM., Jones M. Is it possible to decrease antibiotic prescribing in primary care? An analysis of outcomes in the management of patients with sore throat. *Fam. Pract.* 2001, Vol. 18, 1, pp. 9-13.
25. Aschworth M., Charlton J., Ballard K., Latinovic R., Gulliford M. Variations in antibiotic prescribing and consultation rates for acute respiratory infection in UK general practices, 1995-2000. *BJGP*. 2005, Vol. 55, pp. 603-8.
26. Deschepper R, Vander Stichele RH, Haaijer-Ruskamp FM. Cross-cultural differences in lay attitudes and utilisation of antibiotics in a Belgian and a Dutch city. *Patient Educ. Couns.* . 2002, Vol. 48, 2, pp. 161-9.
27. D.W., Winnicott. *Les objets transitionnels*. Texte de 1951. s.l. : Broché, 2010.
28. S., Fainzang. La relation médecin-patient. Un conflit de valeurs. *Revue des Maladies Respiratoires*. 2005, Vol. 22, 2, pp. 37-39.
29. D., Mechanic. The functions and limitations of trust in the provision of medical care. *J. Health Polit. Policy and Law*. 1998, Vol. 23, 5, pp. 661-86.
30. M., Thomas. Le médecin : le premier des médicaments essentiels. Plaidoyer pour la médecine clinique et la relation de soin. . *La Revue de Médecine Interne*. 2016, Vol. 37, pp. 577-8.
31. M., Balint. *Le médecin, son malade et la maladie*. s.l. : Payot , 1996. p. 418. Première publication 1957.

32. B, Boulle. "Les Antibiotiques c'est pas automatique" : impact de la campagne de communication de l'Assurance Maladie sur la prescription des antibiotiques au cours des angines : résultats de l'Assurance Maladie à 12 mois. 2004, Vol. Thèse de doctorat.
33. Peyramound D., Patry O., Santy E. Influence du test de diagnostic rapide de l'angine aiguë sur la prescription antibiotique des médecins généralistes. *M2decine et Maladies Infectieuses*. 1998, Vol. 28, 10, pp. 658-65.
34. Cornaglia C., Robinet J., PArtouche H. Evolution de la pratique du test de diagnostic rapide de l'angine streptococcique parmi les médecins généralistes maîtres de stage de la faculté de médecine Paris-Descartes : 2005 - 2007. *Médecine et Maladies Infectieuses*. 2009, Vol. 21, 2, pp. 375-81.
35. Cohen J., Lévy C., Chalumeau M., Bidet Ph., Cohen R. Test de diagnostic rapide dans les angines de l'enfant . *Archives de pédiatrie*. 2014, Vol. 21, 2, pp. 578-83.
36. Lundkvist J., Akerlind I., Borgquist L., Molstad S. The more time spent on listening, the less time spent on prescribing antibiotics in General Practice. *Fam. Pract.* . 2002, Vol. 19, 6, pp. 638-40.
37. P., Cathébras. Rassurer : un acte médical essentiel mais plus difficile qu'il n'y paraît, aux conséquences socio-économiques négligées. *Revue de Médecine Interne*. 2014, Vol. 35, 5, pp. 285-8.
38. Fiquet L., Grimault C., Allory E. d'après une communication de Deleplanque D., Hemma-Gasrel F., Diblaw-Straum A. La consultation sans prescription médicamenteuse. *Exercer*. 2013, Vol. 110, suppl. 3, pp. 823-35.

## VII. Annexes :

### Annexe 1 : Guide d'entretien : Les médecins et la non prescription médicamenteuse

Question générale : comment se déroule une consultation type ?

Représentation de la non prescription :

- Comment définiriez-vous la non prescription médicamenteuse ?
- Quelles situations / types de consultation aboutissent à une NPM ?
- Pensez-vous que votre pratique ait évolué sur ce point depuis le début de votre exercice ? De quelle façon ?

Vécu d'une NPM ?

- Quel est votre ressenti lorsqu'une consultation se déroule sans PM ?
- Quelles sont les conséquences d'une NPM sur :
  - o Le déroulement de la consultation ?
  - o Votre image de Dr ?
  - o La relation avec le patient ?
- Comment contournez-vous une réticence du patient à la NPM ?

Prescription contre son gré :

- Avez-vous déjà vécu des situations où vous prescrivez des médicaments alors que vous savez la prescription inutile / non justifiée ?
- Qu'est-ce qui vous amène à prescrire contre votre gré ?
- Quel rôle le patient joue-t-il dans cette décision ?
- Que ressentez-vous alors ?
- De façon plus générale : comment peut-on limiter les PM injustifiées ?

## Annexe 2 : Caractéristiques socio-démographiques

Sexe :

Age :

- 20 – 29 ans
- 30 – 39 ans
- 40 - 49 ans
- 50 - 59 ans
- 60 - 69 ans
- >= 70 ans

Année de début d'exercice :

Mode d'exercice :

- Libéral :
  - Cabinet seul
  - Cabinet de groupe
  - Maison de santé pluriprofessionnelle
- Hospitalier
- Mixte
- Autre

Lieu d'exercice :

- Urbain :
  - Secteur favorisé
  - Secteur défavorisé
  - Mixte
- Semi-rural
- Rural

Appartenance à un groupe de travail : Oui / Non

Participation à des formations type DPC : Oui / Non – A quelle fréquence ?

Abonnement à une/des revue(s) médicale(s) : oui / non

Etes-vous Maître de Stage Universitaire ? Depuis quand ?

Diplômes spécialisés complémentaires :

Remarques générales :

### **Annexe 3 : Entretien MG1**

Pour commencer, pouvez-vous me décrire une consultation type ?

Eh bien, ça dépend du motif de la consultation hein, donc euh, décrire non, ça va être difficile.

Je demande pourquoi le patient vient. En général comme je les connais, pas besoin de rappeler les antécédents ni rien donc ça va plus vite... et puis après ça dépend pourquoi il vient...

*Silence*

Et selon vous, quelle serait la définition d'une non-prescription médicamenteuse ?

C'est s'il n'est pas malade, et qu'il a besoin juste de conseils, ou faire de la prévention des choses comme ça, y a pas besoin de médicaments...

Donc pensez-vous que cela corresponde à certains types de consultation, ou toutes pourraient être éligibles ?

Toutes les consultations non quand même pas (*rires*).

Et dans votre quotidien, y a-t-il des situations où vous ne prescrivez pas de médicaments ?

oui, ça m'arrive ! ce n'est pas très fréquent mais oui... *silence*

Et dans quelles circonstances cela vous arrive-t-il ?



Quelques fois si c'est juste pour parler, des patients qui reviennent avec des résultats radiologiques ou biologiques, juste pour en parler. Dans ce cas il n'y a pas besoin, ils ne sortent pas avec des médicaments.

Comment contournez-vous une réticence du patient à ne pas avoir de prescription ?

On lui explique !... on lui explique... jusqu'à ce qu'il comprenne... (*silence*)

Et avez-vous déjà vécu des situations où vous prescrivez des médicaments alors que vous savez la prescription inutile ou injustifiée ?

Oui ça a pu m'arriver oui... mais c'est rare. Si je trouve que ce n'est pas justifié je n'en mets pas. Et la majorité des consultations de pédiatrie, il n'y a pas de prescription hein, quand ils sortent. Surtout la pédiatrie. Toutes les consultations de prévention. Les consultations pour résultats d'examens.

S'ils sont malades oui, ils sortent avec quelque chose, ça me paraît logique (*rires*)

*Silence*

Et si on prend l'exemple d'une rhinopharyngite...

Oh bah, du Doliprane s'il y a de la fièvre, ça va s'arrêter là ! *silence*

Et si vous ne prescrivez rien, comment cela se passe-t-il ? est-ce une habitude pour vous de ne pas prescrire, ou prescrire peu ?

Ça passe généralement. Si on leur explique qu'on ne peut rien faire...

Après une habitude, non pas vraiment, ce n'est pas la majorité des consultations. En général quand ils viennent c'est pour quelque chose. C'est plus sérieux qu'une rhino... Mais quand ça arrive, non, ça ne me pose pas de problème.

Encore hier, une maman vient avec son petit qui a juste le nez qui coule, elle me dit : « c'est comme d'habitude, vous ne me donnez rien ? » « Bah non, c'est comme d'habitude, je ne vous donne rien ! ». Mais elle vient quand même. Elle est rassurée, ça lui fait plaisir.

Et c'est quelque chose qui a changé depuis que vous avez commencé votre exercice ?

\_Non... je dirais même l'inverse, qu'il y a plus de prescription contre son gré maintenant... les gens sont plus exigeants, plus pressants. Ça devient plus difficile je trouve oui. Parce que maintenant faut que ça passe tout de suite, qu'ils soient guéris en sortant du cabinet. Ils sont plus difficiles à gérer...

C'est peut-être aussi une question de génération... vous les jeunes médecins, vous avez l'air d'avoir plus de facilités à ne pas prescrire. On vous l'apprend peut-être plus en fac... donc c'est peut-être plus facile pour vous. C'est comme pour les remplaçants, on a des patients qui reviennent nous voir, en disant qu'ils ont vu le remplaçant, et qu'il « ne leur a rien mis » ...

Et comment réagissez-vous ?

Je dis qu'il a bien fait ! ce n'est pas mon genre de critiquer un remplaçant ou un confrère. Et en général, oui, ils font bien...

Et puis il y a les habitudes aussi. « D'habitude mon médecin me donne ça et ça marche ! ». Et bien s'il a l'habitude de vous donner de la poudre de perlimpinpin, prenez-en...

Qu'est-ce qui pourrait vous amener à faire une prescription...

Injustifiée ? Si le patient vient tous les jours, je finis par craquer (*rires*). Oui, si vraiment le patient insiste...

Et quand ça ne fonctionne pas, et que vous prescrivez quand même, comment le vivez-vous ?

Mal ! je trouve ça ridicule, mais bon... si vraiment on est obligé... que le patient ne comprend pas que ça va se passer tout seul ou...

Quelles stratégies vous utilisez pour éviter une prescription que vous pensez non justifiée ?

On lui explique... qu'il n'en a pas besoin. Et puis ils ne viennent pas toujours pour un... je ne sais pas, si c'est un bébé qui vient, je ne vais pas lui mettre un médicament sous prétexte qu'il vient chez le médecin. Si c'est pour montrer une prise de sang normale, je ne vais pas lui donner quelque chose (*rires*).

Ou j'utilise le déremboursement des médicaments. Quand ils insistent, je fais une ordonnance pleine de médicaments non remboursés, en général la fois suivante, ils ne demandent plus rien !

De façon plus générale, comment pourrait-on limiter les prescriptions non justifiées ?

Par l'instruction au patient, bien que ce soit difficile. Multiplier les campagnes « les antibiotiques c'est pas automatique ! » ... *silence*

Et par quel biais ? Quels moyens ?

Par les médias c'est ce qui marche le mieux avec les patients !

Nous ce qu'on dit... si à la télé ils l'ont pas dit, ça sert à rien ! (*rires*)

## **Annexe 4 : Entretien MG2**

### Pour commencer, comment se passe une consultation type pour vous ?

Une consultation type... alors, euh... Bah la personne arrive, elle s'assoit, je l'accueille : « bonjour, comment ça va ? »...

Alors, si c'est une première fois, actuellement je demande d'abord la carte vitale, ce qui dérange les gens : « ah ! Il faut déjà payer ?! » « Nooon..., c'est pour créer le dossier ! ». Donc je crée le dossier.

Si c'est une personne que je n'ai jamais vue, on fait l'interrogatoire : ses antécédents personnels, familiaux, s'il y a des problèmes récents, ... le traitement qu'ils prennent... Puis après je les examine.

Ensuite le traitement, s'il y en a un, s'il y a un traitement médicamenteux, ou d'autres traitements. Ça peut être de la kiné, orthophonie, ça peut être, euh... Et puis je fais mon ordonnance avec le logiciel, et puis voilà !

### Donc vous prescrivez toujours un traitement ?

Non bien sûr... beaucoup chez l'enfant. Parce qu'actuellement tout ce qui est gouttes dans le nez, sirops, bah ce n'est pas trop remboursé, donc on ne fait plus. Ou je préconise de l'homéopathie, mais c'est vrai qu'on essaie de donner de moins en moins.

Et c'est vrai que les gens commencent à comprendre que « on n'est pas obligés de prendre des médicaments ». Ça com-men-ce... Je pense que depuis quelques années, depuis 5 ans... Les gens avant étaient « Ah ! Comment ?! On n'a pas de médicaments ?! Pas d'ordonnance ?! » Et là bon, j'en ai qui disent

« non, non ! Pas de médicaments. J'ai tout ce qu'il faut à la maison », ou « pas besoin ».

Bon après, évidemment, quand ce sont des pathologies chroniques, il faut des médicaments. Evidemment...

Est-ce que vous avez l'impression qu'il y a des patients réticents à ça ? Qui ne comprennent pas ?

Ah bah y en a oui ! Oui oui oui !

Parce que dans le temps, quand on allait chez le médecin, on devait sortir avec une ordonnance. Même juste une boîte de Doliprane® ça suffit. Alors c'est vrai que, quand les gens je les sens un peu réticents, bah voilà, je donne 2 boîtes de Doliprane® (rires) ou un petit sirop (même quand ce n'est pas remboursé je le prescris) et ils repartent avec une ordonnance.

Mais c'est vrai que, pour les gens, pour 90% des gens, il faut partir avec son ordonnance... sinon on n'est pas bien soignés. Ça fait partie de la consultation oui... avoir un traitement, ouais...

Et vous le faites ?

Un peu forcée ?

Oui c'est ça...

Alors, par exemple, pour les antibiotiques, de temps en temps, je... pour des enfants...

Quand je les connais bien, ça va mieux, parce qu'on sait quel enfant va transformer une petite rhino en bronchite, et c'est ça le problème quand les jeunes

mamans viennent. Souvent les gamins, ils ont un petit rhume, et puis 3 jours après ils reviennent avec des grosses bronchites. Alors bon, quand c'est vraiment notre patientèle, on connaît les gamins. Souvent ce que je fais, je fais une petite ordonnance avec des sprays nasaux, un petit sirop, s'il n'y a rien sur les bronches, et je donne un antibiotique à côté, en disant à la maman que si dans 2-3 jours ça dégénère, bah vous lui donnez l'antibiotique... (*silence*) Mouais... je fais ça souvent...

Et comment vous vous sentez ? « Forcée » comme vous l'évoquiez tout à l'heure ?

Y a des gens oui ! Y a des gens non... De moins en moins je dirais. C'est rentré dans...

Ce qui marche très très bien, et c'est ce que j'ai dit au médecin de la Sécurité Sociale, ce sont les spots publicitaires à la télé ! Quand on dit « les antibiotiques ce n'est pas automatique », ou des trucs comme ça. Ou, à un moment, c'était la campagne sur l'impuissance, le Viagra<sup>®</sup> tout ça, « parlez-en à votre médecin ». Eh ben les gens en parlaient. La télé, c'est vraiment un moyen de faire comprendre les choses aux gens. Les médias quoi... même la radio oui !

Et comment vivez-vous quand vous décidez de ne pas faire de prescription médicamenteuse et que finalement, on vous force la main ?

Ça dépend des jours ! (*rires*). Des jours, de la fatigue... et de l'humeur ! (*rires*).

Y a des jours où je vais passer du temps à leur expliquer. Y a des jours, je ne vais pas expliquer parce que j'ai la salle d'attente qui est pleine, et que je ne

veux pas passer un quart d'heure à expliquer. Et c'est le 15<sup>ème</sup> auquel il faut expliquer qu'il n'y a pas besoin ! (*rires*). Oui... (*soupir*), c'est très variable.

Alors, quand ce sont des jeunes mamans, tout ça, j'explique. Mais c'est vrai que certaines personnes, je sais qu'elles forcent toujours la main...

Mais de temps en temps, ça m'arrive de refuser hein ! Et souvent, malheureusement, ils vont voir ailleurs... à côté... parce qu'ils savent qu'elles donnent. Et dans ces cas-là, je refuse de les reprendre. « Ah vous avez été voir ailleurs ?! Et bien c'est tout, je m'en décharge totalement ». Parce que si c'est pour aller voir ailleurs, je ne trouve pas ça honnête de leur part.

#### Comment contournez-vous ce genre de situation ?

J'essaie de leur expliquer, que ça ne sert à rien, que là, je juge que ce n'est pas nécessaire. A la rigueur, je leur dis de revenir dans 2 jours, on verra. Ou, quand ce sont des mamans qui travaillent, je prescris, pour les antibiotiques en tout cas, une ordonnance à côté. Parce que bon, c'est vrai que les gens qui travaillent, ou les mères de famille, moi je suis mère de famille, je sais que retourner voir le médecin ce serait vraiment une galère. Si au bout de 3 jours le gamin fait toujours de la fièvre c'est qu'il se passe quelque chose et qu'il faut traiter. Et puis quand on les connaît, on sait qu'ils ne l'auront pas le soir même... Je ne fais pas ça à tout le monde. Les gens qui ont le temps, ils reviennent. Ceux qui ont la CMU, ils reviennent. Et ce sont souvent EUX qu'il faut éduquer. Ça m'arrive de leur dire « vous revenez dans 2 jours ».

#### Et votre pratique a évolué sur ce plan depuis que vous exercez ?

La médecine a évolué depuis 20 ans... ah ouais totalement !

J'ai pris la succession de mon père, qui avait une médecine vraiment totalement différente de la nôtre, où on prescrivait vraiment beaucoup, beaucoup de médicaments ! Si les gens n'avaient pas leur longue liste de médicaments, ils n'étaient pas contents. Et c'est vrai que moi, j'ai beaucoup diminué le nombre de médicaments. Surtout les vasodilatateurs cérébraux. Quand ils avaient du Nootropyl®, de l'Iskédyl®... enfin je ne sais pas si tu connais ça (*rires*)...

- Non ça ne me dit rien... (*rires*)

C'étaient des oxygénateurs des cellules du cerveau, et des vasodilatateurs. Ça a été déremboursé parce qu'il n'y avait pas d'intérêt, et puis que ça coûtait trop cher à la Sécurité Sociale. Donc tout ça j'ai essayé d'arrêter, mais y en a qui ont changé de médecin parce que j'ai essayé d'arrêter des médicaments... c'est incroyable...

Donc depuis toujours je me suis « battue » entre guillemets, pour essayer de diminuer les listes de médicaments. Et puis il y a la iatrogénie aussi. Avant ils en pensaient pas trop à la iatrogénie. Ils mettaient des médicaments et puis... je pense qu'ils n'étaient pas éduqués comme ça les médecins. On en parlait moins...

Et puis je pense aussi que les gens consultaient moins pour de « petites choses ». Avant, les gens allaient voir le médecin quand ils toussaient vraiment, pas quand leur enfant avait juste une petite goutte au nez. Maintenant je pense que les mamans, les parents, consultent trop vite pour leurs enfants.

Donc les patients auraient changé aussi ?

Les patients ont changé... (*elle acquiesce de la tête*). Moi je pense.



Dans le temps, le médecin, c'était vraiment... c'était LE médecin, souvent DE FAMILLE, et, euh... Oui vraiment on l'appelait quand il y avait quelque chose. Maintenant il y a moins de respect je dirais... moins de respect envers le médecin. Maintenant ils viennent parce qu'ils n'ont pas voulu aller travailler, pour avoir un avis... et puis souvent c'est gratuit, la CMU, voilà, ils ne paient pas donc voilà !

Les mamans, qui sont à la CMU, ou les familles qui ont la CMU, quand ils retravaillent et qu'ils n'ont plus la CMU, on les voit trois fois moins souvent... si ce n'est pas 4 fois moins souvent. Les enfants de maman à la CMU, c'est toutes les semaines qu'on les voit !

Et dans le temps, ça n'existait pas ça. Parce qu'il fallait toujours payer un petit quelque chose. Et puis bon, c'était pas le même métier parce qu'on faisait des sutures, des ponctions d'ascite, de plèvre... plein de choses ! Maintenant on remplit des papiers, on fait des dossiers de MDPH et... bah c'est horrible ! (*rires*). Tout l'ordinateur, tous les papiers qu'on est obligés de faire sur l'ordinateur, maintenant les dossiers médicaux partagés, à créer... on est plus secrétaires (*rires*). On ne fait plus d'actes techniques. Si on fait une suture par an... et encore, comme c'est une fois par an, c'est « oh là là mon Dieu ! » (*rires*)... c'est compliqué ! « les pinces sont pas stériles ! » Y a plus rien de stérile... du coup on ne fait plus !

Et on envoie beaucoup plus facilement chez le spécialiste aussi ! Dans le temps, ils soignaient plus par eux-mêmes. Nous on se protège beaucoup en envoyant chez le cardio, le pneumo... on se protège beaucoup plus, on va largement moins loin dans la prise en charge. Ce qui est aussi un bien. En cardiologie, je trouve que c'est un bien, parce qu'il y a moins d'infarctus à domicile, des prises en charge plus précoces, pour les thromboses des artères coronaires...

On a plus, actuellement, un rôle de médiateur. C'est ce que voulait la Sécurité Sociale. Un rôle de médiateur envers les spécialistes, envers les paramédicaux comme les kinés ou les psychologues... Moi je suis toujours en train de téléphoner dans mon métier. Là j'ai un patient, atteint de sclérose en plaques, bon il faut que j'appelle la neurologue à Valenciennes, parce qu'il n'est pas bien... on est plus à appeler les autres. C'est le système de soins qui veut ça, que le médecin généraliste devienne distributeur de patients finalement.

Et même pour les diagnostics. On en fait, mais beaucoup moins qu'avant. On suspecte, et finalement la confirmation arrive plus loin et pas chez nous. Après c'est bien, parce qu'ils sont pris en charge directement. En cardiologie par exemple, on ne peut pas faire grand-chose. En pneumologie, c'est bien d'avoir des chiffres d'EFR quand il y a un problème pulmonaire. Après en pédiatrie on se débrouille... de toute façon faut bien, il n'y a plus de pédiatre à Maubeuge ! (*rires*).

Mais vraiment, il faut se faire respecter. Le problème c'est ça. Quand t'es jeune, souvent tu essaies de faire plaisir. Et puis les gens... ils en abusent. Une fois j'ai eu une dame, elle avait un érysipèle, toute sa jambe ? Bon, elle avait deux neurones... donc je la vois, je prescris des antibiotiques... Et puis, au bout d'une semaine, elle me rappelle en me disant qu'elle ne comprend pas, ça ne s'est toujours pas passé, qu'elle a toujours mal. Je me dis que c'est bizarre... j'avais mis un truc costaud, genre Orbénine®. Donc je vais la voir. Et j'ai eu un doute, je lui demande de me montrer la boîte. « bah, elle est en haut, dans la chambre... ». J'insiste : « montrez-moi la boîte de médicaments que je vous ai donnée la semaine dernière... ». Et là, je regarde : elle n'en avait pas pris un seul ! Parce que « [elle] savait que ça n'allait pas [lui] convenir ! ». Je lui ai répondu que si elle ne me faisait pas confiance, je lui rendais la boîte, et que je m'en allais. « Bah

docteur, ne le prenez pas comme ça ! » « Ah mais si, vous ne me faites pas confiance, vous appellerez quelqu'un d'autre ! ». Ils ont voulu me payer la consultation « quand même », j'ai refusé, je n'avais pas besoin... Ils m'ont quand même rappelé 15 jours plus tard, en s'excusant etc...

Mais voilà, il y en a qui n'ont plus le respect. C'est ce qu'on se disait tout à l'heure. Dans le temps, le médecin, c'était quelqu'un d'important quand il disait quelque chose on le suivait. Maintenant... c'est devenu un service comme un autre. Ils sont là, ils ont droit à leur ordonnance aussi, s'ils veulent des médicaments... Ils ont le DROIT d'avoir des médicaments... parce que c'est devenu un DROIT ! (*rires*). C'est comme le chômage, c'est un DROIT : « J'ai travaillé 2 ans, j'ai DROIT au chômage ». Maintenant c'est comme ça, on prend ce à quoi on a le DROIT. C'est comme : « je ne prends jamais d'arrêt de travail donc je peux bien avoir 15 jours ! » (*rires*). Bon... c'est un droit... « si si Docteur ! parce que vous comprenez, si vous ne me donnez que 3 jours, comme j'ai 3 jours de carence, ce n'est pas rentable... il me faut au moins une semaine ! » (*rires*)... pour un rhume !!! Euh... de toute façon un arrêt ce n'est jamais rentable ! Enfin, certains laissent une semaine ! Mais ça, faut pas se laisser faire. Et en plus, ils ont le DROIT... Donc les patients le savent ! « Va chez untel, il donne les arrêts ». Mais bon, chacun sa pratique, chacun sa conscience...

Très bien. Merci beaucoup pour le temps que vous m'avez consacré.

Mais de rien ! J'espère avoir répondu à ta demande ! Bon courage !

## Annexe 5 : Entretien MG3.

### Une consultation type avec vous, comment ça se passe ?

Une consultation type ?! Euh... (*rires*) grosso modo...

Accueil du patient (*rires*), euh. Recherche du motif de consultation, DES motifs de consultation, si possible on essaie de penser tout de suite qu'il y en a plusieurs pour ne pas se faire piéger (*rires*). Euehh... Ensuite euh, je jette un œil sur mon dossier quand même, parce que je n'ai pas tout dans la tête. Je me formule des hypothèses diagnostiques dans ma tête, sans les formuler au patient. Je lui propose de l'examiner. L'examen clinique corrobore, ou pas, mon hypothèse diagnostique. Je repose éventuellement des questions pour m'assurer que, euh, on a tout dit. Et voilà. Ensuite, il y a éventuellement une prescription. Ou pas. Ou une prescription d'examen complémentaire. Avec une explication minimum quand même de ce que je leur propose de faire pour résoudre leur problème.

Voilà ! Ça c'est de la théorie. Ça c'est mon point de vue à moi. Après, le patient, bah quelques fois, il fait autrement, il oriente la consultation autrement.

### Quand vous ne prescrivez pas de médicament, y a-t-il quand même d'autres prescriptions ?

Pas forcément. Il y a les cas où il n'y a pas de prescription de médicament parce que le diagnostic n'est pas clairement établi et demande des examens paracliniques. Ou il n'y a aucune prescription du tout parce que le diagnostic c'est, euh, c'est rassurer... le traitement c'est d'avoir rassuré le patient sur la non-pathologie, ou une patraquerie qui va passer toute seule...

C'est rare, mais il y a des patients qui ne viennent pas pour demander des médicaments ou des examens, non plus. Y en a quand même qui viennent, euh, raconter leurs misères. Leurs petits malheurs qui ne sont pas de l'ordre du biomédical.

Et cela correspondrait plutôt à quel type de consultation ?

Les consultations où l'on ne prescrit rien ?

Oui, ou celles où les patients viennent chercher autre chose qu'un médicament ou un examen.

*(silence)*

Bah c'est essentiellement les consultations où le patient est inquiet et pense avoir, euh... ou il vient avec un diagnostic. Ou il vient avec : « la mère Michu / la voisine a dit que j'avais une sale tête, que j'avais l'air fatigué. » Des gens qui se sont laissés convaincre par d'autres qu'ils étaient fatigués et que peut-être ils ont quelque chose de grave, alors que spontanément ils ne seraient pas forcément venus en consultation. Y a les gens qui ont tapé un symptôme sur internet...

Bon, on est quand même à la campagne, internet commence à prendre de l'ampleur. Mais il y a encore quand même l'influence des voisins, des collègues, des amis, entre guillemets...

Après y a quand même des gens qui ont UN symptôme, et qui pensent qu'UN symptôme c'est une maladie, et qui viennent donc pour avoir un remède à leur symptôme. Après ce sont des coliques passagères elles vont passer... C'est un rhume, il va passer... euh...

Comment est-ce vécu, quand pour vous, il n'y a pas besoin de prescription médicamenteuse ?

Alors... avec les patients c'est la chance de l'expérience. Avec les patients que je suis depuis 25 ans, je sais moi, déjà, ceux que je vais pouvoir rassurer sans difficulté, et qui viennent déjà avec l'idée préconçue que : « je vais aller voir Mme X, ainsi elle va me rassurer et ça ira mieux ».

Bon des fois ils veulent que je les rassure et ce n'est pas le cas, mais... ! (*rires*)  
Euh...

Après je sais aussi que, si je les connais bien, que ça va pas être facile de les rassurer. Et qu'on va peut-être avoir du mal à s'en sortir sans au moins, disons, un contournement du genre un ECBU, ou une prise de sang... bon on essaie d'éviter la radio, parce que y a un quand même un effet délétère, plus que l'analyse d'urines ou la prise de sang, qui ne sont délétères que pour la Sécu, mais qui n'est pas délétère pour le patient.

En mettant le moins de chose possible sur la prescription... sinon on va finir par trouver une anomalie qui va... partir en vrille... (*rires*)

Comment faites-vous pour contourner les difficultés de ces patients qui justement veulent absolument leur médicament ?

Alors euh... bah en argumentant MA position, fin... de manière euh...

D'abord l'examen, et l'écoute... je pense qu'il faut en passer par un interrogatoire... une consultation classique, faut pas se dire d'emblée, même si nous on sait quand ils passent la porte que 1) ils ne sont pas malades, qu'ils ont un symptôme, que voilà, et qu'il n'y avait a priori même pas de raison à la consultation. Je pense qu'il

faut faire « comme si », et le prendre euh... l'écouter sérieusement, ça déjà ça va les rassurer. Bien l'interroger, bien les examiner. Insister en disant : « ni à l'interrogatoire, ni à l'examen clinique, au terme de mon expertise, vous n'avez pas de pathologie. C'est du symptomatique, du banal, ou du fonctionnel, du viral et voilà. Faut faire confiance, monsieur / madame, à votre organisme, à son potentiel de... de... de défenses naturelles.

Ça c'est un argument que j'utilise de temps en temps, surtout pour les pathologies infectieuses, que si l'humanité ne pouvait absolument pas se passer d'antibiotique dans tous les cas infectieux, il y a longtemps... qu'on n'existerait plus sur Terre !  
(rires) Donc que... voilà, et que, 9 fois sur 10...

Quelques fois je leur rappelle qu'on a fait par exemple, chez les femmes, des sérodiagnostics au moment d'une grossesse, et qu'elles découvrent qu'elles ont fait telle ou telle pathologie, elles ne s'en souviennent pas, elles ne s'en sont pas rendues compte ! Comme la toxoplasmose par exemple. Et que donc on peut faire une maladie sans pour autant avoir besoin de remède, et que notre système immunitaire s'en occupe très bien de lui-même. Euh... voilà !

Et y arrive-t-on toujours ?

Non, on n'y arrive pas toujours... Je me suis faite piéger hier, chez une mamie qui, euh, fait des infections... enfin a des cystites à répétition mais elle est très âgée, et manifestement, d'emblée j'ai senti que, elle voulait absolument un antibiotique. J'avais déjà résisté deux fois précédemment, et euh... elle s'est mise à pleurer ! Elle m'a eue comme ça ! « Mais alors je vais continuer à souffrir le martyr ? »  
(d'une voix chevrotante) (rires). Là, elle m'a eue, bon voilà... Je ne voulais pas la voir pleurer (rires), partir comme un monstre en laissant pleurer sur sa table. Donc

euh... j'ai quand même mis le sachet de Monuril®... (*rires*). En lui demandant de faire l'analyse d'urines. Ce qui n'était pas prévu au départ puisqu'il n'y avait pas... en dehors des douleurs, que j'entends, mais pas de symptôme qui évoquait quelque chose de grave. En tout cas il n'y avait pas de fièvre, pas de douleur à la palpation... enfin voilà ! Mais elle dit, elle, souffrir le martyr, et qu'il n'y a qu'un antibiotique qui peut soulager sa douleur.

Que penser de l'effet placebo alors ?

Oui... mais j'en ai déjà prescrit plusieurs des *defensia*... enfin, je suis même allée regarder sur ma banque Vidal® pour trouver tout ce qui existait en pharmacie pour les cystites, les cranberries les machins les bidules... et d'ailleurs elle m'a reproché que le dernier truc que je lui avais prescrit était cher et pas remboursé... (*rires*)

Et quand vous faites une prescription comme ça...

Une peu forcée ?

Oui forcée, comment vous le vivez ?

Avec l'expérience, je suis moins... euh... moins dans l'inquiétude que je ne l'étais. Parce que bon, on a quand même la responsabilité de notre prescription et parfois on se dit « j'aurais pas dû ». Parce que nous on SAIT que le médicament A des effets secondaires, et qu'il n'y avait pas d'indication et que donc si on se retrouve face au problème d'effet secondaire grave alors QUE on a vraiment aucun argument pour justifier notre prescription, euh... bon.



Alors j'ai quand même beaucoup moins d'inquiétudes maintenant. Je me dis « je me suis fait avoir » mais quelquefois c'est euh... bah la journée elle est déjà bien longue et on a déjà résisté plusieurs fois... bon.

Après on a des tas de ficelles, de médicaments...

Les gens ne connaissent pas forcément, enfin ne connaissent pas bien les médicaments, c'est évident, donc on a des petites ficelles pour prescrire quelque chose qui est plus anodin.

Bon moi j'ai mon arme d'homéopathie déjà, de phytothérapie, enfin voilà, on essaie de mettre... Enfin j'ai plus d'expérience donc plus de petites ficelles pour mettre des remèdes de perlimpinpin, qui restent dans la gamme allopathie, ou homéopathie remboursée... merci ! pour l'instant ! Et dont je sais qu'il n'y aura... enfin pour lesquels il y aura le moins d'effet secondaire possible.

Je trouve que c'est plus gênant dans les demandes d'examens paracliniques. Euh... les consultations sont beaucoup plus longues quand c'est quelqu'un qui dit « voilà Dr, j'en ai pas pour longtemps, je viens juste pour une ordonnance pour une IRM du genou ». On va avoir plus de mal. On n'a pas d'homéopathie qui remplace l'IRM du genou, euh, on n'a pas d'examen moins coûteux... enfin si c'est la radio, mais euh voilà, c'est pas complètement dénué d'effet secondaire. Bon un cliché, voilà, mais quelques fois sur une vie complète, ça peut faire beaucoup. Voilà, c'est plus difficile. Parce que là, ils ont des arguments. Ils sont allés sur internet, ils sortent des mots compliqués qu'on ne connaît pas toujours non plus... (rires) euh... bon donc...

Et là, quelles stratégies vous mettez en place ?

Là pour une mamie de 90 ans je vais dire que, euh, après coup j'en ai ri ! Elle m'a eue quoi ! Elle a fait son Calimero, et puis voilà, bon ! Quelque part, elle a trouvé une ficelle, elle aussi ! Bon...

En même temps je me dis que c'est bien ! ça prouve qu'elle a exploré toutes les possibilités, y a plus que ça pour elle réussir, et je pense qu'elle l'a compris aussi quoi ! Que quand elle veut un médicament que je ne veux pas prescrire, faut réussir à pleurer ! (*rires*) Pour m'attendrir...

Comment je me sens... bah... non c'est... c'est rare que je culpabilise... voilà quoi. Je me suis faite avoir je me suis faite avoir !

Ça ne veut pas dire que je laisse filer, mais euh... Pour les examens paracliniques c'est un peu plus long et compliqué. Après on finit par en arriver à, euh... les effets secondaires des examens paracliniques auxquels les gens ne pensent pas forcément. Alors on a parfois des gens qui veulent... non qui ont besoin d'une coloscopie, qui sont allés sur internet et qui disent : « ah oui mais on pourrait faire un scanner, parce que moi la colo ça me plaît pas ! ». Bah là on a des arguments scientifiques pour leur expliquer que quand même la coloscopie, dans ce type de recherche, est plus performante que le coloscan, et que le coloscan, s'il y a quelque chose on finira par faire la coloscopie tout de même ! donc, euh... Bon après voilà ! Est-ce qu'ils sont prêts à entendre nos avis éclairés ?... Après s'ils ne veulent pas entendre, je leur dis : « bon bah écoutez, allez demander l'avis du spécialiste. Prenez rendez-vous avec le spécialiste concerné, et puis voilà quoi. Et ça ne mange pas de pain. Allez consulter le chirurgien, il ne va pas vous sauter dessus tout de suite pour vous opérer. Vous écoutez son discours et puis vous le

comparez au mien, et voilà ! » Une consultation de spécialiste peut très bien servir de porte de sortie. Enfin de porte de sortie... en même temps... enfin voilà !

Et quand vous arrivez, à ne pas prescrire alors qu'ils étaient un peu insistants ?

Bah moi je suis contente ! (*rires*) ...

Parce que...

Bah parce que, je ne vois pas pourquoi on ferait un examen qui est inutile, ou qu'on prendrait un médicament qui est inutile. Euh... je me dis que ça fait partie, quand même, aussi, de mon métier.

Je pense qu'il faut qu'on garde la main sur... On n'est pas des distributeurs d'ordonnances. D'ailleurs moi je leur dis parfois « je ne suis pas marchande d'ordonnance ». Parce que parfois, il y a une consultation qui est un peu longue, et on aboutit à... On a obtenu la conviction du patient que 1) il n'avait rien, qu'il n'avait pas besoin de médicament, qu'il n'avait pas besoin d'examen paraclinique. Ça a pris du temps, ce sont des consultations plus longues que quand on a une pathologie organique à soigner. Pour nous c'est plus facile, on a été formés à ça donc ! Voilà c'est notre métier ! On arrive au terme d'une looonnngue consultation où on a quand même... (*sifflement*) été rechercher des arguments et des machins... *et cætera*. Donc il n'y a pas de prescription, et là, ça se termine par : « et je ne vous dois rien docteur ? » (*rires*) Et là je fais : « ah bah si parce que moi je ne suis pas marchande d'ordonnance ! (*rires*) Nous venons de passer une demi-heure à discuter, vous avez eu mon avis éclairé de médecin, le prix de la consultation, c'est ça ! c'est pas l'achat d'ordonnance ! » Voilà... et ça ils ont du mal à comprendre. Et je pense qu'il y a un travail à faire, mais pas forcément à faire par nous au quotidien dans nos cabinets, parce qu'on a déjà assez à faire !

Mais que ça pourrait être quelque chose, des campagnes financées par la Sécurité Sociale, par exemple, hein, d'expliquer que le médecin, que ce soit un généraliste, un spécialiste ou bien... voilà, n'est pas payé pour une prescription qu'il fait, mais pour son... ses compétences, son travail d'expert quoi ! Si on va voir son notaire, on n'achète pas quelque chose, on a passé une demi-heure dans son bureau, et on paie sa consultation, donc bon...

Et quelles conséquences cela peut-il avoir sur votre relation avec le patient ?

Des conséquences dans quel sens ?

Peu importe... positives, négatives...

Non, euh... oh bah je pense que les patients, en règle générale, ont, eux, une opinion. Pas toujours valable d'ailleurs, sur les différents types de médecin, et ils savent très bien où aller pour obtenir ceci ou cela. Et voilà oui... bah par la bande [*d'amis médecins*] je sais que je n'ai pas la réputation de quelqu'un qui est facile, je n'ai pas la réputation de quelqu'un qui prescrit beaucoup. Quand on veut beaucoup de... J'ai déjà entendu la phrase : « quand on veut beaucoup de médicaments, ce n'est pas Mme X qu'il faut aller voir ! » (*Rires*) J'ai horreur de prendre des médicaments personnellement alors...

Et ça vous fait quoi ?

Bah tant mieux ! qu'ils le sachent à l'avance et qu'ils ne viennent pas... Idem pour les arrêts maladie, euh, je n'ai pas la réputation de lâcher facilement donc euh...  
Moi ça ne me fait pas perdre de temps quoi. C'est déjà ça.

Après, ceux qui ne connaissent pas ma réputation, j'ai un truc relativement simple pour les médicaments, surtout les toxico pour leur ordonnance, euh je m'informe,

c'est qui le médecin, on ne sait pas trop. Je ne vais pas déranger mon confrère, mais je demande où ils vont à la pharmacie, j'appelle le pharmacien. Voilà. Quand est-ce qu'ils ont délivré la dernière ordonnance, qu'est-ce qu'il y avait dessus, ça a été prescrit par qui ? Et là le pharmacien sent, et dit : « ah bah j'ai aussi une ordonnance du docteur machin, et du docteur truc ! » (*rires*) et là je dis : « merci beaucoup des renseignements » et je dis au patient : « bah voilà, vous avez été à telle date, telle date. Donc en gros deux fois par semaine vous passez à la pharmacie avec une ordonnance différente. » « Ah bon alors c'est pas la peine ? » Et ils s'en vont. (*rires*). Jusqu'à présent je n'ai pas eu de réaction agressive.

#### Donc, fidèle à vos convictions ?

Oui. Bah je dis pas, maintenant si j'avais un pistolet sur la tempe je ferais l'ordonnance ! Là clairement... le mec agressif que je sens prêt à... bah je vais lâcher ! Jusqu'à maintenant ça ne m'est jamais arrivé. Ici en tout cas. J'ai fait 10 ans en métropole lilloise, ça sentait le roussi quand même euh... surtout dans certains quartiers. Donc euh, voilà.

#### De façon générale, comment pourrait-on limiter ce genre de prescription injustifiées ?

En étant attentif à : quelle est leur inquiétude. Quelquefois quand pour nous il n'y a rien, et qu'on ne comprend pas leur anxiété ou leur... bah tout simplement poser la question : « qu'est-ce que vous craigniez d'avoir ? Vous avez peur de quoi ? ». Parce que quelquefois c'est surprenant, c'est très très surprenant ! L'imaginaire euh... voilà quoi ! On a tous déjà eu quelqu'un qui vient parce qu'il a mal à l'estomac et qui craint d'emblée un cancer de l'estomac. Donc voilà ! Il faut leur faire verbaliser leur crainte réelle. Bon quand ils viennent pour un rhume et qu'ils

veulent des antibiotiques ils n'ont pas de crainte réelle. Ils s'imaginent que ça peut s'envenimer, ou ils veulent guérir tout de suite.

### Et l'influence des sources extérieures ?

Bah j'ai cité l'exemple du pharmacien, du spécialiste. Quand ils sont accompagnés, l'accompagnant ou la famille peuvent être une source de modération. Ou l'inverse parfois. Parfois c'est le conjoint qui ramène et qui prétend une maladie grave pour son conjoint alors que l'autre s'est fait traîner par la peau du dos, et voilà. ça il faut essayer de repérer ce genre de relation un peu délétère.

On peut avoir d'autres sources d'information. Bon chez les personnes âgées à domicile y a les cahiers, on peut lire. Parfois y a un symptôme tonitruant, on regarde ce que l'aide-soignante a noté sur les semaines précédentes, et voilà. Et même le matin, elle n'a rien remarqué de particulier, bon.

Oui, euh les infirmières. Parfois on passe un coup de fil à l'infirmière. Puisqu'ils les voient plus souvent que nous.

Oui les pharmaciens, les spé...

### Et qu'est-ce qui pourrait nous aider à diminuer cette demande de médicaments ? comme les médias...

Nous on a connu l'époque de « les antibiotiques c'est pas automatique ». J'ai dit un jour à un confrère de la Caisse : « pourquoi vous ne la ressortez pas régulièrement celle-là parce que ça nous a bien aidé ! ». C'est curieux mais ce qu'on disait nous était mis en doute au cas par cas. Parce que c'est toujours une consultation SINGULIERE. C'est ce qu'oublie la Sécu, c'est que nous c'est le médecin face au patient et vice versa. Quand y a un spot qui inonde la télé « les

antibiotiques c'est pas automatique », euh... Et d'ailleurs dans le spot si je me souviens bien, la dame a une grosse angine, elle a un gros cache-nez autour de la gorge (ce qui ne sert à rien d'ailleurs, mais bon !), et elle va quand même au travail, ça c'est bien aussi ! (*rires*) Elle n'a pas d'antibiotiques, et elle va quand même au travail ! (*rires*).

Mais dans la vie de tous les jours on le voit. On fait ses courses au supermarché, moi j'ai vu une fois un jeune homme qui avait l'air en pleine forme etc. et puis il rencontre quelqu'un : « ah bah t'es pas au lycée ?! » « Ah bah non, j'ai été voir mon médecin, j'ai une grippe carabinée ! » Bah voilà quoi, il avait un petit rhume certainement. Mais grâce aux bons médicaments du docteur qui l'a mis tout de suite sous antibiotiques, eh ben il était en super forme ! (*rires*). Donc en fait ils racontent des choses que les gens croient. Ils diffusent eux-mêmes des faux messages. « J'ai été voir le médecin, il m'a mis tout de suite sous antibiotiques pour ma grippe, et ça va tout de suite mieux ! » Bon bah ce n'était pas une grippe, évidemment. Bon après je ne juge pas la prescription d'antibiotique de mon confrère, mais, ce n'était pas une grippe ! Mais les gens qui l'écoutent y croient puisque lui-même dit... euh voilà !

Et puis il y a aussi le facteur de confusion de « ça fait 5 jours que je traîne mon truc, j'ai eu des antibios, le lendemain c'était passé ! » oui, mais ça fait aussi une semaine que ça dure. Donc il y a aussi cette confusion entre l'effet du médicament et la résolution spontanée d'une virose en 7jours...

Je crois qu'il faut aussi que les gens reprennent confiance en leur organisme...

Et il y a eu une génération de « un symptôme= un traitement ». A l'époque on n'avait pas beaucoup de médicaments...

Y a quelque chose de très contradictoire... d'abord y a une campagne antivaccins. Là typiquement on est dans le traitement préventif de maladies graves, voire mortelles. Euh... et donc il y a eu une génération, dont je fais partie. Moi ma famille ils étaient tous pro-vaccins parce que moi mes parents avaient dans leur entourage, le gamin d'untel qui a la polio... voilà des cas comme ça. Y compris des amis qui ont perdu leur gamin d'une bête maladie infectieuse quoi. Donc les gens avaient cette conscience là qu'ils ont perdue aujourd'hui. Par contre à l'inverse, il faut un antibiotique pour guérir vite. Ce n'est pas parce qu'ils ressentent le besoin d'antibiotique, c'est « il faut que ça aille vite ! ». Et il faut retravailler sur la physiologie de notre organisme, comment fonctionnent nos défenses immunitaires, et pourquoi certains individus ont de bonnes défenses immunitaires, pourquoi d'autres n'en ont pas. Eh ben, la différence c'est euh... à mon avis, surtout...

Moi je me bats surtout pour les enfants, plus que pour les adultes. Les enfants ne pas mettre d'antibiotiques chez les petits, en mettre le moins possible, bah ça fait leur système immunitaire ! Alors ça change, mais dans une certaine couche sociale... Et là par contre les médias ne nous aident pas toujours... J'ai encore vu un article : le vaccin ROR responsable de l'autisme...

Parfois c'est difficile de trouver des arguments quand les arguments qui nous sont amenés ne sont pas logiques, ou sont de l'ordre de l'ésotérisme, de la croyance... avec des gens qui ne sont pas forcément de culture scientifique, donc ce n'est pas évident. Ce n'est pas évident du tout.

Euh, moi quelques fois en désespoir de cause je leur dis : « bon, les vaccins c'est pas purement franco-français. Regardez un peu ce qui se passe en dehors.



Comparons ce qui est comparable, nos pays européens occidentaux et les taux de vaccination. Dans les pays nordiques ils ont un taux de vaccination ! Moi je pensais qu'elle était obligatoire, mais elle n'est pas obligatoire ! Il n'y a aucune obligation vaccinale, et ils obtiennent un taux de vaccination phénoménal ! Voilà ! Euh... maintenant dans certains pays où malheureusement les gens n'ont pas accès aux vaccins, ils ont quand même un taux de mortalité important, et une espérance de vie qui est beaucoup plus faible que la nôtre. Donc il y a peut-être, quand même, un lien de cause à effet... quand même ! *(rires)* Ce n'est pas le seul, mais...

« La médecine est mauvaise ! » « Ah bon ! Quand on regarde ce qui s'est passé sur 50 ans... Vous aurez la chance de profiter longtemps de votre retraite. Ce qui n'a pas été le cas de votre grand-père ! » *(rires)*

Tout n'est pas à jeter... et je ne comprends pas pourquoi cette fixation sur les vaccins... dans le pays de Pasteur...

Il y a beaucoup de gens, ici en tout cas, le fait d'avoir une obligation, ça nous a facilité la tâche curieusement. C'est-à-dire qu'en fait, les gens ne savent pas quoi faire quand ils doivent décider. Donc quand le vaccin n'est pas obligatoire, ils discutent, ils se tâtent, « ah oui mais ma copine elle m'a dit que... », Et puis « au journal il a dit ceci... » Et voilà, donc ils doivent décider eux-mêmes. Puisque ce n'est pas obligatoire, on ne peut pas leur imposer. Bon ! Alors ils doivent prendre une décision et du coup ça devient la tourmente dans leur tête. Là il y en a quand même bon nombre : « ah bah c'est obligatoire, bon bah pas le choix, bah on le fait ! » C'est bête mais c'est comme ça. Le vaccin sur le col, le papillomavirus, c'est les préados, faut décider...

De toute façon la consultation, quelle qu'elle soit, que ce soit pour une pathologie purement biomédicale, un traitement, enfin rien de compliqué pour nous, ça reste toujours de la négociation. On négocie, c'est aussi ce qui fait la fatigue de la journée. Enfin pour moi. J'entends parfois des confrères « ah avec moi ça ne se passe pas comme ça hein ! Avec moi, c'est au carré ! S'ils ne sont pas contents, la porte ! » Ah ! Bon... (*rires*) oui, bah ils ont de la chance ! Mais en fait, c'est de l'esbroufe !

C'est ce que je dis toujours aux jeunes internes quand ils débarquent. Je leur dis : « ici, tu as 20min. après il vit sa vie. Et il va faire ce qu'il veut. Donc c'est à toi de penser, qu'il pourrait faire des conneries si tu mets un truc compliqué à manipuler, qui peut être dangereux s'il se trompe etc., et que tu ne le sens pas trop, réfléchis à deux fois, à trois fois avant de le prescrire. A l'hôpital, ils sont dans leur lit, ils ne bougent pas. Vous avez tel examen et tel examen, pouf on les emmène et voilà ! »

Et alors ce qui est extraordinaire, et je le dis aux patients. Quelques fois ils rechignent quand c'est le SASPAS ou la jeune remplaçante. Je dis « mais attendez quand vous courez comme des fadas aux urgences un samedi soir, pour votre rhume ou votre fièvre, ce sont encore des plus jeunes que vous avez ! (*rires*) Et vous leur dites docteur, et... parce qu'il est à l'hôpital. »

## **Annexe 6 : Entretien MG4**

### Une consultation type avec toi, ça se passe comment ?

Une consultation type... Il y a un temps de discussion, ensuite il y a l'examen clinique, il y a un deuxième temps de discussion... voilà... ensuite je remets les prescriptions.

### Tu remets des prescriptions à chaque consultation ?

J'en fais à chaque fois, ouais, même pour du Doliprane. Ouais ouais... Je m'en sers aussi pour marquer la fin de la consultation... Ouais, ouais, ouais... Si c'est pas à chaque fois, c'est... allez 95% des cas. Les seuls cas où je n'en fais pas de prescription, c'est quand j'ai fait faire des examens complémentaires, que tout est revenu normal, et que la symptomatologie a disparu. Là, à ce moment-là... bon.

### Qu'est-ce que ça représente pour toi la prescription ?

Bon, ça signe la fin de la consultation... euh... je ne sais pas... je l'associe à une réponse aussi, particulière, dans les problèmes aigus... une réponse à l'attente... ça permet de dire « ok, bon on a écouté, j'ai entendu vos plaintes, et je vous propose ça comme solution. » ça correspond à une solution.

Après bon, il y a tout ce qui est renouvellement où là de toute façon il y a la prescription qui est attendue, c'est l'objet de la consultation.

### Et une non-prescription médicamenteuse ?

Ça arrive très peu... ça arrive très peu...

En fait, j'ai tellement de mal déjà, à éduquer mes patients sur la non prescription d'antibiotiques, par exemple dans les infections des voies aériennes supérieures, que, euh... la non prescription...

J'ai tellement de mal à leur dire, déjà, que de « ne pas mettre d'antibiotiques c'est bien pour vous ! » ... Alors euh, si je leur mets, en plus, pas de consultation... enfin pas de prescription je veux dire, je pense que ça va leur faire trop quoi...

Qu'est-ce qui te semble compliqué, dans le fait de ne pas prescrire ?

Bon, un peu l'inutilité, déjà... Alors que c'est bête parce que, quand tu prescris du Doliprane, et ça m'arrive de faire des prescriptions qu'au Doliprane, ça m'arrive fréquemment, là c'est un médicament qui est en vente libre, bon je le prescris quand même, peut-être pour avoir une utilité, pour me sentir plus utile, peut-être... je ne sais pas...

Sinon on ne sert à rien ?

Non, pas de servir à rien... mais je ne sais pas...

Ça marque la fin de la consultation, et ça c'est une utilité déjà, en elle-même...

Non pas d'être inutile, mais de... en fait je l'associe peut-être à l'attention, de leur dire « bah j'ai été attentif à ce que vous m'avez dit, et je fais une prescription en réponse à votre attente ».

Un peu comme une preuve matérielle de mon attention, ou de la réponse...

Qu'est ce qui t'empêche de le faire ?

Bon ça marque pas la fin de la consultation, et j'ai l'impression que je vais devoir leur dire, comme c'est pas du tout habituel : « voilà, je ne vous prescris rien ». Et ça je ne me sens pas encore capable de la faire.

### Parce que ?

Bah parce que j'ai l'impression qu'ils se diraient : « bah il sert à rien » ou « finalement, il m'a pas écouté » ou « il n'y a pas de solution » ...

Je pense que je vivrais ça, pas comme un échec... mais...

### *Silence*

Un goût d'inachevé... ou alors le fait de penser, qu'ils pourraient croire que je pense qu'ils n'ont rien, alors que même si t'as un rhume, t'as quelque chose. Si t'as juste ne nez qui coule, tu as quelque chose. Je pense qu'ils associeraient ça, enfin, c'est peut-être dans mon idée hein ! A : « non, il n'a pas vu, il n'a pas bien regardé, il se fout de moi je n'ai rien, ou il ne me croit pas ».

### Ce serait légitimer le patient dans sa condition ?

Et le légitimer lui, et me légitimer moi dans mon exercice. « Vous voyez bien j'ai servi à quelque chose, je vous ai donné du Paracétamol. » Même si euh...

### Et on ne sert qu'à ça ?

Non ! Non, non ! Mais... il y a certaines consultations où je les vois venir tellement de loin, où t'as un rhume depuis une journée... mais je prends cet exemple-là, parce que y a que là où... on aurait envie de rien mettre...

En fait, il n'y a qu'un seul endroit où je ne donne pas d'ordonnance, c'est pendant mes visites. Parce que quand j'ai des visites mensuelles, je fais des

ordonnances à renouvellement pour 6 mois, mais je vais quand même les voir tous les mois. Et là on voit si tout va bien. Et là je ne sais pas si c'est le fait d'être dans un autre endroit, peut-être le fait d'être chez eux, en tout cas je n'ai pas... je ne fais pas de prescriptions. Alors ça m'arrive pas tout le temps, parce qu'il y a des problèmes aigus intercurrents, mais sinon dans ces situations là je ne fais pas de prescription. Alors est ce que c'est le fait de ne pas me retrouver au cabinet qui fait ça ? Je ne sais pas ... ou de savoir qu'ils ont eu une ordonnance quand même.

Et quel rôle joue le patient dans cette décision, ou cette habitude de prescription ?

Ben déjà il va... pour lui ça va marquer la fin de la consultation aussi.

En fait, c'est quand même assez... c'est pas « scénarisé », mais comme chacun a son rôle... ben finalement euh...

Alors ce sont peut-être des barrières que je me mets, mais mon rôle à moi va être de lui donner l'ordonnance, et son rôle à lui va être de recevoir l'ordonnance. Et du coup...

Y a une sorte de consommation qui se fait. Moi je le vois un peu comme ça, il y a une sorte de consommation de soins qui se fait. Et j'ai l'impression que si on ne donne pas quelque chose à consommer, ça ne va pas aller. On ne va pas apporter de réponse, et on ne va pas les conforter dans son rôle de patient.

Et ce besoin de consommation, par quoi il est déterminé ?

Euh... Moi je pense qu'on est de plus en plus dans un besoin de consommation, et qu'on a, euh... on a de plus en plus besoin de consommer pour, euh... réagir vite, donner vite fin à ses symptômes, et on a l'impression que ; bah si on ne prend aucun médicament, les symptômes ne vont pas s'atténuer

rapidement. Et si je mets du Pivalone® pour une rhinite, eh ben, le patient va avoir l'impression que ça va le soigner rapidement.

Et alors c'est bizarre, parce que même des fois je leur dis : « bah je vous donne un traitement symptomatique » ... (Alors, moi j'ai des ordonnances toutes faites hein ! Pour les voies aériennes supérieures, j'ai Hélicidine®, Pivalone®, Doliprane® !) Et je leur dis « ça ne va pas vous soulager forcément très vite, mais si vous avez de la fièvre, prenez du Doliprane®, si vous avez mal à la gorge, faites ça... mais ça va juste vous soulager, et pas diminuer les symptômes. » Donc euh... bon, ils le savent !

Mais ils ont quand même leur ordonnance...

Mais ils ont quand même leur ordonnance...

Et ces ordonnances que tu fais, elles sont spontanées, ou tu te sens forcé ?

Euh, non... je n'ai pas l'impression d'être vraiment forcé. C'est vraiment habituel, donc... je donne toujours les mêmes informations sur...

Et c'est marrant, parce que j'ai un de mes patients qui m'a dit... Il venait, donc vraiment très malade... bon... infection des voies aériennes supérieures (je ne sais pas pourquoi c'est ça qui revient à chaque fois...). Un patient avec un bon niveau d'éducation, un prof. Et on avait une discussion qui était... bien ! Et en fait je lui donne l'ordonnance, je lui explique que voilà, ça ne va pas diminuer la durée des symptômes, et lui avait absolument voulu que je le vois dans la journée, donc bon, j'avais fait un effort, je le vois. Finalement, il a pris l'ordonnance, et il a dit : « Mais euh... ah ouais... mais euh, en fait j'ai rien ! ». Et je lui ai dit : « non, vous n'avez pas rien, mais euh... ce n'est pas... ça va aller ! ». Donc je pense aussi qu'ils ont ce besoin d'être guéris rapidement, et bon bah, il y a l'effet placebo des

médicaments qui joue forcément aussi ! S'ils ont quelque chose, j'ai l'impression que je les conforte dans leur situation de malade, et qu'ils vont s'en sortir.

### Et qu'est-ce qu'ils attendent ?

Euh... ça !... Et pas que ça... Mais ça !

Ils attendent le conseil, le conseil oral, mais l'ordonnance aussi.

Après c'est vrai que quand des fois je fais une consultation et que je les revois 48h après, qu'il y a toujours une bronchite, que ça va mieux, mais qu'ils toussotent encore un peu, et que je leur redonne le même traitement symptomatique, bah ça coince un peu. Donc je me dis qu'ils attendent quand même une prescription médicamenteuse. D'être guéri vite, tout doit se faire vite. Une gonalgie doit être vue dans la journée.

Moi ce sont des trucs que je combats au jour le jour. J'ai du mal. J'ai des critères de consultation en urgence mais... on dérive toujours...

Ils sont un peu exigeants, et... pas "revendicateurs" mais c'est toujours, effectivement : « si je n'ai pas ci, si je n'ai pas ça, ça ne va pas aller quoi ! ».

Bon après, si tu...

Moi j'ai la chance d'être installé depuis peu, et je vois le bras de fer qui commence à s'installer entre certains patients et moi, alors notamment sur la prescription d'antibiotique, ou d'homéopathie, de vaccins homéopathiques etc.... qui n'étaient pas dans mes habitudes d'exercice. Et je pense que j'ai perdu quelques patients. Mais si tu ne fais pas ce bras de fer au début, si tu ne poses pas tes limites, tu commences à te laisser diriger pour prescrire au début, t'es foutu après. Parce que si...



On peut se mettre à leur place. S'ils ont l'habitude d'avoir une prescription de médicament et d'antibiotique, après t'as plus de... si tu l'as fait une fois t'es foutu ! Parce que dans ces cas-là, j'ai l'impression que l'explication vaut moins que le médicament.

#### Et tu arrives à rester ferme sur tes décisions ?

Ouais... et c'est même dangereux parfois... Je me rends compte que je suis même un peu trop borné. Et même parfois chez des patients, pas encore diabétique mais intolérance au glucose, état pré diabétique... où je me dis quand même, il aurait pu avoir un peu d'Amoxicilline, parce que quand il revient me voir trois jours après, comme le bras de fer s'est installé la première fois, je ne veux pas céder la deuxième fois.

Après ils comprennent bien, et s'ils ont guéri une première fois, la fois d'après ils ont tendance à être un peu plus conciliants. Je pense même qu'il y a des gens que je voyais beaucoup au début, je les vois moins. Je pense qu'ils ont appris à être un peu plus patients... ou ils vont voir ailleurs ! Mais bon... ce n'est pas très grave.

#### Et quand tu les sens réticents, comment tu arrives à contourner ?

La re-consultation. Je leur dis « revenez dans 48h si ça ne va pas et à ce moment-là on réévaluera ». Et effectivement, ça m'est déjà arrivé d'augmenter mes prescriptions médicamenteuses. 48heures après. Ou de leur citer des exemples : « vous savez... », de partir sur des idées... « Vous avez une bronchite, vous savez une toux sèche après la bronchite, ça peut durer jusque 3 semaines ». Par exemple, donc euh... Leur donner des idées un peu comme ça, formelles, et

voilà. Leur donner des consignes d'après : reconsulter si... si ça devient franchement purulent, si vous commencez à tousser bien gras, si...

Donc les consignes, la re-consultation... et ne pas le faire ! Et voilà ! C'est tout. Fidèle à ce que l'on pense.

Alors ça n'empêche pas de se planter, hein ! Mais... Moi ça m'est déjà arrivé hein ! Mais du coup, dire, après, faire son *mea culpa* ... Bon, j'aurais peut-être dû, effectivement, vous écouter...

Je suis en pleine réflexion sur l'utilisation de la Ceftriaxone, chez les patients qui ont des exacerbations de BPCO, avec des comorbidités... J'en reviens. Au départ, j'étais contre, et puis, en ayant fait une petite expérience, en me disant « ah ouais, ça marche pas si mal finalement ! » (*Rires*). Et que je vois le patient au bord de l'hospitalisation pendant deux semaines, je prescris... Alors je ne sais pas si c'est l'histoire naturelle de la bronchite... Mais le problème c'est qu'une fois qu'on a craqué, qu'on lui met les piqûres, il te dit : « ah ! Vous avez vu hein ! C'était les piqûres ! ». J'ai aussi l'impression que l'effet placebo des piqûres aussi... comme dans les sciatiques ! Je pense que le geste médical est quand même...

Et finalement, même si c'est que l'effet placebo...

Ouais... c'était aussi pour la réaction locale aux injections... mais bon, après tout...

Et quel rôle joue la prescription médicale dans l'image du médecin ?

Ouais... je vois ce que tu veux dire...

Je ne pense pas que pour être un bon médecin il faut prescrire. Je pense que là, il faut découper en fonction de la population aussi. Je pense que les jeunes sont plus familiarisés avec une moins grande prescription.

Les jeunes patients ? Ou les jeunes médecins ?

Les jeunes patients ! Et après euh...

Ta question, c'est « est-ce que les nouvelles prescriptions, par rapport aux renouvellements ? Les problèmes aigus... C'est changer tes prescriptions de base de temps en temps ? La taille de la prescription ?

Non, pas seulement... c'est aussi... la prescription pour un bon médecin ?

Ou est-ce que le fait de ne pas prescrire ferait de toi un mauvais médecin ?

Dans l'image des patients, je pense que, pour une grande partie, s'ils repartent de deux ou trois consultations sans aucune prescription, ouais je pense !

Et du coup, par miroir, dans mon idée aussi, forcément !

Mais je pense qu'on n'en est pas là. Je pense qu'on essaie de décrémente les ordonnances. Mais la « non-ordonnance », je pense qu'on n'en est pas encore là quoi !

Parce que ?

Bah effectivement parce que je pense qu'on avait peut-être...qu'on se sentirait inutile, que le patient te sentirait incompetent. Et que du coup, par miroir, toi tu...

Alors c'est vrai que les seules consultations au cabinet où je ne prescris pas de médicament, c'est quand je prescris un examen complémentaire. Donc il y a quand même une ordonnance...

### Une substitution ?

Ouais...

### Et l'homéopathie ?...

Non ! Je n'ai pas...

Pour contrecarrer ça, je leur dis que je n'ai pas les qualifications. Et quand vraiment on me demande, je leur dis que je n'y crois pas. Voilà ! Le seul truc des fois que j'ai utilisé, peu, mais utilisé, c'est un peu de Passiflore dans les troubles du sommeil, parce que je n'avais pas du tout envie de mettre des benzodiazépines, et je sentais la pression...

### La pression...

Des patients ! Ouais ouais ouais...

Après, pour l'homéopathie, je reste droit dans mes bottes. Je ne prescris pas. Déjà, effectivement, je ne suis pas qualifié, et quand on n'y croit pas, c'est difficile de prescrire...

### Je reviens sur ce que tu disais tout à l'heure : l'image que tu as de toi en tant que médecin d'où vient-elle ? Tu parlais de miroir...

Du patient : beaucoup oui !

L'image que j'ai, moi, de mon exercice, elle vient des patients. Euh... oui, elle vient du ressenti...

Enfin, moi je... faut rester droit dans ce que tu sais, dans ce que tu fais et tout... mais l'image vraiment, que tu as de toi, elle vient des patients. Pour moi, elle vient des patients. Elle vient du mécontentement, mais aussi des moments un peu drôles, des moments un peu de complicité... ouais, elle vient de là ! Je pense que si tu n'as pas ça...

Et quand tu ne prescris pas, et que tu sens les patients mécontents, comment tu le vis ?

Bah tu ne le vis pas bien, hein... ouais, je ne le vis pas bien ...

Alors je pense que, déjà, ce n'est pas donné à tout le monde de pouvoir le faire... mais c'est marrant parce que du coup, je... je pourrais essayer, mais euh... il faut déjà...

Quand tu as des patients qui ont déjà un vécu de leur maladie, euh... arriver comme ça, neuf, et ne rien leur donner... finalement tu n'as pas de...

Je le vois aussi comme ça, de la façon dont... tu n'as pas l'accroche avec eux parce que tu ne leur donnes rien, donc ils ne se sentent pas accrochés à toi, et pas... du coup que tu ne leur as donné aucune réponse, et je pense que ça biaise la relation que tu as avec lui après... Je pense que le début de la relation prescription est aussi important.

Donc tu prescrirais quelque chose d'inutile dans ce but-là ?

Euh... à défaut de quelque chose de nocif, oui ! Je pourrais prescrire du Doliprane®... Je prescris de l'Hélicidine® et Pivalone®. Je sais que ce n'est pas utile... A la place... alors je me dédouanerais de moi en disant : « je prescris, à défaut de prescrire quelque chose qui peut leur être nocif ». Voilà !

Vaut mieux ça que pire !

Mais ce n'est pas encore du tout dans la mentalité, dans MA mentalité en tout cas, de ne rien prescrire. Mais bon... voilà !

En fait, j'ai l'impression que le stylo a... on est autant...

Je pense que si je mesurais mon temps de journée, je serais plus avec mon stylo qu'avec mon sthét. Donc j'ai l'impression que la vraie arme c'est le stylo...

Parce que ?

Parce que... c'est aussi embué par l'administratif donc on est aussi plus souvent avec le stylo...

Bon... eh bien on a abordé pas mal de choses... si tu as d'autres choses à évoquer...

Non non, ça va ! ...

J'avoue que je prescris tout le temps en fait... je m'en rends compte maintenant... puisqu'on en parle... Mince ! (*rires*)

## Annexe 7 : Entretien MG5.

Pour commencer, comment se déroule une consultation type avec vous ?

(silence) ... quand ils arrivent au cabinet...

Ils s'assoient...ils m'expliquent leur problème. Bon, en général ce sont des patients connus, donc... Ce sont rarement des patients qui, euh... qui ont... enfin, ça arrive rarement, allez, une ou deux fois par semaine où il y a un nouveau patient. A ce moment-là, il y a une anamnèse complète, avec antécédents etc.... classique quoi !

Et, euh... souvent ils viennent, effectivement, d'autres clientèles, et puis ils expliquent un petit peu pourquoi ils sont partis, pourquoi ils viennent. Euh, effectivement, un désir de venir ici plus qu'autre chose. Et puis, euh, on cible le problème qui les intéresse, surtout ! Un petit peu de...

Alors souvent, sur leur première consultation, je fais effectivement un petit peu de... de prévention. Je refais un peu le point sur tout ce qui est PSA, Hémocult®... tout ce qui est examen de prévention... les allergies... enfin le tableau de base quoi ! Le métier normal !

Et puis, bah c'est tout ! C'est-à-dire on cible le problème, on évalue, s'il y a un examen complémentaire à faire ou non. Et puis rédaction de l'ordonnance, s'il y en a une... ou pas ! Parce que je n'en fais pas toujours.

Dans quelles circonstances cela vous arrive-t-il ? (silence) De ne pas en prescrire ?

Quand il n'y a pas lieu d'en faire. Donc, en fait, quand il n'y a pas de traitement à donner. Sur certaines choses, quand le diagnostic est sûr, ou posé. Ou, de toute

façon, quand le patient vient pour un avis sans être... euh... sans avoir forcément nécessité d'avoir un traitement, parce qu'il y a beaucoup de patients qui viennent en disant : « j'espère que je n'ai pas ça ! ». Bah... « Vous n'avez pas ça ! ». Et, en gros... Et on fait effectivement des examens pour, euh... entre guillemets, même si on a déjà une certitude sur le plan clinique, on peut parfois rassurer le patient avec un examen complémentaire. Par exemple, une patiente, sensation de douleur au niveau d'un sein, 20-25ans, et qu'on ne trouve pas grand-chose, on fait quand même une mammographie, et une échographie. Surtout l'échographie d'ailleurs ! Et ils repartent avec leur échographie. Parce que s'ils ne repartent pas avec leur écho, ils ne sont pas rassurés, et puis ils reviennent nous voir, jusqu'à ce qu'ils soient rassurés. Faut trouver les mots, et ça c'est compliqué ! Surtout quand les consultations sont... (*Claquement de langue*) raccourcies, par l'accumulation de monde qui se présente à la porte, justement.

Et, selon vous, comment cela est-il perçu par les patients ?

Ça dépend ! Si là, c'est vraiment une demande d'être rassuré ! Là, c'est vraiment une demande explicite par le patient, qu'il veut juste avoir un avis médical, euh... il n'y a pas de problème avec ça.

Après je sais qu'il y a beaucoup de personnes qui viennent pour des problèmes classiques d'angine. Alors, j'ai eu le cas hier, une petite euh... souvent c'est le milieu médical, puéricultrice qui vient et qui me dit : « vous n'avez pas de streptotest® ? » Parce que je n'avais rien donné. J'avais donné un traitement symptomatique, pour effectivement, soigner... J'avais mis du Doliprane® parce qu'il y avait un peu de fièvre. Mais sur la prescription d'antibiotique ou non, il y avait



la volonté de la personne... et c'est la patiente qui a demandé cette fois le streptotest, ce n'est pas moi qui l'ai proposé.

Mais sinon c'est perçu...

Bah il y en a qui râlent ! Parce que « bah j'ai rien ?! Je n'ai rien pour soigner mon problème ? » « Bah non, il n'y a rien ! Ça va passer tout seul ! ».

Et, euh... hmmm... j'en ai pas beaucoup hein... parce que soit effectivement ils acceptent, soit ils n'acceptent pas. Et en général, quand ils n'acceptent pas, ils aiment bien suivre leur idée.

C'est le patient qui... euh... aujourd'hui veut diriger la consultation et quand c'est le médecin en face qui lui dit ce qu'il faut faire il n'aime pas trop. C'est-à-dire... moi je suis toujours ouvert à une discussion, mais globalement, c'est moi qui suis maître de mon stylo ! Mais je suppose que tout le monde te dit la même chose, de toute façon ! (*rires*).

Et comment contournez-vous ces réticences ?

(*Silence*).

Sur le plan diplomatique tu veux dire ?

Je ne contourne pas les réticences, c'est comme ça c'est tout ! (*rires*)

Et un patient qui insisterait, parce que « d'habitude si je n'ai pas ça, je ne guéris pas », ou « il n'y a que ça qui marche » ...

Je contourne les réticences en expliquant que ce n'est pas nécessaire. Je leur explique. Et s'ils ne sont pas d'accord, c'est que le message n'est pas passé... ou bien qu'ils n'aient pas voulu l'entendre ! C'est souvent comme ça... Et s'ils n'ont

pas voulu l'entendre, en général, c'est qu'on n'est pas fait l'un pour l'autre, entre guillemets. Et si on n'est pas faits l'un pour l'autre, eh bien on divorce, et puis ils vont voir un autre docteur, avec qui ils seront plus en accord... voilà, c'est comme ça !

Et cela vous arrive parfois de prescrire quand même ? D'être forcé ?

Ça arrive de temps en temps...

Mais pas sur des thérapeutiques en général, plutôt sur des examens. Sur les thérapeutiques c'est assez rare.

Les patients qui viennent me voir en me disant : « il me faut ça, ça, ça », en général ça ne marche pas. Ça c'est le truc, euh... alors « il me faut un peu de Doliprane® », oui ! Tout ce qui est symptomatique en fait, en général, pour la trousse à pharmacie, oui. Mais euh, « il me faut tel médicament parce que j'ai vu sur internet que ça, ça soignait bien ça » et que c'est complètement à côté de la plaque, en général, je dis non. Comme à un moment, les patchs de Versatis®, à tire-larigot... pour les douleurs post-zostériennes, à base de Lidocaïne. Les patients venaient « ah, ma voisine a eu ça, c'est super, prescrivez-le-moi ! ». Sauf que c'est un truc pour... enfin rapidement la Sécu a mis en lumière la prescription exagérée du truc, pour des douleurs très locales, qui n'a jamais prouvé qu'il était efficace. Ça soulageait un peu peut-être. Et, euh, globalement, la Sécu a dit : « non, on ne rembourse plus, sauf pour les douleurs dans l'indication douleurs post-zostériennes ». Et pour les patients venaient quand même. J'ai dit non. « Bah pourquoi ?! Ma voisine va voir son médecin qui lui prescrit lui ! ». Eh ben, non ! « Allez voir son médecin ! » Voilà ! En gros, c'est comme ça ! Des choses que tu connais je pense !

Et une prescription médicamenteuse forcée, comment vous le vivez ?

Hmmm... je n'aime pas (*d'une petite voix, peu articulée*). Je n'aime pas ! Voilà, c'est tout, je n'aime pas. Mais bon, après ça passe.... Ah oui... non... c'est un truc... quelqu'un qui me dit comment je dois faire ou qui vient avec un truc, une solution, et qu'on a l'impression d'être un gratte-papier et de ne pas jouer son rôle, non ce n'est pas bien vécu non ! Je n'aime pas...

J'essaie de limiter, et de ne pas avoir de personne en face de moi qui... qui... qui soit de cet acabit. En général, ils se trient eux-mêmes, ils ne reviennent plus en général. C'est ma manière de faire. Et généralement, on vit mieux après. Et ce n'est pas pour autant qu'il y en a moins qui rentrent dans le cabinet je pense. Même parfois un peu plus !

Il y a un tri qui se fait de toute manière, de façon automatique de toute façon...  
Donc euh... voilà...

Vous restez fidèle à vous-même et à ce que vous pensez...

Oui... de plus en plus même ! Avec l'assurance des années.

Alors après c'est peut-être plus difficile pour un jeune médecin qui s'installe, et qui, par exemple, reprend une patientèle et rentre dans les chaussures de quelqu'un. Et qu'on lui dit : « bah le prédécesseur faisait ça ! ». Bah au début, effectivement, je suis rentré un peu dans ses chaussures. Et puis, au fur et à mesure des années, ben... on prend un peu d'assurance et puis : « bah non, ce n'est pas comme ça. Peut-être que le Docteur X faisait ça, mais moi je fais comme ça. Vous n'êtes pas d'accord eh ben tant pis ! »

Après je suis un gros prescripteur je pense. Je dois avoir 3 ou 4 étoiles sur les relevés SNIR. Mais c'est moi qui prescris ! Ce n'est pas le patient qui vient me demander quelque chose.

J'ai beaucoup de chroniques hein... peu de pathologie aigue. Les rhinopharyngites, pareil, les petits rhumes, les choses comme ça, ce n'est pas quelque chose qui passe beaucoup de temps ici. En fait, c'est tout ce qui est chronique. Je dois avoir environ 40% d'ALD, un truc comme ça... ça fait beaucoup... c'est assez haut.

Et donc maladie chronique implique forcément...

*(M'interrompt)* du temps !!!

Et une prescription médicamenteuse...

*(M'interrompt)* Ah bah ! Ils viennent pour leur renouvellement, en général ! Donc ils viennent pour leur suivi de diabète, pour euh... c'est difficile pour une pathologie chronique de ne pas donner quelque chose de manière routinière... Alors ce n'est pas toujours un traitement... mais pathologie chronique = traitement chronique, c'est normal...

Pathologies aiguës c'est effectivement plus en rapport avec le sujet... en chronique c'est plus compliqué.

Et cette prescription médicamenteuse, quel rôle joue-t-elle dans l'image du médecin ?

Bah, un bon médecin, (pour moi hein !) ... Un bon médecin ce n'est pas forcément quelqu'un qui prescrit beaucoup. Peut-être que ça a été l'image qui a transparu dans les années 1980/1990, même 1980 je dirais plutôt, mais plus

maintenant ! Un bon médecin, c'est quelqu'un qui pose un bon diagnostic, qui s'occupe bien de son patient, qui l'oriente correctement. Pour un médecin généraliste, c'est celui qui sait écouter.... Pas toujours possible ça... (*Pensif*).

Et qu'est ce qui pourrait nous aider à prescrire moins ?

(*Soupir... Raclement de gorge...*)

A prescrire moins... Bah... pfft...

De toute façon, de façon globale, je pense que les prescriptions médicamenteuses ont diminué de façon drastique depuis des années. Même s'il y a beaucoup de médicaments qui sont certainement beaucoup plus onéreux, notamment sur le secteur hospitalier. En médecine générale, nos prescriptions ont diminué quand même pas mal. De par le fait qu'auparavant il y avait pas mal de spécialités qui étaient remboursées, qui ne sont plus remboursées. Donc moi, j'ai quand même l'impression de prescrire moins qu'avant.

Euh, par exemple, à une époque, le traitement pour une pharyngite, tu avais les pastilles qui étaient remboursées, le collutoire qui était remboursé, un sirop qui était remboursé... ce qui était pas si mal que ça parce que ça nous permettait de donner un poids pour ce qui était justement : « bah je vous donne tout ça comme thérapeutiques quand même, donc l'antibiothérapie peut attendre un petit peu.

Après il y a le streptotest qui est arrivé, c'était plus facile pour nous de faire passer le message.

Maintenant, effectivement, les patients se retrouvent parfois avec une pharyngite, on met juste un petit sirop, puis un peu de Doliprane® et ils ne sont pas forcément... ils pensent et ont l'impression que... Et ils ont été éduqués dans cette

idée. Nous sommes les artisans de cette pratique aussi. Nos anciens sont les artisans de cette pratique. Et, euh, donc une ordonnance avec 2-3 médicaments, souvent sur des pathologies aiguës, c'est quand même fréquent maintenant. Avant, c'était 5-6... Je pense que le déremboursement de certaines choses fait qu'effectivement ça... de manière *stricto sensu*, ça permet effectivement de diminuer l'ordonnance. Après, est-ce que c'est une bonne chose, est-ce que ce n'est pas une bonne chose ? Je n'en sais rien. De toute façon, faire comprendre qu'un médicament doit être utilisé quand c'est nécessaire, et pas forcément en consumer, comme si... « J'ai mal, il me faut... Il FAUT que je prenne quelque chose ! ». « Non ! Il n'est pas nécessaire de prendre quelque chose ! ». C'est le message qui doit être passé, à un moment donné, plus qu'autre chose... Je suis dans le ton là je pense...

### Donc l'éducation...

Bien sûr ! L'éducation... donc discuter... faire passer le message. Donc du coup, du temps ! Donc ce que nous n'avons pas !

Et ça va toujours plus vite de dire oui et d'ajouter une ligne à l'ordonnance, que d'expliquer qu'il n'en faut pas. Et ça je pense qu'il y a des médecins... Enfin, moi aussi ça m'arrive, en fin de journée des fois, une petite lassitude, on n'a pas envie de parler, on n'a pas envie d'expliquer plus que ça. A ce moment-là, on connaît le discours qui est en face, on le connaît par cœur, on connaît les réponses, les schémas sont identiques à chaque fois... bon, ok ! (*soupir*)... un Doliprane®, un peu d'Euphon®, quelque chose comme ça.

Et le patient repart, il est content... mais c'est lié au temps, c'est lié à la lassitude, ce n'est pas forcément honorable, mais c'est comme ça... c'est humain...

Vous percevez cette pression de la part des patients ?

Moi j'en ai moins des gens qui viennent me presser pour me demander des choses. Je n'en ai pas beaucoup en fait. Et quand ils me demandent quelque chose, je... je leur explique que si je ne dois pas le prescrire, je ne prescris pas ! Après, si le patient vient avec une information qui est correcte, je lui explique pourquoi il faut le prendre ou il ne faut pas le prendre. S'il a raison, je lui prescris oui ! Parce qu'il y a des patients qui se connaissent bien aussi ! Et qui ne sont pas forcément en dehors d'une bonne pratique médicale. Ils sont assez structurés, ils savent ce dont ils ont besoin. Ça, ça arrive aussi ! Il ne faut pas toujours les condamner en disant « ils ont tort ! ». Ils ont parfois raison. Et même souvent raison ! Ce sont eux qui se connaissent. Et c'est à nous de savoir les écouter.

Voilà ! Pratique médicale normale !

Je ne pense pas travailler de la même manière que mes confrères, mais, enfin, je pense qu'il y en a beaucoup qui font pareil... non ?

Pourquoi vous pensez ne pas travailler comme vos confrères ? \*

Je sais qu'il y a des pratiques médicales qui sont différentes selon... De par le fait que certains patients viennent ici et me disent : « oui, mais il ne m'a pas écouté ! ».

Alors, c'est assez paradoxal parce que le patient vient demander des trucs, parce qu'il pense que ça va le soigner. Le médecin l'écoute et répond à sa

demande, qui n'est pas justifiée et il le sait que ce n'est pas justifié, mais ça va vite et il s'en débarrasse, entre guillemets. Le patient n'a pas de résultat avec le traitement que LUI a demandé, et il revoit un médecin en disant : « il ne m'a pas écouté, il n'a pas fait ce qu'il fallait ! ». Ça c'est fréquent hein ! Il y a une demande du patient, et le patient en fait va accuser la personne de sa prescription, alors que cette prescription qui a été faite vient de sa propre demande.

Et bizarrement, il y a une sorte de déni derrière, une sorte d'oubli en disant... le patient vient et déclare : « mais VOUS m'avez prescrit ça ! ». Il ne dit pas : « parce que je vous l'avais demandé », il dit : « VOUS m'avez prescrit ça ! C'est VOUS qui êtes responsables de l'inefficacité de votre traitement ! ». Et c'est pour ça qu'il faut dire : « non, je ne vous le prescris pas ! ». Des fois, c'est un argument. Quand quelqu'un vient demander quelque chose, je dis : « mais si je vous prescris ça, vous allez revenir dans 3 jours et vous allez me dire : ça ne fonctionne pas ! Et à ce moment-là, vous ne me direz pas que c'est vous qui me l'avez demandé. Vous me direz que c'est moi qui vous ai prescrit ça, ça ne fonctionne pas ». Et quand je leur dis ça, effectivement ils ne disent plus rien après. Moi je dis : « je vous mets un traitement adapté » ou « je ne vous donnerais pas de traitement. Parce que ce n'est pas nécessaire ».

Mais une consultation médicale, c'est dans les principes de déontologie. C'est-à-dire en gros, on doit avoir une discussion, un dialogue ouvert avec une écoute attentive, mais la direction doit être donnée par le médecin. La décision peut être partagée, mais la direction doit être donnée par le médecin, en connaissance de la science actuelle et des données médicales. Moi je pense que c'est important. Mais l'exercice est difficile quand effectivement, le patient veut être derrière le bureau, au mauvais endroit. Et c'est de l'expérience. Je pense que... le discours



d'un jeune médecin et le discours d'un médecin plus âgé n'est pas le même. Un jeune installé, ce sera plus difficile pour lui... Il a moins d'appui...

## Annexe 8 : Entretien MG6.

Donc, vous travaillez sur la non-prescription médicale... on parle bien de médicaments ? Et seulement les médicaments ?

Oui... la consultation de médecine générale, sans prescription médicamenteuse au décours...

Ah oui... et cela vous est venu... qu'est-ce qui vous a amenée à travailler sur ce sujet ?

Eh bien, j'étais de garde à la consultation médicale de garde à l'hôpital un samedi matin, et je vois un papa qui vient en consultation avec ses deux filles pour des symptômes digestifs, de type gastro-entérite aigue. Je les examine, l'une d'elles n'avait plus de symptôme digestif, l'autre si. Je lui explique que l'une n'a pas besoin de traitement puisque les symptômes sont passés, et que je fais une ordonnance de traitement symptomatique pour l'autre. Et puis j'explique, on termine la consultation, et je lui demande 50€ pour les deux consultations. Et là, il me répond : « ah ! Je dois payer pour elle alors que je n'ai pas d'ordonnance ?! » Et ça, ça m'a interpellée... je me suis dit : « ok, il y a quelque chose qui n'est pas passé... ».

Ah oui.... Alors, pardonnez-moi je vais aller jusqu'au bout du raisonnement !  
Qu'est-ce que vous pensez qui n'est pas passé ?

Je ne sais pas si c'est quelque chose qui n'est pas passé, si ce sont des habitudes ancrées... mais je trouve que les patients ont cette image de « un symptôme = un médicament », « je vais chez le médecin donc je vais aller à la pharmacie » ... et c'est quasiment systématique et pas remis en question. (silence)

Vous savez, je crois que ce sont les conditions dans lesquelles vous avez exercé ce jour-là qui n'étaient pas favorables à ce genre de choses. Vous êtes en consultation libérale médicale de garde, ce papa a peur, il ne vous connaît pas, il vient, il voit quelqu'un... Il va voir un technicien, en fait, qui s'appelle médecin. Un médecin, ça veut dire médicament... euh... donc vous partez de loin pour lui. Vous, vous savez ce que vous faites en ne donnant pas... mais lui ne le sait pas. Donc, le message n'est pas passé.

Et en plus, je suis jeune... et je pense que quelque part ça joue aussi...

Ah bah oui ! ça lui permet de dire ce qu'il a envie... Il y a une question de domination, ça lui donne du pouvoir. Donc, « il y a quelque chose qui n'est pas passé », effectivement...

Euh... je pense que dans le cadre d'une consultation habituelle, dans d'autres circonstances que l'urgence... L'urgence c'est grave, qui dit grave dit médicament ! Pour lui ! Parce que la question qui se pose, c'est : « et si ça revient ? qu'est-ce que je fais ? Je reconsulte ? Encore 25€ ! ». Tandis que pour vous, ne pas prescrire ça signifie "bénignité", donc rassurer déjà. Et pour lui, c'est ce message-là qui n'est pas passé... enfin je pense ! Je n'étais pas là, mais...

Et le fait d'être remplaçante, n'aide pas non plus, parce que forcément j'ai moins de confiance de leur part, puisqu'ils me voient pour la première fois... voire une seule fois... donc ça ne m'aide pas. Et puis, ce n'est pas dans les habitudes... parce que si les patients avaient l'habitude de sortir sans ordonnance, que ce soit le remplaçant ou pas, ça ne poserait pas de souci... ou en tout cas, ça en poserait moins...

Alors, il y a une question d'habitude, et il y a la question pour les médecins de les habituer...

Ça se voit en tant que remplaçant... il y a des cabinets où c'est plus "facile" d'expliquer que ce sont des symptômes bénins, qu'il n'y a pas de critères de gravité, que le corps est tout à fait capable de se défendre seul contre un virus, comme les rhumes, les rhinopharyngites... et qu'avec un peu de patience et une inhalation, ça va passer. Et d'autres cabinets où il faut un spray pour le nez, un spray pour la gorge, les pastilles, le sirop pour la toux...

Leurs « gri-gris » ... je vais jusqu'au gri-gri...

Vous avez déjà fait un peu de médecine en dehors de la France ?

Non...

C'est ça qui est intéressant. C'est là que l'on comprend ce qu'est le « gri-gri » ... hop ! tiens ! *(en mimant le fait de poser un objet sur le bureau, sans le regarder, en détournant le regard, avec une grimace presque de dégoût)*.

C'est comme ça que ça se passe. De toute façon, il n'y a rien, comme médicament ! Donc euh... Quand ils vont voir le rebouteux du coin... ou marabout... ou chaman... Quoique le chaman, ce n'est pas encore pareil... Ils ont un gri-gri ! Qui est donné comme ça ! Comme je viens de vous le faire là... ça veut dire : « prends ça et va-t'en ! ». Vous voyez, quelquefois, il ne faut rien marquer là-dessus *(en soulevant une ordonnance)*, un machin, tsss tsss tsss... c'est gri-gri !

Alors... parce que j'ai bien réfléchi, depuis que vous m'avez appelée ! J'ai bien réfléchi à ce que je faisais sans m'en rendre compte. Puisque j'ai cette expérience-là, un peu, de médecine d'ailleurs... d' « ethnomédecine ». Du coup,

je me suis dit, dans la semaine, je réfléchissais à ce que je faisais. Et, euh... je me dis que pour une prescription... Alors, pour une consultation, ou une visite sans prescription médicamenteuse, je crois qu'il faut commencer par expliquer ce qu'est vraiment la maladie, comment il la ressent, sans même qu'il vous le dise ! Parce que lui ne sait pas vraiment ce qu'il ressent ! Il dit : « vertige », « nausée » ... enfin, n'importe quoi...

Par exemple, le vertige paroxystique bénin, qu'on appelle maintenant « otolithique » ... Quand vous expliquez aux gens, (ce que je fais maintenant) ce qu'est un vertige otolithique, et comment fonctionne l'appareil de l'équilibration, bah... « J'en ai pour combien de temps ?

- Trois semaines, avec ou sans traitement... avec une diminution progressive des symptômes... Il est possible que vous en ayez pour 24h, de sentiment... euh... de sensations désagréables mais très rapidement résolutive. Là il faut mettre un médicament, du Tanganil®. Pendant 24 heures. »

Après, je leur explique 3 heures, 3 jours, 3 semaines... bon... et après :

« Si vous voulez réduire le temps des symptômes, il est possible de mettre de la bêtahistine. Mais est-ce que vous allez pouvoir faire 3 semaines de traitement, vous êtes sûrs ? Alors qu'il n'y a pratiquement plus rien ?

- Pfft... ça je ne sais pas, ça m'étonnerait ! Parce que s'il n'y a plus grand-chose, je ne vois pas pourquoi je me taperais médicament sur médicament ! » Voilà la réponse !

Ça c'est de l'ethnomédecine hein ! Parce qu'il faut bien... il faut bien expliquer... enfin, au fin fond du Soudan ou à côté du lac Nasser euh... comment fonctionne l'appareil de l'équilibration... encore que ! Mais quand même ! Et là, quelquefois « bon ok, vous me donnez un truc ! ». Mais souvent, ils viennent nous voir... Bon ça va déjà mieux, parce que ça fait déjà 2 jours que les symptômes durent... Voilà comment ça se passe...

« Alors, vous dites que ce sont des trucs collés... mais... c'est vasculaire ?

- Je dis : Non !
- Ce sont des trucs normaux ?
- Oui oui !
- Ah... et pourquoi ils sont collés ? »

Ils ont raison de poser la question ! Alors j'explique : problème de viscosité des liquides internes... ta-ta-ta, ta-ta-ta... A partir du moment où les gens visualisent la pathologie, la normalité, comment ça se présente, si ça nécessite ou pas un traitement... (*grimace d'approbation*). A mon sens, c'est ça le secret. C'est de faire visualiser comment... le processus physiopathologique. Je pense que ça vraiment, ça me paraît... essentiel !

#### Il faut qu'ils comprennent...

Il faut leur expliquer correctement... ce n'est pas pareil ! Parce que si on dit « ils ne comprennent pas », on ne se remet pas en question, de savoir si on a bien expliqué ou pas.

Maintenant je sais bien qu'on est dans un monde scientifique, où la foi... je ne parle pas de religion mais de foi, de croyance...

La foi a bien disparu... si ce n'est qu'en la science... La science a remplacé la religion... Enfin, c'est mon avis, personne n'est obligé de le partager bien sûr ! Et, que c'est quand même bien difficile de vivre dans un monde sans foi...

Pourtant, il reste des croyances...

Chamaniques oui !

Et c'est ce que les médecins trouvent parfois difficile d'opposer des arguments scientifiques, un raisonnement scientifique, en tant que médecin et donc scientifique, à des croyances, des éléments irrationnels... et qu'une ordonnance facilite les choses...

Bien sûr... Mais je crois....

Vous savez, les croyances, si elles sont SI BIEN implantées, depuis SI longtemps, est-ce qu'il n'y aurait pas, là, un fondement scientifique inconnu ? Comme ça arrive... ça aussi c'est vraiment une question à se poser.

Regardez le type qui a découvert la molécule de benzène, il l'a trouvée en songe. Vous pouvez vérifier sur internet, c'est connu depuis longtemps ça... la forme de la molécule de benzène.

Donc il y a quand même quelque chose... ça c'est scientifique... Donc je pense que...

L'autre jour je lisais un article sur les neuromythes... les mythes neurologiques, comme « on utilise que 10% de son cerveau » ... ce n'est pas vrai... etc. etc... parce que on a vu, par l'imagerie cérébrale fonctionnelle par

consommation de glucose, que l'ensemble du cerveau était actif. Je me dis que ce n'est quand même pas possible, par rapport à ce que je vois, que tous les gens n'utilisent pas la totalité de leur cerveau, par rapport à ce que j'observe... il y en a quand même, euh... Ou alors, comme disait Damasiaux, ils l'utilisent dans un seul sens... en boucle. Alors que là, oui, il y a une activation à l'imagerie, mais une activation réelle, en réseau, non... oui, ça s'allume Mais ce n'est pas parce que ça s'allume qu'il y a tout un processus conscientisé.

Alors, euh... c'est pour ça que je dis qu'entre croyances, et science, il y a... très certainement un lien. Voilà... parce que quand vous commencez à expliquer que dans les canaux semi-circulaires, il y a les petits otolithes, et ceci et cela... moi je visualise facilement, vous aussi, vous avez appris l'anatomie ! Mais le gars à qui vous l'expliquez, vous faites des schémas, de canaux semi-circulaires, peu importe... Il voit le schéma qui est comme ça, sur une page... « et comment c'est en vrai ? C'est comme ça ? *(en mimant quelque chose de tout petit avec les doigts)*. Et je crois que... il y a tout un... un monde intermédiaire entre le vôtre / le nôtre, enfin le monde du médecin, et le monde du patient. Et c'est là que se situe la thérapeutique, dans ce monde intermédiaire. C'est pour ça qu'on fait des prescriptions qui servent de monde intermédiaire, ou de gri-gri. Je ne sais pas comment le dire mieux...

Maintenant c'est une sensation tout à fait personnelle et à mon avis, je pense peut-être que d'autres... vous avez peut-être entendu des témoignages similaires, de ce genre, je n'en sais rien...

oui... pas exprimé de la même façon...



En tout cas c'est une façon de communiquer... parce que : on communique avec les patients, mais est-ce qu'on se comprend réellement ?

Parfois on parle, mais on ne communique pas. C'est ça tout le drame de la consultation... j'ai un ami qui exerçait à Wignehies, et il y a quelques années il me disait : « est-ce que tu sais que les médecins, sur le temps d'une consultation, interrompent 15 fois leur patient ? ». Moi j'étais... scotché !

C'est vrai que je m'en fais souvent la remarque... et je me dis « tais-toi ! Laisse –le parler ! ». Parce que on dit qu'ils ne nous disent pas tout, mais est-ce qu'on les laisse le faire ?

Bien sûr que non... la preuve, puisqu'ils nous disent tout là (*en faisant un geste pour désigner la porte du menton*) ... là, à la porte.

« Ah oui ! J'ai oublié de vous dire ! » Ce qui se dit à la porte... c'est ce qu'ils veulent le dire, tout en se sauvant hein !

Alors que c'est l'essentiel de la raison de leur venue, bien sûr ! Mais ils vous le disent en partant. Ils vous le disent, ils vous le posent sur la table et ils se barrent ! Pfft ! On verra la prochaine fois !

Mais vous voyez, tout ça c'est une question de temps... c'est ça le drame !

C'est que le montant de la consultation, c'est rien du tout... Pourquoi demander 25€, pour communiquer une telle information ? Puisqu'on est dans un univers scientifique, d'accord ! Mais il me semble que la communication scientifique s'installe à ce moment-là. Il y a quelque chose qui ne va pas là ! Ou alors, on ne demande rien... Il faut qu'il y ait quand même un sens... (*silence*)

Alors, vous allez me dire que je parle d'argent, bah oui... mais excusez-moi, on a besoin de tous bouffer hein ! ça reste un échange. On appelle ça « honorer », pour un médecin. Donc ça veut dire que le mec qui vous honore, il n'a plus rien à vous devoir ! Salut !

Mais c'est de là que part mon constat... « je vous paie mais je n'ai rien en échange » ... en tout cas rien de concret, de palpable...

Parce que le chaman, il a... un lapin.... Une botte de poireaux...

Il se nourrit !

Bien sûr ! que l'autre il donne ça... un poulet souvent... c'est souvent un poulet ! (*rires*)

On retrouve la notion d'échange... de troc oui ! Et on en revient... à l'ancestralité du métier !

Je pense que ce qui m'a beaucoup aidé dans la compréhension de ces choses... Je fais une formation depuis des années, dans un groupe, avec une seule personne en fait... qui a 78ans... patron de gynéco-obstétrique à Paris et Barcelone pendant... pfft... et puis la lecture d'un livre : « L'œuvre Noire » de Marguerite Yourcenar... Vous ne connaissez pas ?

Non, ça ne me dit rien...

Qui raconte l'histoire du périple d'un médecin au Moyen-Âge, en Europe... d'ailleurs il y a bien un film qui est sorti... (*pensif*) je ne me souviens plus... Voilà !

Alors après, il y a d'autres... euh...

(*silence*)

Alors, qu'est-ce que j'ai noté d'autre ? Depuis que vous m'avez appelé l'autre jour...

Ah tiens ! Je me posais la question : ne pas donner d'ordonnance médicamenteuse (on parle toujours bien de ça ?!)

Oui oui !

Les examens complémentaires ça ne sert qu'à visualiser la maladie... on en a parlé...

Avec tout l'effet anxiolytique que cela comporte, et que les patients cherchent avant tout...

Bien sûr... bien sûr... ils comprennent... ils voient... voilà, c'est ça ! (*en montrant du doigt*) ... ou juste les rassurer : « tout va bien ! »

« vous voyez, vous avez senti ça, et là, il y a ça ! ça vous rassure ?! »

Et là, il y a à la fois... : « et ça, c'est quoi ?

- Ça ce sont les globules blancs.
- Et ça veut dire quoi ?
- - ça veut dire que vous avez été en contact avec une substance étrangère, un germe, et votre corps essaie de s'en libérer...
- Ah ! »

(*silence*)

Il faut leur dire... « votre corps sait faire... laissez-le faire ! ».

(*silence*)

Et vous me demandiez, par rapport aux ordonnances de médicaments ?

Oui ! Je me posais la question : de ne pas prescrire... Mais eux ? Qu'est-ce qu'ils font chez eux ?! « Bon, il ne m'a rien donné... Pfff... »

Quelquefois il y a des gens qui ont une ordonnance... ils ne la prennent pas ! ça c'est significatif !!! S'ils ne prennent pas l'ordonnance de médicaments, je me dis : « ban bah, ça va... j'ai gagné ! » (*silence*)

« j'ai gagné » ...

Mais bien sûr ! J'ai gagné... dans mon intention ! (*silence*)

Ça ne veut pas dire que lui a perdu hein !!! (*rires*)

Donc... c'est un duel ?

Ah non !

Quelquefois oui... Les gens ils viennent pour se battre quelquefois ! Moi je ne le savais même pas hein ! Et vous ne savez même pas contre qui ! Ils se battent contre vous mais... ce n'est pas vous l'adversaire ! C'est... des gens que vous ne connaissez pas !

Si vous saviez combien de fois c'est arrivé ça ! Oh mon Dieu ! mon Dieu ! mon Dieu ! (*sifflement*)

Une fois ici, une crise de colère ! Une dame, je crois que le motif c'était... Bon quelques troubles psychiques quand même, hein ! Névrotique, mais bon...

Elle me dit : « j'ai eu un accident, sur un rond-point... et... il m'est rentré dedans ! Dans mon parechoc... »

Et j'ai eu le malheur de dire : « peut-être qu'il ne vous avait pas vraiment vue... ». Ce qui est possible. Parfois les gens ne font pas attention... « il n'a peut-

être pas fait attention ». Hhhhaaaannnn... ça a déclenché une colère ! Mais il y avait quelque chose de très personnel. Elle a dit des choses vis-à-vis de ma famille...

Alors, je n'ai pas bougé... et au bout d'un moment je lui dis : « heureusement qu'il y a toujours un bureau entre nous hein ! » (*rires*). Elle comprend qu'on est séparés, l'un de l'autre, et que chacun avait sa place. Bien qu'elle voulût transgresser cette place... donc je... je ne disais trop rien... Et puis je dis « Bon d'accord » .... Alors je dis : « vous voyez le samouraï qui est là ? Eh ben il a une cicatrice en plus ! (*en mimant une entaille sur le torse*). Merci Madame !

- Ooohhhh ! Je vous ai blessé à ce point-là Docteur ?
- Les samouraïs AIMENT les cicatrices ! » je lui dis...

Voilà un exemple... je ne sais pas pourquoi je dis ça... je... mais bon, peu importe !

Alors quand vous dites « duel », « guerrier », oui quelquefois c'est guerrier hein, bien sûr ! Mais ça, vous l'avez remarqué. Quelquefois ce sont des guerriers... Mais nous ne sommes pas l'objet de cette colère, c'est quelqu'un d'autre... mais ils ne le savent pas !

C'est quelqu'un d'autre... c'est l'image du médecin...

Le mari, le beau-père, l'amant, la fille, la belle-mère... à qui on n'ose pas dire... Et c'est souvent ça... rarement contre la médecine, ou l'homme. Quelquefois c'est la médecine...

Et la communauté scientifique à travers lui... comme les vaccins... les esclaves des laboratoires... c'est forcément nous.

Oui... mais ils ont parfois raison !

Inventer des maladies pour faire vendre des médicaments, ça s'est déjà vu... à plusieurs reprises... Bon ! Je ne vous parle pas de la grippe H1N1... qui a été une magnifique affaire commerciale...

Et un magnifique flop pour les vaccins...

Ça a dû rapporter...

Du fait, ils n'ont pas forcément tort quand même... ils n'ont pas forcément tort. Je crois que...

C'est ce que je dis parfois aux gens. Je leur dis : « les laboratoires, oui ils dégagent beaucoup de bénéfices. Mais aussi, les laboratoires font vivre beaucoup de gens, comme n'importe quelle entreprise. Et ces gens qu'ils font vivre, auront peut-être un fils ou une fille médecin, qui pourra trouver tel ou tel médicament, ou telle ou telle maladie que personne n'avait trouvé jusqu'à aujourd'hui... Et ça, si papa ou maman n'avait pas travaillé dans ce laboratoire pour gagner de l'argent et pour permettre à leurs enfants de faire des études, on n'aurait pas eu... *(silence)*

On en revient à tout le monde doit manger...

Tout à fait ! Et que chacun réalise son destin... et l'espoir d'une providence quand même...

Alors je me disais, pour en revenir à la prescription, eux, qu'est-ce qu'ils vont faire à la maison ? Ils vont dans leur armoire à pharmacie, hop *(il mime la*

*prise d'un comprimé*). Mais là, ça change tout ! Ce sont eux qui l'ont décidé ! Donc là, c'est sûr que ça va marcher. Et les gens c'est comme ça, il n'y a qu'eux...

Ils viennent chercher l'explication, ils comprennent, ils imaginent ce qui s'est passé. Et puis après, vous leur donnez quelquefois un truc... et ils reviennent la prochaine fois : « ça n'a pas marché du tout ! Par contre, j'ai été dans ma pharmacie, et j'ai pris ça ! (ce qui est parfois presque la même chose hein... Ibuprofène pour Kétoprofène... et :) oh ça ! oh ! alors ça vraiment c'est ! C'était le docteur machin qui me l'avait donné !

- Ah vous avez bien fait ! » Je leur dis ! (*sourire*)

Et ça, ça marche ! Il faut qu'ils se réapproprient leur traitement, leur maladie... ça veut dire de quelque part, mon travail est fait.

#### Si ce n'est pas nocif...

En général, ils ont rarement des choses dangereuses dans leur pharmacie...

Il y a un an, je disais à une amie... elle me disait : « Mettez-moi ça sur mon ordonnance !

- Du Tadenan® ?! (à une dame hein...) Du Tadenan® ?!
- Bah mon homme prend ça
- Et ça lui fait du bien ?
- Oh ! ouais ! Du coup, j'ai essayé ! elle me dit. Je me sens bien avec ça ! »

Je lui ai mis du Tadenan® pour son mari. Je sais que je suis fautif. Parce qu'on ne donne pas de Tadenan® à une dame. Mais... un arbre africain... qu'est-

ce qu'on sait du Tadenan<sup>®</sup> chez une femme ménopausée ? Elle a encore une thèque ovarienne, elle a encore une sécrétion androgénique, encore besoin d'une stimulation pour avoir envie d'avoir des rapports sexuels. Bon moi je n'ai rien dit ! Tout cela m'est passé par la tête hein !

Après tout, même si ce n'est que placebo...

Vous avez vu la différence entre placebo et médicament actif ?  $p=0.05$ ...

Alors, à l'inverse, puisqu'on parle de ça, il y a aussi l'effet nocebo... et ça c'est beaucoup plus dangereux ! Parce que le médecin peut être nocebo. Ça, ça me fait très peur. C'est ce qui me fait le plus peur dans ma vie professionnelle ! En dehors de ne pas avoir de diagnostic, ou de passer à côté de quelque chose... comme tous les jours j'y pense, tous les jours de ma vie, comme vous... Mais ça... ça ça me fait vraiment peur.

Parce que passer à côté de quelque chose, c'est une erreur... enfin, c'est un manque. Mais être nocebo, ça c'est vraiment une erreur. Et quelquefois on ne s'en rend pas vraiment compte. C'est dans le regard de l'autre que vous voyez un truc... et là, faut lâcher le morceau.

On en revient à la communication... à la perception d'un mot par deux individus... (silence)

Bien sûr...

Le mot « tumeur » ... ils entendent tumeur... tu-meur... Tu-meur(s)...

Et pour aller plus loin, si on prend le cancer du sein... tumeur « mammaire » ... tu-meur(s) mam-maire... ma-mère... Ma mère a une tumeur... ouais... j'ai la



même... la signification de cette tumeur en moi... par rapport à ma mère... ma mère en moi...

Il y a tellement de choses qui se jouent dans une « simple » consultation...

Bien sûr... mais je pense qu'ils ont besoin d'entendre cette vérité... de tumeur maligne. Parce que c'est une destruction, bien sûr ! Mais il y a la reconstruction ensuite... c'est comme ça que ça fonctionne. Donc, si vous annoncez un diagnostic sans proposer de solution... c'est comme si vous envoyiez un missile sur quelqu'un... et vous l'explotez !

Parce qu'ils imaginent toujours le pire. Mais en même temps on est pareils... on est pareils (*d'une voix chuchotée*). Donc je crois que c'est tout un système de communication qu'il faut apprendre. Mais ça ne s'apprend pas comme ça. Ce n'est pas quelque chose que l'on peut apprendre à la fac' ça. En revanche, ce qui peut s'apprendre à la fac', et qui est très intéressant, c'est la psychologie humaine. Ça, moi ça m'a beaucoup aidé ! Vous, vous avez eu une chance que je n'aie pas eue, parce qu'à mon époque ça ne se faisait pas. On apprenait l'anatomie, la neurophysiologie, mais on n'en était pas à cette pointe des neurosciences... Et les neurosciences n'expliquent pas tout quand même... Mais c'est quand même un vrai progrès dans certains domaines, et donc... j'ai dû l'apprendre, comme tous les médecins...

Et je pense que cet apport de la psychologie évolutive, puisqu'il y a une grande relation entre... enfin il y a des choses qui restent toujours vraies, mais il y a des choses qui ont tellement évolué, avec les découvertes neuroscientifiques d'ailleurs au passage, et neuropsychologiques... Mais c'est intéressant quand même ! ça permet d'aborder ce monde intermédiaire dont je parlais entre l'un et

l'autre, entre n'importe quelle personne et une autre personne, ça c'est quand même important dans une consultation... ou dans la relation entre l'un et l'autre...

*(silence)*

Vous savez que je suis homéopathe ? J'ose à peine le dire.

Oui oui ! Mais dites-le ! Moi, je ne connais pas, donc je ne peux pas avoir d'avis...

Non, bien sûr... mais l'homéopathie a des fondements scientifiques ! Je pense qu'on ne communique pas assez sur les fondements scientifiques de l'homéopathie. De même qu'on ne communique pas assez sur les fondements scientifiques de l'allopathie ! C'est gênant ! *(rires)*

Est-ce que c'est une question de temps ?

De temps... ou d'obscurantisme ? Je ne sais pas ? Il faut que ça reste obscur pour que ça reste magique ? même l'allopathie ?  $p=0.05$

Pour que ça reste magique... ou pour garder le pouvoir ? du savoir ?

Oh mon Dieu ! L'ego des médecins... vous voulez qu'on en parle ?! *(rires)*.

Oh la vache ! On est forts là-dedans ! *(silence)*

*(puis, pensif :) c'est dangereux ça... (silence)*

Parce que ?

*(silence)*

Parce que d'abord c'est nocebo. Vous pouvez détruire quelqu'un par l'ego. Uniquement pour... « ça va être bien pour moi ! » *(en mimant quelqu'un de grand, de fort)*. Et c'est en ça que l'ego est dangereux.

Mais dangereux aussi pour la personne qui a une valeur égotique démesurée. Parce que plus sa valeur égotique est démesurée, plus il gonfle, et plus il rétrécit... Et un beau jour, il y en a un qui arrive... et pffffffttt (*en mimant une piqûre d'aiguille*) ... une petite aiguille... et PAF ! Et vous voyez le magnifique médecin, en burn-out total parce qu'il y en a un qui lui a dit : « tu croyais que j'avais ça, ça, ça et ça, et tu m'as démontré que j'avais ça ça ça et ça. Je suis allé voir un autre et il m'a dit, preuve en main, que j'ai ça, et que tu t'es trompé ! » ...

Alors après, il y a un rebond de l'ego : « oui, mais parce que... » vous imaginez la suite !

Et l'autre : « mais non ! Regarde ! » ouais...

Et la suite, par le médecin : « oui, il m'a fait ça, avec tout ce que j'ai fait pour lui... ».

Voilà, la pièce de théâtre de l'ego... là, à un moment : CASTRE !

Vous voyez, on peut en parler de la dangerosité de l'ego... c'est terrible... c'est TER-RI-BLE ! C'est le GROS, gros, gros problème. Et c'est un sujet difficile parce que tout le monde en a un, et qu'on ne pourra jamais le limer à zéro, parce que ce n'est pas possible hein ! Sauf quand on disparaîtra... ou sauf quand on dort, ça disparaît ! Puisqu'enfin on rêve ! Sinon, c'est de la réalité, ce n'est plus du rêve...

Je crois que puisque l'égo ne disparaît pas, et que l'autre en a un, pour pouvoir vivre en bonne harmonie, en société, il faut quand même faire semblant, parfois, d'en avoir un pas trop petit !

FAIRE SEMBLANT d'en avoir un pas trop petit... et savoir, au fond de soi-même, qu'on est... comme ça (*en mimant quelque chose de fort*). Ce qui est vraiment vrai !

Enfin, c'est comme ça que je vois les choses. Je ne les conçois pas autrement.

#### L'inverse peut être vrai aussi...

C'est-à-dire ?

#### Faire semblant d'en avoir un tout petit, et laisser les autres...

Faire semblant qu'on en a un tout petit... dans un groupe ? Alors je vois ce que vous voulez dire... laisser les autres faire gonfler le leur, écraser le sien et...

Et bien ça, c'est très bien. On appelle ça, dans la tradition : « être une pierre du passage à gué pour traverser la rivière ». c'est très traditionnel maghrébin ça ! (*rires*). Bien sûr ! Si je traduis ce que vous êtes en train de dire. C'est-à-dire accepter d'être cette pierre, sur laquelle l'autre va poser son pied pour passer de l'autre côté de la rive... Vous avez des origines...

#### Algériennes oui...

Ça ne m'étonne pas... c'est très vrai cette idée... Algérie, Maroc, Tunisie... Egypte... et c'est encore plus vrai en Afrique subsaharienne !

Incroyable ce que l'on transporte, et que l'on transmet...

#### Sans le vouloir...

Oh oui ! Et même à travers les gestes, la gestualité... On se dit : « tiens ! pourquoi je fais ça ? Pourquoi il fait ça ? ».

On n'est pas complètement dissociés, et heureusement, de ce que l'on est quand on est en consultation face à quelqu'un. Cette communication, ce besoin de soigner...

Tout le monde a besoin de soigner, tout le monde a besoin d'être soigné, même quand on n'est pas médecin. Justement, quand on est médecin, on a la connaissance en plus, tout au moins le savoir. Mais... ce sont des choses qui vous passent au travers, complètement. Qui passent à travers vous...

Dont on a conscience ou non...

Quand on en a conscience... c'est bien. Ce sont parfois les autres qui nous en font prendre conscience : « tiens ! pourquoi tu fais ça ? Pourquoi tu dis ça ? Pourquoi tu dis des choses comme ça ? ». (*silence*)

Enfin voilà...

(*silence*)

Et donc... cela vous arrive de faire des consultations sans prescription médicamenteuse ?

Ah oui hein ! Bien sûr ! Samedi dernier, un gars est venu. Enfin, pas que samedi dernier, mais c'est parce que je me souviens de lui (*rires*). La consultation se termine. Je dis : « Ecoute A..., je n'ai rien à te donner ! ». Il me répond : « pfff, je ne voulais rien ! ».

On peut donc leur apporter autre chose qu'une ordonnance...

Bien sûr ! ... bien sûr ! Bon, il venait pour des motifs psychiques et somatiques. Les deux. Donc on aurait pu dire, à la limite, pour le psychique, que

la parole aurait suffi. Non non ! Non non ! Faire la relation entre l'un et l'autre, le haut et le bas, la droite et la gauche... Mumm... voilà :

Oui ça m'arrive... peut-être pas tous les jours... je parle de médicaments hein ! euh... (*silence*). Oui ça arrive tous les jours en fait ! Sans réfléchir, déjà je vois hier, avant-hier... Je pense, comme tous les collègues...

Et comment pensez-vous que le patient le reçoit ? (*silence*). Y en a-t-il avec qui s'est compliqué ?

Ah non ! Si je sens que c'est compliqué, je donne quelque chose hein ! Non, non ! Si je sens qu'il faut un gri-gri, je donne un gri-gri ! Mon but à moi c'est de guérir hein ! Enfin, de soigner hein ! Ce n'est pas de le mettre en difficulté ! Ah non, ça je ne fais pas ça !

Ou alors, il revient quelquefois le surlendemain Il me dit : « vous ne m'avez rien donné, j'ai encore ça moi ! » Bon, bah d'accord... Mais je n'ai quand même pas que ça à faire quoi ! Là, ça devient un peu compliqué. Bon, il revient, il est revenu exprès. On va réexpliquer, on va voir comment on fait, on va voir là où la communication n'est pas passée... ET si je comprends vraiment qu'il a besoin de FIXER sur un papier, (parce que ce n'est même pas sûr qu'il ira à la pharmacie !), de fixer sur un papier notre conversation de soins, c'est tout... Après tout...

Parce que vous savez, les ordonnances qui ne sont pas honorées chez le pharmacien, vous pouvez me croire qu'il y en a ! Ou alors, les ordonnances avec lesquelles les gens vont à la pharmacie et qu'ils mettent le médicament sur la table, puis il reste là, puis que le machin... il ne sait même plus ! s'il en prend un, c'est déjà beaucoup parfois !

Je me souviens toujours de mon père, qui s'était pété le pouce au tennis. Et puis il vient, un samedi... Je donne des médicaments (j'étais jeune et con ! *(rires)* quoique, ça n'a rien à voir avec l'âge, je suis encore con, et vieux !). *(Il se lève et va à la place du patient)*. Et puis je le vois... *(il mime quelqu'un qui feuillette, qui tourne des pages)*. Je lui dis : « mais qu'est-ce que tu fais ?

- Je suis en train d'éliminer ce que je ne prendrai pas de ce que tu m'as donné ! ».

Et puis il continue... il continue... Alors je prends la poubelle, je lui mets là *(à côté de lui)*, et je lui dis : « Bah vas-y !

- Bah j'y vais ! ».

Et il finit par tout mettre à la poubelle ! *(éclat de rires)*. « Tout compte fait, je n'ai pas tellement mal... mais je sais ce que j'ai ! ».

Il me demande : « ce que tu l'as donné, ça va souder ?

- Bah non papa, ça ne soudera pas...
- Bah alors ! »

Pour vous dire !

Ce sont comme les médicaments non délivrés...

« Je ne vous le remets pas ?

- Bah, humm
- Bah ça ne sert à rien, vous ne l'avez pas pris !
- Hmmm
- Bah le dernier coup non plus ?

- Non, non je ne l'ai pas pris.
- Donc vous n'en avez pas chez vous ?
- Non ! » (*rires*)

C'est anxiolytique...

Mais là, la consultation est réussie !

Et pourtant... c'est souvent vécu comme un échec par le médecin... que le patient ne suit pas ses prescriptions...

Echec ?! Et on en revient à l'ego ! Echec de l'ego ! C'est là où depuis tout à l'heure on tourne un peu autour du pot... c'est vrai...

C'est pour ça que je dis bien « perçu » par un échec...

Alors que c'est une réussite ! Il y a un désir de pouvoir, de... hmmm ! (*en tapant sur le bureau*) hmmm ! (*en mimant de me donner quelque chose de force*).

Vous voyez, psychanalytiquement, on est presque dans la pénétration... Et puisqu'on est dans le mythe de la pénétration, puisqu'on en parle, il faut savoir que le pénétrant, est en fait réellement le pénétré ! ça j'en suis intimement persuadé...

(*silence*).

En tant que femme, pensez à ce que je vous dis (*rires*). Parce que moi, je l'ai appris d'une femme ça... donc je pense quand même, vraiment, que cette femme avait raison. C'est très très très intéressant...

C'est intéressant ce qui se joue... POURQUOI est-ce perçu comme un échec de faire une prescription médicamenteuse à laquelle le patient n'OBEIT pas ?



(silence)

C'est ce que je dis aux représentants des laboratoires qui viennent présenter leurs produits. Je leur dis : « vous savez, entre ce que j'écris, et ce qui arrive là (*en montrant la bouche*), sans que ça reparte (*en mimant un vomissement*), parce que je vais jusqu'au bout ! Vous savez, il s'en passe du travail, du temps, des compréhensions, des erreurs, des... c'est une horreur ! Tout ça, si on ne voit pas tout ça, le médecin se trompe, le pharmacien se trompe, le laboratoire se trompe... Pourquoi mettez-vous des piluliers horaires en place à votre avis ? « Il l'a pris à telle heure... » Les laboratoires disent ça : « comme ça on est sûrs qu'il l'a pris à telle heure : » Pffffttt ! Mais vous êtes sûrs de quoi ?!

Parce que regardez les animaux quand le médicament n'est pas bon ! Pfff (*en mimant de cracher*), ça repart hein ! Les animaux sentent ce qui est bon pour eux... instinctivement. Mais nous, on a éteint tout ça ! Bien sûr !

Mais parce qu'on a le savoir, on leur ordonne de... parce que c'est ça une ordonnance... un ordre.

Bien sûr !

L'autre jour, une amie médecin me téléphone, c'est un jeune médecin. Elle me dit « [MG6], je suis embêtée, j'ai un enfant, il a une grosse angine, TDR positif à streptocoque. Il vomit les médicaments que je lui donne. Qu'est-ce que je fais ?

- Oh ! c'est simple, je lui dis. (Vous voyez, ça a été rapide !). Tu lui mets des piqûres !
- - ah bon, tu crois ?! Mais quand même, il a 2 ans...
- Bah oui... »

Et puis le lendemain, parce que je savais qu'il y aurait un lendemain (*en souriant*), elle me dit : « tu sais j'ai mis les piqûres...

- Ah ! Et alors, qu'est-ce qui s'est passé ?
- Eh bien la maman a dit : tu vas prendre le médicament ! »

Et ça se passe toujours comme ça ! parce que le vecteur du médicament, ce sont les parents ! Je dis : « voilà, tu as réussi !

- Comment j'ai réussi ?! Mais...
- Toi, tu prescris, mais l'intermédiaire, c'est papa et maman ! Tu n'es pas papa et maman ! Toi aussi tu as ta petite Louise, je lui dis.
- Ah d'accord ! Donc tu m'as fait mettre des piqûres, exprès pour que la mère me dise non ! Parce que tout compte fait, tu savais que c'était la mère qui ne voulait pas qu'il prenne des médicaments !
- Bien sûr c'est ça ! »

Mais il faut qu'elle le sache, ma collègue...

Moi j'aurais pris une autre option, le « tant pis » ...

Aussi... mais attention aux complications... s'il fait un RAA... attention quand même ! Je pourrais vous en parler des mises en question de la responsabilité médicale, à titre personnel... Je n'ai pas été condamné parce que... c'était deux personnes qui pensaient que j'avais fait une erreur. En 30 ans, ça fait beaucoup...

Tout dépend du point de vue...

Ce ne sont que des questions d'argent de toute façon. Mais vous voyez, quand même... il faut quand même y penser à ça.

C'est ce que me disent les médecins. Que s'ils se sentent forcés, pas en accord avec une prescription médicamenteuse, ils ne font pas... parce que oui, tout le monde y pense !

Bien sûr ! si j'estime que c'est nocif je ne le fais pas ! En sachant qu'on peut aussi rechercher ma responsabilité sur une non-prescription ! Tout est question de communication. Savoir comment l'amener. Quand on commence dans la consultation conflictuelle comme ça, je crois qu'il ne faut pas s'occuper... J'essaie toujours de ne pas me retrouver dans cette situation !). Sauf circonstances exceptionnelles, comme l'autre jour... Bon, c'était un jeu, une stratégie. Comme la piqûre, c'est une stratégie. Quand c'est stratégique, vous savez où vous allez, ça va, parce que vous rattrapez le coup, en sachant ce que vous avez fait. Le danger c'est de perdre... le sens de ce que vous faites. Pas le contrôle, le sens de ce que vous faites.

Ou le conflit pour le conflit... pour ne pas céder... encore l'ego...

Le conflit pour le conflit... Des deux côtés... l'ego...

Quelquefois, le patient aussi... il ne faut pas ça ! Ou il faut absolument ça pour guérir... (*silence*). C'est le conflit pour le conflit... c'est ça, être nocebo.

(*silence*)

C'est tellement difficile quand même... parce qu'il ne faut pas oublier qu'il y a les hypochondriaques aussi... et ils sont...

Hier soir, une dame... fracture de la 10<sup>ème</sup> vertèbre dorsale sur une chute dans les escaliers il y a 1 an. Elle revient hier soir. Alors bon : « j'ai mal, j'ai mal » ... Bon... je pose toutes les questions qui me passent par la tête... toutes les

questions que l'on peut se poser sur une douleur vertébrale chez une femme de 65-70 ans... qui est hypochondriaque... et cancérophobique... et puis donc, je me méfie beaucoup des hypochondriaques, beaucoup... il leur arrive toujours un truc...

Alors on continue, on continue... et puis c'était le soir, j'étais fatigué hier soir, environ 20h30... je dis : « vous avez surtout mal la nuit ?

- Oui, ça me réveille ! »

Et là, elle voit mon attention portée sur sa réponse. Je la vois tourner la tête comme ça, vers moi, elle me regarde. Et là, je me dis : « merde ! Elle a vu mon inquiétude ! ». Et elle est rentrée dans mon inquiétude, qui était déjà la sienne et à laquelle j'ai répondu. Et le regard qu'elle a vu, de mon regard inquiet, c'est terrible ça ! ça c'est terrible ! C'est TOUTE l'histoire de l'hypochondrie !

Alors il a fallu rattraper le coup. Donc ça a pris du temps, et il y avait encore un patient après...

Je ne suis pas un héros ! C'est ça que je veux dire ! Mais je veux dire que... quelquefois... ça fait quand même 33 ans que j'exerce, je les connais les hypochondriaques ! (*silence*). Et je me fais encore avoir ! Et toute ma vie ce sera comme ça...

Ils vont avoir quelque chose de grave, et on va passer à côté... et ils se le préparent parfois... ils ont conscience de quelque chose, qui se passe à l'intérieur, et pour laquelle on a beau faire tous les examens, on ne trouve pas. Et ça va arriver, malheureusement... c'est rude hein !

(*silence*)

Mais c'est vrai ce que je viens de vous dire ! Je vous raconte une histoire :

- Mon collègue, le Docteur Y... j'étais de garde pour lui, on était en vacances, on s'arrangeait comme ça. Et puis, un beau jour, une de ses patientes vient, pour une crise d'épilepsie, qu'elle avait fait à domicile, qui avait duré quelques secondes. Elle ne l'identifie pas comme une crise d'épilepsie, mais moi je l'identifie comme une crise d'épilepsie, c'est quand même mon métier ça, c'est normal. Je l'envoie aux urgences : rien ! Elle revient, on fait une IRM : rien ! Et puis je perds l'affaire... et un jour le Docteur Y m'appelle et me dit : « tu es sûr qu'elle a fait une crise d'épilepsie ? »
- J'en suis certain !
- Mais il n'y a rien ! me dit-il. Rien à l'EEG, rien à l'IRM...
- Oui, mais j'en suis sûr ! »
- Donc je lui raconte ce qu'elle m'a raconté, parce qu'elle avait oublié les symptômes, donc je lui raconte. Il me dit « bon, ok, elle a fait une crise d'épilepsie. Mais c'est quand même bien difficile de savoir si c'est une crise d'épilepsie, ou d'hystéro-épilepsie. Et toutes les histoires de passage entre l'un et l'autre... Je lui dis « écoute, a priori, ce n'est pas de l'hystéro-épilepsie, c'est vraiment de l'épilepsie ». On explore, on ne trouve rien... Elle est quand même morte 6 mois après d'une tumeur cérébrale ! (*silence*).

Je me suis dit : « bah Bon Dieu... c'est une belle leçon ça.... Pour l'ego du médecin... ».

J'allais dire d'humilité...

*(silence)*

Et des histoires comme ça, je pourrais vous en raconter d'autres...

La remise en question... c'est essentiel pour avancer ! Si on ne fait pas ça, on n'avance plus... on recule ! Et c'est dangereux...

**AUTEUR : Nom : ZATAR**

**Prénom : Sophiane**

**Date de Soutenance : 24 octobre 2019**

**Titre de la Thèse : La non prescription en médecine générale en 2019 : déterminants et ressentis de médecins généralistes de Sambre-Avesnois et Thiérache.**

**Thèse - Médecine - Lille 2019**

**Cadre de classement : Thèse d'exercice de Médecine Générale**

**DES + spécialité : DES de Médecine Générale**

**Mots-clés : non-prescription / médecine générale / ressentis /**

**Résumé :**

**CONTEXTE :** La France est l'un des pays les plus prescripteurs de médicaments dans le monde, loin devant les Pays-Bas où seules 42% des consultations se terminent par une prescription médicamenteuse.

**OBJECTIF :** Comprendre ce qui, chez les médecins généralistes (MG), les empêche de faire des consultations sans prescription médicamenteuse, ce qui fait qu'une non prescription médicamenteuse (NPM) échoue, ainsi que leur ressenti dans ces situations.

**METHODE :** Une étude qualitative par six entretiens de MG, individuels semi-dirigés, avec une analyse par théorisation ancrée a été choisie pour explorer au mieux les pratiques et ressentis des MG interrogés.

**RESULTATS :** La représentation qu'avaient les MG de la prescription médicamenteuse était le principal déterminant compliquant la NPM pour eux. Leurs habitudes de prescription, ce qu'ils percevaient des attentes du patient, la crainte de conséquences juridiques influençaient leur décision. Le patient, par la pression que les MG ressentaient de sa part, pouvait modifier la décision thérapeutique. La relation médecin-patient favorisait la NPM : la confiance permettait au MG de rassurer son patient sans avoir recours à une prescription médicamenteuse. Enfin, les MG pouvaient être aidés dans leurs NPM par les médias et les messages de santé diffusés (comme « les Antibiotiques, c'est pas automatique »), mais aussi par l'émergence de tests de diagnostic rapide ou le déremboursement des médicaments. En ce qui concerne le ressenti des MG vis-à-vis de ces NPM, il était unanimement positif quand ils arrivaient à les mener à bien. Cela les valorisait dans leur rôle. A l'opposé, lorsque cette NPM échouait, le ressenti était négatif, avec des sentiments de frustration, de dévalorisation de soi et de la profession en général, pouvant conduire à la réalisation de prescriptions médicamenteuses contre leur gré.

**CONCLUSION :** La NPM est difficile à mettre en application pour les MG en raison de divers facteurs liés essentiellement aux représentations que la prescription médicamenteuse a pour eux, mais aussi de ce qu'ils pensent percevoir des attentes des patients. Un échec de NPM est dévalorisant pour le MG. La discussion et l'ouverture au patient, menant à une décision partagée pourrait être un compromis limitant les prescriptions contre le gré des MG et leur sentiment d'échec.

**Composition du Jury :**

**Président : Professeur Christophe BERKHOUT**

**Asseseurs : Professeur Jean-Marc LEFEBVRE**

**Docteur Ali AMAD**

**Docteur Alain BARDOUX**